GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2e SÉRIE — TOME XXI

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

DEUXIÈME SÉRIE — TOME XXI — 1884



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Boulevard Saint-Germain et rue de l'Éperon

EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

M DCCC LXXXIV

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 3 janvier 1884.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES. — EMPLOI DE L'ANESTHÉSIE PAR LE CHLOROFORME MÊLÉ D'AIR.

Contributions pharmaceutiques.

EMPLOI DE L'ÉTHER AMYL-NITREUX OU NITRITE D'AMYLE.

Dans une récente publication, M. le docteur Huchard, préconisant le nitrite d'amyle contre l'angine de poitrine, conseille aux malades d'en porter toujours sur eux une certaine quantité contenue dans un flacon bien bouché ou dans une ampoule de verre fermée à la lampe.

Ce moyen ne nous paraît pas si sûr et si pratique que le suivant, que nous avons indiqué, il y a déjà longtemps, à plusieurs de nos confrères de la Société de thérapeutique et dont ils ont paru satisfaits. Il consiste tout simplement à faire tomber quelques gouttes de nitrite d'amyle dans un tube homœopathique contenant un peu de ouate.

Ces tubes, que l'on ne doit préparer qu'au fur et à mesure du besoin, sont toujours suffisamment fermés par le bouchon de liège fin dont ils sont pourvus. Par ce procédé, le malade n'en aspire que la dose prescrite par le médecin, et l'aspire bien tout entière; tandis que l'olfaction au flacon, qui est facultative, peut devenir dangereuse. La quantité d'éther amyl-nitreux à aspirer chaque fois varie entre 4 et 12 gouttes.

M. Huchard dit qu'une fois l'accoutumance établie, on peut élever la dose jusqu'à 15 et même 20 gouttes.

Pierre VIGIER.

Nous analysons plus loin (p. 15) une leçon faite à l'hôpital Saint-Louis, par M. Paul Bert, sur l'emploi de l'anesthésie par le chloroforme mêlé d'air.

FEUILLETON

Fragments d'histoire et de bibliographie.

III

UNE NOUVELLE TRADUCTION DE L'AYURVÉDA DE SUÇRUTA

Ce n'est pas sans une appréhension, trop souvent justifiée par les événements, que les personnes préoccupées des études orientales voient arriver de l'Inde le premier fascicule d'un ouvrage destiné à paraître par fragments. Elles craignent toujours, et avec raison, que le travail ne soit abandonné avant d'être mené à bonne fin, et que la publication, après avoir quelque temps langui, ne soit ensuite indéfiniment suspendue. Parmi les périodiques assez nombreux qui paraissent dans la Péninsule, il n'en est guère qui n'aient été à plusieurs reprises menacés de disparaître, ou tout au moins n'aient modifié leur format, leur étendue, changé de périodicité, etc. Le livre même dont nous annonçons une nouvelle traduction, représentée par un premier fascicule, a donné lieu à une déconvenue de ce genre, qui semble bien devoir être définitive. Nous avons signalé, lors du récent travail que nous avons consacré à Suçruta, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, le commencement d'une traduction de l'Ayurvéda, publiée à Bombay, due à un pandit instruit, Anna Moreshvar Kunte, professeur d'anatomie au *Grant medical College*, sur laquelle les orientalistes avaient fondé de grandes espérances, à cause de son mérite et des excellentes conditions dans lesquelles elle paraissait. Neuf petits fascicules, formant ensemble 68 pages in-8°, et renfermant 8 chapitres d'un ouvrage qui en contient 186, nous arrivèrent presque en même temps; puis, dès 1877, ce fut en vain qu'on s'adressa aux librairies spéciales, rien ne vint plus, et aujourd'hui la publication paraît abandonnée.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

De la fièvre traumatique et des fièvres épitraumatiques; de leur diagnostic au lit du malade (1), par M. le professeur Verneuil.

Lorsque, en 1876, mon élève et ami G. Maunoury (de Chartres) se mit à écrire sa thèse sur la *fièvre primitive des blessés*, une grande question de pyrétologie venait d'être tranchée. L'unité des fièvres chirurgicales était reconnue, on acceptait leur identité de cause et de nature, on les considérait enfin comme résultant de l'introduction, dans le torrent circulatoire, de substances septiques. On admettait seulement dans l'empoisonnement divers degrés, que le thermomètre servait à mesurer et à distinguer, au moins autant que les caractères cliniques et la terminaison.

Toute élévation de température après un trauma était regardée comme fièvre traumatique, laquelle était *légère* quand la courbe était brève et peu élevée, — *forte* quand l'hyperthermie était plus durable et plus intense, — s'appelait *septicémie* quand la température se maintenait plusieurs jours autour de 40 degrés, — et devenait enfin *pyohémie* ou *septico-pyohémie* quand le tracé indiquait de grandes oscillations et se composait de brisures très irrégulières.

Les états fébriles plus ou moins tardifs formaient la classe des *fièvres traumatiques secondaires*.

Maintes fois, pour ma part, j'ai comparé jadis les diverses fièvres chirurgicales aux formes bénignes, graves et très graves de la fièvre typhoïde, septicémie médicale par excellence.

Cette théorie simple, claire, commode, constituait un progrès considérable; elle obtint donc un succès mérité. Malheureusement elle avait le défaut capital d'être tout à fait insuffisante dans la pratique, car chaque jour on rencontrait au lit du malade des faits qui ne rentraient point dans le cadre et que la doctrine septicémique ne pouvait expliquer.

Ces faits exceptionnels étant nombreux et variés, nous reconnûmes bientôt la nécessité d'admettre, à côté de la fièvre traumatique et de ses formes, d'autres fièvres distinctes par leurs causes et leur origine de l'intoxication septique, et ne conservant d'autre caractère commun que d'apparaître également après un trauma; fièvres pouvant être baptisées d'une manière quelconque, excepté fièvres traumatiques, ce dernier terme impliquant en bonne logique une relation intime de cause à effet.

De sorte qu'après avoir combattu de notre mieux pour l'unité des fièvres *dépendant* des blessures, nous nous efforçâmes de séparer en deux groupes les fièvres *succédant* aux blessures : le premier comprenant les fièvres *septico-traumatiques*, et le second des fièvres différentes même entre elles, et que pour la commodité du langage, et malgré mon peu de goût pour le néologisme, je propose d'appeler fièvres *épitraumatiques*. La particule préfixe *épi*, indiquant qu'elles viennent après les traumas, s'y ajoutent, les compliquent si l'on veut, mais n'en dérivent pas; fièvres épitraumatiques desquelles on peut dire : *post hoc, sed non propter hoc.*

C'est à l'étude générale des fièvres succédant au traumatisme qu'est consacrée la thèse de M. Maunoury. A ma connaissance, c'est le premier travail où se trouve formulée clairement et avec preuves cliniques la pluralité des états fébriles consécutifs aux blessures, et tracée la séparation nette entre les fièvres traumatiques et non traumatiques.

Les recherches de M. Maunoury, basées sur un grand nombre d'observations, aboutissent à la classification suivante :

1° Fièvre traumatique proprement dite;
2° Fièvre d'inoculation;
3° Fièvre inflammatoire;
4° Fièvre symptomatique d'une affection intercurrente;
5° Fièvre traduisant le rappel d'une maladie fébrile antérieure.

M. Jeannel, en divers points de son œuvre remarquable sur les fièvres chirurgicales, et en particulier dans l'article Fièvre traumatique de l'*Encyclopédie internationale de chirurgie* (édit. française, 1883, p. 360), adopte dans leur ensemble les idées de M. Maunoury, mais apporte quelques changements à sa classification.

Ainsi il n'admet que trois catégories :

1° Fièvre suscitée par une maladie intercurrente ou par un rappel de diathèse;
2° Fièvre inflammatoire suscitée par l'inflammation de l'organe blessé ou d'un organe voisin;
3° Fièvre traumatique proprement dite, provoquée par l'absorption de la matière septique résultant du sphacèle moléculaire et de la putréfaction commençante à la surface d'une plaie récente.

On voit donc que M. Jeannel réunit d'abord les genres 1 et 2, puis 4 et 5, séparés par M. Maunoury. Il ne motive pas la dernière fusion, mais pour la première il fait remarquer, non sans raison, que la fièvre traumatique proprement dite et la fièvre d'inoculation ont en somme une seule et même cause, la pénétration d'un même poison dans le torrent circulatoire.

J'accorde volontiers qu'il ne faut pas trop multiplier les classes, genres et espèces, et que les classifications sont d'autant plus claires et utiles, qu'elles sont plus synthétiques

(1) Extrait du 4e volume des *Mémoires de chirurgie*, actuellement sous presse.

Malgré toute la réserve que semblent imposer de pareils antécédents, dont il serait facile de multiplier les exemples, nous espérons que l'œuvre, dont le premier fragment est venu nous surprendre agréablement, n'est pas destinée à avoir le même sort; elle se présente à nous avec les meilleures garanties. Il faut citer tout d'abord celle du patronage sous lequel elle s'abrite. La nouvelle traduction du Suçruta fait partie de la *Bibliotheca indica*, collection très importante et justement renommée de livres sanscrits, arabes et persans, publiés à Calcutta, les uns dans le texte original, les autres en traduction anglaise, par la puissante *Asiatic Society of Bengal*, qui a depuis de longues années fait ses preuves de vitalité et de régularité et qui exerce la plus grande influence sur la marche des études orientales. Tous les ouvrages, déjà très nombreux, dont elle s'est fait l'éditeur ont paru en fascicules. Celui qui contient le commencement du Suçruta porte le n° 490 de la nouvelle série.

Une autre garantie importante nous est fournie par le nom même de l'auteur. M. Udoy Chand Dutt, *civil medical officer*, dans l'Inde, n'est pas à son coup d'essai. Il y a déjà un certain nombre d'années, en 1873, cet écrivain érudit a publié, à la même librairie Thacker, Spink et Ce, à Calcutta, la traduction du sanscrit en bengali (dialecte moderne qui est au sanscrit ce que l'italien est au latin) d'un petit manuel de pathologie, intitulé *Nidana*, ayant pour auteur Madhava Kara, qui vivait il y a quelques siècles. Ce manuel, essentiellement classique dans l'Inde, est destiné à l'instruction des élèves qui, pour une raison ou pour une autre, ne peuvent ou ne doivent aborder l'étude des grands ouvrages de Caraka ou de Suçruta. Il est essentiellement destiné aux étudiants indigènes. Plus récemment, en 1877, le même auteur a mis au jour un excellent et très curieux livre, plein de la meilleure érudition, et enrichi des plus intéressants détails, intitulé : *The materia medica of the Hindus, compiled from sanskrit medical works; with a glossary of indian plants, by* G. King. Calcutta, 1877, in-8°. Le glossaire botanique don-

et renferment moins de termes; mais, en revanche, je crois qu'en pratique la condensation et la concision trop grandes sont nuisibles. Je serais donc d'avis de maintenir avec M. Maunoury, d'abord la séparation entre les *fièvres intercurrentes*, qui n'impliquent aucun état pathologique antérieur du blessé, et les *fièvres rappelées*, possibles seulement lorsque ce blessé est en puissance d'une maladie plus ou moins latente. Puis de séparer encore, non pas à cause de leur étiologie, mais en raison de leur pathogénie, la fièvre traumatique par absorption de la fièvre traumatique par inoculation.

En somme, je classerais de la façon suivante les fièvres secondaires aux blessures :

1° Fièvres traumatiques proprement dites ou *septico-traumatiques :* par absorption des poisons septiques, par inoculation des poisons septiques.

2° *Fièvres épitraumatiques :* par inflammation, par affection intercurrente, par affection rappelée.

En somme, on voit qu'entre MM. Maunoury, Jeannel et moi-même, l'accord est bien près de se faire. Aussi n'aurais-je pas pris la plume uniquement pour proposer un néologisme qui n'était pas indispensable, et pour changer de place quelques membres d'un même groupe nosologique, s'il ne m'avait pas semblé que notre tâche était restée inachevée.

En effet, si nous avons clairement indiqué les différences d'origine et de nature des fièvres qui succèdent aux traumas, et si nous avons dressé la liste complète de ces fièvres; en revanche, nous n'avons suffisamment insisté ni sur leurs combinaisons et leur succession, fort communes pourtant, ni sur leur diagnostic différentiel ou plutôt sur la manière de les distinguer les unes des autres au lit du malade.

Bref, nous avons fait œuvre de nosographe et non métier de clinicien. Or il est facile de se convaincre et utile de rappeler :

1° Que l'ascension thermométrique, après son trauma, n'implique nullement l'existence de la fièvre traumatique vraie, celle-ci étant même moins fréquente qu'on ne le croit;

2° Qu'il est parfois malaisé, sinon même impossible, de dire exactement, chez un blessé fébricitant, à quelle forme fébrile on a affaire, et surtout d'assigner une cause précise à certaines ascensions verticales, inattendues, subites et éphémères au vrai sens du mot;

3° Que le tracé de la température est insuffisant à lui seul pour établir le diagnostic étiologique, et qu'il faut souvent lui adjoindre l'analyse minutieuse et l'examen attentif de toutes les conditions présentes ou passées du cas qu'on a sous les yeux;

4° Que dans le cours, quelquefois très prolongé d'ailleurs, d'une affection traumatique (fracture compliquée, résection, etc.), la nature de la fièvre peut changer plusieurs fois; que la même forme peut reparaître à diverses reprises; que les changements sont ordinairement traduits par des variations dans le tracé, variations souvent peu sensibles, il est vrai, mais qui néanmoins divisent ce tracé en segments plus ou moins distincts;

5° Que chaque variation, chaque segmentation du tracé nécessite un diagnostic nouveau déterminant d'une manière précise la forme fébrile actuellement régnante;

6° Que réciproquement chacune des fièvres traumatiques ou épitraumatiques ayant une durée particulière et une courbe thermométrique à élévation et étendue déterminées, tout tracé qui se prolongera outre mesure, qui de régulier deviendra irrégulier ou réciproquement, indiquera clairement la substitution d'une fièvre à l'autre, ou l'association d'une fièvre nouvelle à celle qui existait déjà.

Cette courte note n'ayant pas d'autre but que de signaler une lacune qu'il plaira peut-être à quelque élève laborieux de combler, je ne chercherai pas, ce qui d'ailleurs serait facile, à étayer de nombreuses observations les propositions qui précèdent. Je citerai seulement quelques faits.

Je disais d'abord qu'il était parfois très malaisé, chez un blessé fébricitant, de savoir à quelle fièvre on avait affaire. Cet embaras a été signalé par des auteurs très compétents.

Voici comment s'exprime M. Billroth :

« Il est parfois des cas, dit-il (1), où les causes des élévations brusques de la température pendant le cours des lésions traumatiques restent tout à fait obscures. » Et il cite à ce propos le fait suivant :

OBS. I. — Jacob M..., trente-cinq ans, vigoureux ouvrier, se fracture dans une chute l'os iliaque gauche. Déplacement peu étendu; ecchymose considérable allant jusqu'au scrotum; marche impossible. La cuisse et l'articulation coxo-fémorale sont intactes. La vessie et le rectum fonctionnent normalement.

Le premier jour, apyrexie complète; aussi la température ne fut-elle point recherchée les jours suivants.

Le cinquième jour, au matin, frisson violent suivi de chaleur et de sueur. La température, à 41°,4 pendant le frisson, descend le soir à 40°,1.

Dans la nuit suivante, second frisson avec 38°,2; teinte ictérique passagère de la conjonctive.

Pendant six jours la température du soir resta un peu au-dessous de la normale, après quoi la fièvre cessa, et la guérison suivit son cours.

L'examen le plus attentif de tout l'organisme, et surtout du bas-ventre, de la vessie et de l'urine, ne révéla aucune cause à laquelle on pût rapporter cet accès fébrile.

Il est seulement vraisemblable que la fièvre eut pour point de départ une inflammation du tissu cellulaire du bassin ou une thrombose des veines pelviennes avec phlébite commençante. Je n'ose décider si la vératrine employée après le premier frisson a jugulé à son début la maladie, restée de nature inconnue.

(1) Billroth, *Wundfieber und Wundkrankheiten* (*Arch. für klin. Chir.*, t. II 1862, p. 401).

---

nant la concordance des noms scientifiques des plantes avec leurs noms sanscrits, bengalis et hindis, est très sérieusement fait; son auteur, G. King, est directeur du jardin botanique de Calcutta. Le glossaire et l'index très complet qui terminent ce volume de 354 pages, en occupent eux-mêmes presque la cinquième partie. Quant au livre lui-même, ce qui lui donne un intérêt tout particulier, c'est qu'il est le reflet des doctrines et de la pratique des médecins indigènes; c'est-à-dire qu'il est composé uniquement à l'aide des ouvrages médicaux classiques, en langue sanscrite, dont tous les passages importants sont reproduits, dans le texte original, en notes, au bas des pages. J'ai donné ces quelques détails afin de montrer combien l'auteur de la traduction semble bien préparé pour l'accomplissement de sa tâche.

L'*Ayurvéda* de Suçruta n'est pas un livre inconnu des lecteurs de la *Gazette hebdomadaire*. Ils savent que ce livre, dont le texte a déjà été imprimé trois fois, dont il existe dans l'Inde et dans quelques bibliothèques d'Europe, plusieurs commentaires inédits, a été depuis longtemps traduit en latin par le docteur Hessler; ils savent aussi combien cette traduction est insuffisante, très fréquemment fautive et souvent obscure. Ils savent encore que ce livre, sorte d'encyclopédie abrégée, est sinon le plus ancien, certainement l'un des deux plus anciens monuments de la littérature médicale de l'Inde, et qu'il jouit dans la péninsule, et dans tous les pays voisins qui ont reçu d'elle une partie de leur civilisation, de la plus grande réputation, et qu'enfin son contenu est annexé aux Védas et partage, dans une certaine mesure, leur caractère sacré de livre révélé par Brahma lui-même.

Le premier fascicule de la traduction nouvelle renferme les 20 premiers chapitres de la première section, intitulée : *Sûtrasthâna* (de *Sutra*, guide, règle), expression que le traducteur rend par principes généraux. La *Sûtrasthân* comprend 46 chapitres, formant ensemble 248 pages de l'édition de Calcutta de 1835-36 (2 vol. in-8°, ensemble 940 pages). Le fascicule paru nous conduit à la page 76 du

Je ne m'évertuerai pas à chercher, de mon côté, les causes de cet accès; mais il ressemble, soit à un accès intermittent rappelé par le traumatisme, soit à une fièvre herpétique, soit à une fièvre intercurrente. En tout cas, l'hypothèse de M. Billroth est certainement la moins admissible, car un phlegmon ou une phlébite qui débute par une température de 41 degrés ne disparaît pas ainsi en quelques jours sans donner d'autres signes de son existence.

M. Maunoury, à la page 57 de sa thèse, manifeste son embarras presque dans les mêmes termes:

« A la suite d'un traumatisme, dit-il, on peut voir survenir un état fébrile intense avec frisson et symptômes généraux graves sans qu'on puisse l'expliquer ni par une modification de la plaie, ni par une lésion viscérale, ni par une maladie intercurrente... Il faut, dans certains cas, avouer notre ignorance et soupçonner plutôt une complication cachée qu'une véritable fièvre traumatique. L'observation suivante montre combien on peut être embarrassé. »

OBS. II. *Fracture de cuisse; symptômes généraux graves; fièvre intense sans cause connue.* — B. V..., quarante-trois ans, charretier, entre à l'hôpital le 3 février 1876. Le matin même, chute sur la hanche gauche, fracture du fémur à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen. Epanchement sanguin considérable à ce niveau. Point de plaie. Le soir même, température à 38°,6, qui s'élève encore les jours suivants; inappétence, céphalalgie, teinte subictérique, quelques douleurs vagues dans la cuisse, agitation la nuit.

Malgré un examen minutieux des organes, il est impossible de trouver aucune complication ni aucune autre lésion traumatique. Il n'existe pas non plus de *delirium tremens*.

Le 16 février, grand frisson, avec claquement de dents. Les jours suivants, la fièvre diminue; elle cesse le 20, et la santé générale redevient bonne.

A la fin d'avril, la consolidation du fémur est complète.

Voici le tracé, que je reproduis malgré sa longueur, parce qu'il me paraît intéressant.

3 février.	Matin,	blessure.	Soir,	38°,6
4 —	—	37°,8	—	38°,7
5 —	—	38°	—	38°,6
6 —	—	38°,7	—	39°,2
7 —	—	38°,5	—	39°,2
8 —	—	39°,2	—	39°,5
9 —	—	38°,4	—	39°,3
10 —	—	38°,4	—	38°,8
11 —	—	37°,4	—	38°,5
12 —	—	37°,6	—	38°,4
13 —	—	37°,6	—	38°,2
14 —	—	37°,3	—	38°,2
15 —	—	37°,6	—	39°
16 —	—	38°,3	—	39°
17 —	—	37°,8	—	38°,4
18 —	—	37°,8	—	38°,2
19 février.	Matin,	37°,2	Soir,	38°
20 —	—	37°	—	37°,6

Je risquerai sur ce fait une hypothèse.

Le malade était charretier et arrivé à un âge où, dans cette profession, les viscères sont rarement à l'état d'intégrité parfaite; le foie et les reins surtout sont lésés. Le malade a présenté les signes d'une de ces fièvres continues légères : embarras gastrique, fièvre éphémère prolongée, synoque imputride, peu importe le nom, lesquelles se montrent aussi bien après une blessure — quoique le fait soit exceptionnel — qu'après un refroidissement, un écart de régime, un excès de fatigue ou une émotion morale qui en sont les causes ordinaires.

Le tracé thermométrique ressemble d'ailleurs à celui d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité.

J'ai vu plusieurs cas de ce genre, en particulier chez des hépatiques non alcooliques. Tout ce cortège s'est montré chez une dame atteinte de lithiase biliaire et à laquelle j'avais enlevé un lipome.

Plus d'une fois, et tout récemment encore, j'ai éprouvé la même incertitude.

OBS. — A..., vingt-quatre ans, tonnelier, d'une belle constitution et jouissant d'une excellente santé habituelle, porte dans le creux poplité une tumeur volumineuse, indolente, sans adhérence ni altération de la peau, sans le moindre indice de ramollissement ni de travail inflammatoire quelconque.

J'opère sans le spray, mais le malade avait été baigné, et je lave soigneusement le membre avec une solution phéniquée. Après l'opération, la plaie est lavée avec une solution plus forte.

La séance avait été assez prolongée et passablement laborieuse. Manœuvrant longtemps dans le creux poplité et procédant par énucléation, j'avais déchiré largement le tissu conjonctif, ce qui ne m'avait pas dispensé de faire avec la soie phéniquée une dizaine de ligatures. J'avais réséqué avec la tumeur au moins 12 centimètres du nerf sciatique, mais les vaisseaux poplités avaient été respectés, et j'étais resté loin de la capsule articulaire.

Je ne crus pas devoir faire la réunion immédiate d'une plaie aussi longtemps manipulée, et j'appliquai moi-même avec le plus grand soin un pansement ouaté d'Alph. Guérin, allant depuis la racine des orteils jusqu'au pli de l'aine. (Les orteils avaient été laissés à dessein découverts pour explorer la circulation et l'innervation du membre.)

Ayant opéré chez un sujet sain, sur des tissus sains, avec toutes les précautions antiseptiques, et appliqué enfin un des meilleurs pansements préventifs de la septicémie, je comptais n'avoir point de fièvre traumatique et voir le thermomètre monter seulement du dixième au quinzième jour, comme cela s'observe avec le pansement ouaté, quand la suppuration provoque l'érythème et l'inflammation superficielle de la peau sur les bords de la plaie. Aussi fus-je surpris de relever les jours suivants le tracé que voici :

même texte. L'ouvrage complet nécessitera par conséquent un peu plus de 12 fascicules semblables. La *Sûtrasthâna*, d'après son titre même, comme d'après son contenu, est une sorte de pathologie générale et d'introduction tout à la fois; elle renferme non seulement les principes généraux proprement dits, mais encore des chapitres curieux concernant l'initiation des disciples, les modes d'enseignement et d'études, la déontologie professionnelle et la pratique de l'art, ainsi que des notions sur la diététique, le régime, le soin des malades, etc. Il faudrait bien se garder de croire, ainsi que nous l'avons déjà dit ailleurs, que l'*Ayurvéda* produise sur l'esprit l'effet d'un livre systématiquement ordonné, à la façon de nos ouvrages modernes. D'ailleurs, le lecteur du fragment que nous avons sous les yeux, perdra promptement toute illusion à cet égard, lorsqu'il y rencontrera un chapitre de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale, le XVI°, consacré à la perforation du lobule de oreille, pour permettre d'y placer des ornements, et à la description de quinze variétés de plaies et déchirures de l'oreille externe, avec le traitement chirurgical de dix d'entre elles, les cinq autres étant déclarées incurables.

Dans sa traduction, M. Udoy Chand Dutt a adopté pour titre de l'ouvrage *Suçruta-Samhitâ*, c'est-à-dire Recueil (des œuvres de) Suçruta (de *Samhitâ*, collection). On désigne en effet assez fréquemment sous ce nom le livre de Suçruta, de même que celui de Caraka est presque toujours dénommé *Caraka-Samhitâ;* mais le premier est beaucoup plus connu sous le nom d'*Ayurvéda*, science de la vie, biologie.

La nouvelle traduction est à peu près complètement dépourvue de notes; elle se distingue en cela de celle qui avait été entreprise par le pandit Anna Moreshvar Kunte, à Bombay, et qui en était amplement pourvue, non seulement dans le but d'éclaircir certaines difficultés du texte ou de justifier la traduction des passages douteux, mais aussi dans le dessein de rapprocher et de comparer les passages de Caraka ou

27 juillet, jour de l'opération : matin, 36°,4 ; soir, 37°,6.

28	—	matin, 39° ;	midi, 39°,4 ;		4 heures, 38°,9 ;		soir,	39°,2
29	—	—	37°,2	—	—	39°,3	—	39°,2
30	—	—	38°,2	— 39°	—		—	38°,4
31	—	—	37°	—	—		—	38°
1er août,		—	37°,2	—	—		—	37°,1
2	—	—	37°,2	—	—		—	38°,4

L'existence de la fièvre était évidente, mais l'explication n'en était point facile. Il faut noter d'abord que l'ascension de la température ne s'était accompagnée d'aucun autre symptôme fâcheux, tel que malaise, soif, état gastrique ou céphalalgie. J'aurais donc eu beau jeu pour admettre ici la fièvre traumatique aseptique de MM. Volkmann et Gemser, conception commode, créée surtout pour les besoins de la médecine opératoire, mais qui ne résout rien, parce qu'on n'en possède point d'explication satisfaisante.

Il n'y avait pas davantage de douleurs spontanées ni provoquées dans la région inguinale, ce qui excluait la participation des lymphatiques et des ganglions.

L'opéré accusait seulement une certaine douleur non point dans la plaie poplitée, mais à la partie antérieure du genou, douleur exaspérée par la pression exercée perpendiculairement sur la face antérieure de la rotule à travers le pansement ouaté, et que ne provoquait point la même pression appliquée en arrière ou sur les côtés.

J'en conclus que l'élévation de température reconnaissait pour cause un certain degré d'arthrite du genou et que la fièvre par conséquent n'était point traumatique, mais inflammatoire.

Je n'étais cependant qu'à moitié satisfait de mon explication. En effet j'étais, comme je l'ai dit, resté pendant l'opération fort loin du ligament postérieur de l'articulation. Or le développement soudain d'une arthrite de voisinage et la disparition de cette arthrite en quatre jours était difficile à admettre. D'autre part, l'ascension brusque du thermomètre, qui en vingt-quatre heures, c'est-à-dire du matin de l'opération au lendemain matin, avait passé de 36°,4 à 39 degrés, rappelait tout à fait le début des fièvres d'inoculation.

A la vérité, cette hypothèse semblait inacceptable, puisque la peau était saine et que le foyer traumatique ne renfermait en apparence aucune matière septique.

Bref, j'allais peut-être admettre une fièvre traumatique ordinaire à marche un peu insolite, ou une fièvre inflammatoire légère provoquée par la déchirure du tissu conjonctif, et analogue par conséquent à celle qui suit de près la plupart des plaies contuses, lorsqu'un renseignement très curieux qui me fut donné par M. Nepveu vint remettre mon diagnostic en question.

La tumeur poplitée était un gros fibrome englobant le nerf sciatique. Sa masse était généralement dure et résistante ; toutefois en plusieurs points on trouvait des noyaux ramollis et friables du volume d'une petite noisette. Deux de ces foyers, situés à la périphérie, avaient été ouverts pendant l'opération, de sorte que la pulpe molle avait pu se répandre dans la plaie, circonstance à laquelle nous n'avions pas fait la moindre attention. Or l'examen microscopique des points ramollis, pratiqué presque immédiatement, en tout cas avant toute décomposition possible de la tumeur, y avait révélé l'existence de nombreuses bactéries, réunies en ce point à l'abri du contact de l'air et antérieurement à l'opération (1).

Dès lors, il redevenait possible d'admettre dans ce cas et conformément à l'aspect du tracé thermométrique, une fièvre d'inoculation datant de l'heure de l'opération.

Ce n'est point tout encore, car ce fait renferme un dernier élément de complication dont je veux dire quelques mots.

On sait ce qui arrive assez fréquemment lorsqu'on opère un sujet sur lequel existent à la fois plusieurs foyers néoplasiques, l'un externe, connu, qu'on attaque ; les autres profonds, latents, non soupçonnés. En vain le trauma opératoire est irréprochable et marche tout à fait normalement, bientôt la tumeur profonde, comme si elle était subitement irritée par l'acte traumatique, s'accroît avec intensité ; tantôt même l'état général devient d'emblée grave, à ce point que la mort s'ensuit comme à la suite d'une attaque de septicémie. La thèse de M. Cerné abonde en faits de ce genre.

Or malgré ses brillants attributs de santé, l'intégrité apparente de tous les organes, notre patient, au moment où je l'opérai, présentait déjà un foyer morbide secondaire et des plus fâcheusement situés, car il confinait à la moelle épinière, comme l'atteste la paraplégie à peu près totale dont il est atteint aujourd'hui, et dont les premiers symptômes se sont montrés deux mois à peine après l'extirpation de la tumeur poplitée.

Ce qui me conduit à me demander si la fièvre primitive survenue après la blessure et ne paraissant pas en partir, n'aurait pas eu pour origine l'écho du trauma extérieur sur le néoplasme profond et l'excitation produite dans la masse de ce dernier.

Notez que je ne tiens nullement à cette hypothèse dans le cas actuel, mais que je la soutiens d'abord pour montrer la difficulté clinique et aussi, j'en conviens, pour rappeler qu'il faut faire dans le cadre des fièvres épitraumatiques une place pour ces états fébriles encore inexpliqués survenant dans les conditions précitées, c'est-à-dire en cas de néoplasmes profonds et superficiels coexistants, avec opération portant sur ces derniers.

Tout récemment, nous avons observé pour la seconde fois une ascension brusque de la température (*fièvre soudaine*) après une opération pratiquée pourtant comme dans le dernier cas, sur des tissus sains et chez un sujet bien portant. Nous avons trouvé sans peine la cause de cette fièvre dans une complication qui survient bien rarement, à une époque aussi précoce : je veux parler d'une lymphango-adénite. Je citerai ce fait en quelques lignes pour indiquer en passant une petite difficulté relative à la nomenclature.

OBS. — Un homme de quarante ans, de belle santé et de forte

(1) M. Nepveu poursuit ces recherches sur le ramollissement des tumeurs et sur le rôle que pourraient jouer les microbes dans ce phénomène encore mal expliqué.

d'autres auteurs plus modernes. Sous ce rapport, la traduction de Bombay présenterait certainement une supériorité réelle sur celle de Calcutta ; mais il résulterait forcément de la présence des notes abondantes, une considérable augmentation du volume de l'ouvrage, qui retarderait sans doute d'autant la fin de la publication. Il est possible que cette considération ait touché le traducteur. Si nous devons ainsi être plus promptement mis en possession d'une traduction complète de l'*Ayurvéda*, il y a lieu de ne pas se plaindre, les notes et commentaires pourront toujours être l'objet d'une publication subséquente.

Parmi les chapitres déjà publiés, ceux qui concernent le choix et l'initiation des disciples, l'enseignement de la science, les règles générales de la pratique, les devoirs des disciples envers leurs maîtres, ceux du médecin envers le client, présentent, au point de vue historique, un intérêt considérable. Nous ne nous y arrêterons pas, parce que nous les avons déjà largement utilisés dans les pages que nous avons consacrées à Suçruta dans le *Dictionnaire encyclopédique*. Une partie des autres traite de la chirurgie.

Nous ferons remarquer à ce propos, que dans les livres sanscrits anciens, une distinction est déjà établie entre les médecins et les chirurgiens, dont les premiers étaient désignés sous le nom de *Kâyacikitsaka* (de *Kâya*, corps et *cikitsaka*, médecin) et les autres *Çalyacikitsaka* (de *Çalya*, flèche, et corps étranger en général). On trouve même, dans le livre de Caraka, des passages où le lecteur est invité à se reporter aux ouvrages spéciaux de chirurgie. Dans l'*Ayurvéda* de Suçruta, il n'en est pas ainsi, parce que la chirurgie y est traitée avec prédilection. Dès le début même du livre, son importance, ou plutôt sa prééminence est affirmée aussi nettement que possible. Le médecin divin Dhanvantari, au moment de commencer son exposition de l'*Ayurvéda*, demande à ses auditeurs ce qu'ils désirent apprendre tout d'abord. « La chirurgie, répondent-ils avec empressement, *Çalyajnâna* (de *jnâna*, science et *çalya*, chirurgie) ; qu'elle

constitution, porte au sein droit une tumeur cancéreuse avec engorgement axillaire sans ulcération à la peau (1).

Je l'opère le 9 novembre. J'enlève largement la mamelle et les ganglions; je panse à plat après avoir bien lavé la plaie avec la solution phéniquée forte.

Je comptais sur une fièvre traumatique légère débutant le lendemain et se continuant deux ou trois jours. Or, le soir, la température dépassait 39 degrés : c'était le tracé type de la fièvre d'inoculation

Le lendemain matin, l'anomalie s'explique; le triangle susclaviculaire est le siège d'une douleur au toucher, vive, circonscrite et correspondant à un ganglion superficiel; des traînées rouges s'étendent entre la plaie et ce ganglion enflammé.

La fièvre continua plusieurs jours et le ganglion finit par suppurer.

La découverte d'ailleurs facile de la cause de la fièvre n'aplanit pas toutes les difficultés de ce cas intéressant.

Comment en effet dénommer cette fièvre? Est-elle traumatique simple? Non, car elle ne dépend pas directement de la blessure, mais d'une complication bien définie : la lymphango-adénite.

Alors elle est épitraumatique et inflammatoire; mais ici, comme dans le cas précédent, M. Nepveu a trouvé au centre de la tumeur plusieurs points de ramollissement riches en bactéries, ce qui permettrait de croire que pendant le cours de l'opération il y a eu auto-inoculation traumatique, ou qu'avant même l'ablation de la tumeur le ganglion sus-claviculaire était déjà légèrement envahi, auquel cas l'acte opératoire aurait activé dans le parenchyme ganglionnaire une inflammation encore latente.

D'où résulte qu'il est fort malaisé de dire si cette fièvre est inflammatoire ou septique, à moins qu'on ne prenne un moyen terme, et qu'on ne considère comme de nature septique toutes les inflammations du système lymphatique (canaux et ganglions) consécutives à des plaies récentes ou anciennes.

Notre opéré aurait été en conséquence atteint d'adénite septique subitement éveillée ou aggravée et se traduisant par une fièvre soudaine qu'on appellerait *fièvre septico-phlegmasique*.

On pourrait tirer parti de ce fait pour critiquer la division des fièvres traumatiques en *primitives* et *secondaires*, les unes survenant immédiatement après la blessure, les autres plus tardives, dites aussi symptomatiques et liées à une complication, à une affection surajoutée, comme par exemple la lymphangite et l'érysipèle.

Chez notre malade la fièvre, s'étant allumée dans la journée même de la blessure, devrait être évidemment considérée comme primitive. Mais, comme elle a été occasionnée par une lymphango-adénite, elle serait secondaire de par cette origine. D'où cette conclusion que le blessé aurait été atteint de fièvre secondaire quelques heures après sa blessure et sans avoir eu de fièvre primitive.

Nous reconnaissons là, comme pour les hémorrhagies et les névralgies, c'est-à-dire avec tous leurs inconvénients, leur défaut de précision et de clarté, ces dénominations bâtardes basées sur l'époque d'apparition et qui ont engendré tant de logomachies. Il faut rejeter cette nomenclature et lui substituer des qualifications tirées de la nature et de l'étiologie des symptômes.

Je ne voudrais pas qu'on se méprît sur le but que je poursuis en suscitant ces objections et en signalant ces difficultés. Je ne veux point à dessein compliquer la question, mais tout au contraire montrer qu'elle a singulièrement besoin d'être éclaircie et qu'il y a encore dans les termes et dans les faits mainte confusion qu'il serait bien utile de faire cesser.

(*A suivre.*)

(1) Cette observation est rapportée *in extenso* dans la thèse de M. Landry, *Cancer du sein chez l'homme*. Paris, 19 décembre 1883, p. 8.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Choléra. — M. *Mackensie-Cameron* adresse, de Melbourne (Australie), un mémoire relatif à un mode de traitement du choléra. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

Sur l'anatomie pathologique du phlegmon, et en particulier sur le siège des bactéries dans cette affection. Note de M. *Cornil*. — L'auteur a examiné, pour constater le siège précis des bactéries dans le tissu cellulaire souscutané atteint d'une suppuration diffuse, de petits fragments de la peau enlevés sur le vivant, au bord de la première incision faite pour donner issue au pus. Ces fragments ont été immédiatement placés et durcis dans l'alcool. Les coupes, colorées au violet de méthyle B, ont été examinées dans le baume avec un objectif n° 12 à immersion homogène de Vérick. Le tissu conjonctif sous-dermique et le tissu cellulo-adipeux sont le plus fortement atteints par l'inflammation phlegmoneuse, qui se termine par une mortification plus ou moins étendue. Dans les vaisseaux qui sont souvent le siège d'une thrombose, dans les globules blancs qui y sont contenus, dans l'exsudat inflammatoire, dans les cellules lymphatiques migratrices et dans les cellules fixes tuméfiées du tissu conjonctif envahi, j'ai trouvé une grande quantité de micrococcus, soit

---

soit la base de notre instruction. » Dhanvantari s'empresse de déférer à leur vœu. De là vient que, depuis longtemps, la pratique des médecins qui s'adonnent plus spécialement aux opérations chirurgicales, est, comme nous l'apprend M. Udoy Chand Dutt dans l'intéressante préface de sa *Materia medica of the Hindus*, désignée par l'expression *Dhanvantarya sampradâya*, c'est-à-dire la tradition Dhanvantarienne.

La moitié environ des chapitres compris dans le premier fascicule est consacrée à des questions qui se rattachent particulièrement à la chirurgie, comme celles de la nature de l'inflammation, de ses rapports avec la corruption des humeurs, et de son traitement en général, ou encore celles des abcès, de la maturation des tumeurs enflammées et du mode opératoire à y appliquer. Le chapitre xviii traite des bandages simples. La médecine opératoire est représentée par trois chapitres : l'un est consacré aux conditions générales dans lesquelles le chirurgien doit se placer pour opérer (ch. v); les deux autres (vii et viii) contiennent l'énumération et la description des instruments non tranchants et tranchants. Si au chapitre vi, intitulé *Des saisons*, on ajoute la dernière partie du chapitre xx qui traite de l'influence des vents sur l'origine des maladies, on obtient un véritable résumé de climatologie médicale, dans lequel on trouve, à côté des élucubrations théoriques dont malheureusement le livre n'est que trop prodigue, les observations les plus raisonnables.

En résumé, ce commencement de traduction, bien qu'il ne s'étende pas même, ainsi que nous l'avons dit, jusqu'à la douzième partie de l'*Ayurvéda*, est déjà suffisant pour donner aux personnes qui s'intéressent assez à l'histoire de la médecine indienne pour la rechercher dans les sources, une idée de l'esprit dans lequel elle se meut, des théories sur lesquelles elle repose et du rang qu'elle peut légitimement occuper dans les traditions de l'art de guérir.

Dr G. Liétard.

solés, soit, ce qui est le plus ordinaire, réunis deux par deux, ou en chaînettes.

Voici les principaux détails de ces lésions :

A la périphérie du foyer de suppuration, dans les parties où l'inflammation est peu intense, les vaisseaux, les petites veines surtout, montrent souvent une coagulation de fibrine au milieu de laquelle il existe quelques diplococcus ou des chaînettes de ces éléments. Les chaînettes sont généralement formées elles-mêmes par des diplococcus. Les cellules lymphatiques situées au milieu du thrombus fibrineux intravasculaire contiennent quelquefois aussi des bactéries.

Le tissu cellulo-adipeux, avant de présenter aucune trace d'inflammation, montre des bactéries situées le long des fibrilles minces qui circonserivent les grandes cellules adipeuses. A un degré un peu plus avancé de la lésion, dans les points plus rapprochés du foyer inflammatoire, quelques cellules lymphatiques s'observent, avec des bactéries, dans les espaces interfasciculaires du tissu dermique ou sous-dermique et autour des vésicules adipeuses. Le protoplasme des cellules fixes du tissu conjonctif situées à la surface des faisceaux se tuméfie, ainsi que celui des cellules adipeuses.

Lorsque l'infiltration du tissu conjonctif par l'exsudat inflammatoire s'accuse davantage, on voit, entre les faisceaux minces qui entourent les lobules adipeux, de petits îlots de cellules migratrices avec leurs noyaux arborescents; dans le protoplasme de ces cellules rondes à leur surface et autour d'elles, il existe de très nombreux diplococcus ou même de petites chaînettes de trois à six microbes.

Souvent les espaces interfasciculaires de la base du derme et du tissu sous-cutané sont dilatés au point d'être transformés en de petites cavités limitées par des faisceaux fibreux et remplis par un liquide dans lequel se trouvent des filaments de fibrine et des cellules libres. Dans ces espaces interfasciculaires, les cellules commencent déjà à subir des modifications de nutrition qui aboutiront à leur mortification. A la place du noyau ovoïde unique des grandes cellules fixes, on voit une série de grains se colorant comme la substance du noyau. Ces grains sont tantôt arrondis, de 1 à 2 ou 3 μ, tantôt irréguliers et anguleux, au nombre de 5 à 10 par cellule. Ces granules de nucléine sont faciles à distinguer des microbes. Ils sont de coloration variable, généralement moins foncée que celle des micro-organismes; leur centre est souvent plus clair que leurs bords. Leur grosseur est très variable. Au contraire, les microbes sont tous de même diamètre; leur forme est identique, leur coloration uniforme; ils sont formés d'une substance homogène, brillante, et ils sont beaucoup plus petits que les granules précédents. Leur diamètre, sur la coupe des pièces durcies par l'alcool, ne dépasse pas 0 μ,3. (Ils paraissent un peu plus gros, lorsqu'on examine des lamelles sur lesquelles on a étalé et fait sécher, puis coloré une mince couche de pus.) Dans les grandes cellules qui présentent des fragments de nucléine, on peut encore souvent reconnaître une figure qui se rapporte au noyau. Mais ce dernier est petit, mal coloré, irrégulier, quelquefois anguleux. Dans d'autres cellules qui sont alors complètement mortifiées, le noyau et les grains de nucléine sont tout à fait pâles, si bien qu'ils se reconnaissent à peine au milieu du protoplasme transparent de la cellule. Il existe, du reste, tous les intermédiaires de ce passage des cellules de la vie à la mort.

Les cellules lymphatiques migratrices subissent des lésions de nutrition absolument identiques. On y trouve de trois à cinq petits noyaux ronds qui sont colorés très nettement sur certaines et qui sont pâles sur d'autres. Ainsi ces lésions, qui commencent par l'entrée des bactéries dans le protoplasme, aboutissent à la mortification des cellules.

DE LA VISION. — A l'occasion d'une communication de M. *Laugier* relative aux lueurs crépusculaires, M. *Chevreul* exprime la pensée que, dans tous les cas de vision où se manifestent deux *couleurs voisines mutuellement complémentaires*, la loi du système simultané des couleurs, telle qu'elle est aujourd'hui approfondie par la découverte du *contraste rotatif*, exige que, pour *affirmer* la manifestation réelle de deux couleurs mutuellement complémentaires, chacune des deux soit vue isolément de sa voisine, affectant l'œil de la couleur qu'elle manifestait dans le cas de non-isolement.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1883.—PRÉSIDENCE DE M. MILLARD.

Ulcérations tuberculeuses de la voûte palatine : M. Dujardin-Beaumetz. — Élections.

M. *Desnos* donne lecture d'une lettre adressée par le docteur Pigeon au vice-recteur de l'Académie de Paris, au sujet de la revaccination obligatoire dans les maisons d'éducation. M. Pigeon proteste contre la revaccination. — Renvoi à la commission spéciale.

— M. *Dujardin-Beaumetz* dépose sur le Bureau les deux derniers fascicules de son *Traité de clinique thérapeutique*. Il présente ensuite le moulage d'ulcérations tuberculeuses de la voûte palatine observées chez un malade de son service. Jusqu'ici on avait assigné comme siège de prédilection aux ulcérations de cette nature la muqueuse linguale, et l'on avait même voulu trouver dans cette localisation un signe diagnostique important. Chez ce malade, atteint de tuberculose pulmonaire, l'examen microscopique des lésions de la voûte palatine a révélé l'existence incontestable de bacilles; d'ailleurs, on voit à la surface des ulcérations de petits points blanc-jaunâtre caractéristiques.

M. *Rendu* rappelle qu'une observation toute semblable a été publiée il y a trois ans par Quénu, dans la *France médicale*.

M. *Debove* a fait l'examen histologique de pièces analogues qui lui ont été remises par Du Castel; il s'agit d'ulcérations tuberculeuses des piliers, de la luette, du voile du palais et de la partie postérieure du pharynx : il n'en existe en aucun point de la langue.

M. *Du Castel* est d'avis que le voile du palais est un siège de prédilection pour les ulcérations tuberculeuses. Il en a observé trois exemples très nets.

— M. *Desnos* prononce l'éloge funèbre du professeur Lasègue; M. *Troisier* celui du professeur Parrot; et M. *Rendu* celui de Georges Homolle.

— M. *Lereboullet* donne lecture, au nom du conseil d'administration de la Société, de son rapport sur les comptes remis au conseil par le trésorier.

Élections. — Renouvellement du Bureau et des comités. Sont nommés : président, M. Bucquoy ; vice-président, M. Vidal; secrétaire général, M. Desnos; secrétaires annuels, MM. Legroux et Rathery; trésorier, M. Robert Moutard-Martin. — Membres du conseil de famille : MM. Millard, Lailler, Grancher, Guyot. — Membres du conseil d'administration : MM. d'Heilly, Du Castel, Laveran, Lacombe, Quinquaud. — Membres du comité de publication : MM. Desnos, Legroux, Rathery, Rendu, Zuber.

— A cinq heures et quart la séance est levée.

André PETIT.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Présentation d'une opérée : résection de la hanche. — Opération de la fistule à l'anus chez les tuberculeux. — Élection du bureau pour l'année 1884. — Traitement de l'empyème fistuleux par l'opération d'Estlander.

M. *Nepveu* présente la jeune fille qui a subi la résection de la hanche, et dont il a lu l'observation dans la précédente séance; le résultat est très bon.

M. *Verneuil*. Quand cette fille porte sa bottine spéciale, elle marche tout à fait bien.

— M. *Verneuil* fait un rapport sur deux observations de fistules à l'anus chez des tuberculeux, par M. Jeannel (de Vendôme). Il s'agit de deux malades atteints de tuberculose pulmonaire, l'un à la troisième, l'autre à la première période. Chez l'un, l'abcès fut ouvert d'abord et la fistule opérée ensuite; chez l'autre, l'abcès fut ouvert et la fistule opérée en même temps avec le thermo-cautère. Les fistules continuèrent à suppurer, mais l'état de la poitrine s'améliora singulièrement; donc, insuccès opératoire et amélioration générale sous l'influence de l'exutoire.

M. Verneuil fait un second rapport sur une troisième observation de M. Jeannel. Un vieillard avait depuis longtemps une paralysie du larynx et du pharynx. M. Jeannel fut appelé au moment où le malade étouffait; il supposa la présence d'un corps étranger dans le larynx, et fit la trachéotomie avec le thermo-cautère; la trachée fut ouverte avec le bistouri. Il sortit aussitôt un os de poulet qui avait déchiré la muqueuse laryngienne. Le malade mourut de pneumonie septique, par ingestion directe des matières alimentaires dans la trachée.

— *Election du bureau pour l'année* 1884. Sont élus : président, M. *Marc Sée;* vice-président, M. *Duplay;* premier secrétaire, M. *Lucas-Championnière;* deuxième secrétaire, M. *Gillette;* trésorier, M. *Berger;* archiviste, M. *Terrier*.

—M. *Berger* lit un rapport sur une observation de M. Bouilly. M. Bouilly a présenté un malade sur lequel il avait fait la résection costale pour obtenir la guérison d'un empyème devenu fistuleux; il avait fait l'opération d'Estlander. Si l'on a fait des résections de côtes à la suite de l'empyème, depuis longtemps, ce n'est que dernièrement qu'on a réséqué pour obtenir la guérison de l'empyème. A la fin de 1876, Estlander le premier décrivit méthodiquement et fit cette opération. M. Berger va analyser deux faits de la pratique de M. Bouilly, un de M. J. Bœckel, et deux qui lui sont personnels.

Dans la première observation, le malade a vingt et un ans; dix ans auparavant il a eu une pleurésie qui récidiva quatre ans plus tard; il se fit alors une ouverture spontanée dans le sixième espace intercostal; la cavité pouvait contenir 100 grammes de liquide. Six ans après, M. Bouilly réséqua 5 centimètres de la sixième côte et de la septième. Peu après, la paroi thoracique s'affaissa à ce niveau, et le trajet se ferma au bout d'un mois. Plus tard, il se fit une nouvelle ouverture, qui se ferma spontanément et définitivement.

Deuxième observation de M. Bouilly. Il s'agit d'un vaste empyème qui ne pouvait arriver à la guérison. Le malade se trouvait en 1881 dans le service de M. Brouardel; les parois du foyer étaient épaissies, et l'affaissement de la cage thoracique avait cessé depuis plusieurs mois. M. Bouilly enleva 5 centimètres de la cinquième et de la sixième côte, et 4 centimètres de la septième. L'affaissement de la paroi recommença; tout allait bien, mais la suppuration était très abondante et le malade s'épuisait. C'est alors que M. Bouilly fit le gavage; le malade reprit des forces et quitta l'hôpital avec une fistulette.

L'opérée de M. J. Bœckel avait un empyème considérable; la cavité était tapissée de fausses membranes épaisses. La résection porta sur quatre côtes; résection de la plèvre et des fausses membranes; guérison.

Premier opéré de M. Berger. Homme âgé de vingt et un ans; pleurésie purulente; empyème. Résection portant sur cinq côtes et variant de 3 à 6 centimètres. Au bout de cinq mois, il resta une fistule de 4 centimètres de longueur.

Le deuxième opéré de M. Berger avait cinquante-neuf ans; opération de l'empyème deux ans auparavant. Résection des sixième et septième côtes; altération profonde des reins. Il resta une fistule pleurale; le malade fut amélioré.

Ces cinq observations sont inédites; on y compte un succès complet, trois améliorations notables et un insuccès. Rosen (de Magdebourg) et König proposent de faire toujours la résection costale comme complément de l'empyème; c'est la résection primitive. Le mérite d'avoir méthodisé cette opération revient à Estlander; il a publié dans la *Gazette de Finlande* les règles opératoires et six observations comprenant trois succès complets, une amélioration et deux cas de mort. Deux autres observations furent publiées ensuite. Sur ces huit observations, il y a eu trois morts. La statistique totale est en ce moment de vingt-six cas, divisés ainsi : quatre résultats inconnus, dix guérisons complètes, cinq améliorations notables, quatre morts, trois insuccès.

Dans tous ces cas, la fistule pleurale paraissait incurable et aurait été suivie de mort. Les quatre morts ne sont pas le fait de l'opération : un opéré était albuminurique, un autre est mort de maladie intercurrente, un troisième de phthisie pulmonaire, et le quatrième de néphrite albumineuse.

Dans un certain nombre de cas malheureux, l'opération a été faite d'emblée d'une façon parcimonieuse, d'où insuccès partiel; alors on faisait une deuxième ou une troisième opération, et on avait un insuccès final. On a apporté souvent trop de retard à l'opération de l'empyème, et il faut réséquer quand l'affaissement de la poitrine a cessé.

En quel point doit porter la résection? Autant que possible sur la région latérale du thorax, à la partie moyenne des côtes, pour permettre à ces deux moitiés de côte de s'affaisser après l'opération. Quelles côtes faut-il réséquer? Il faut réséquer, autant que possible, au niveau de la collection purulente et sur une large étendue (selon l'étendue de la cavité).

Cette opération d'Estlander, car c'est son vrai nom, doit être acceptée comme opération générale quand, dans les empyèmes chroniques, on a affaire à une fistule pleurale qui a résisté aux autres traitements et menace la vie des malades.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

Anesthésie chez l'homme par la méthode des mélanges : M. P. Bert. — Examen spectroscopique du sang dans l'empoisonnement par le nitrite de sodium : M. Hénocque. — Étude histologique du phlegmon : M. Cornil. — Chorée de provenance nasale : M. Gellé. — Phénomènes neuro-musculaires de l'hypnotisme : M. P. Richer. — Gale sarcoptique du furet : M. Mégnin.

M. *P. Bert* entretient la Société des bons effets obtenus chez plusieurs opérés du docteur Péan par l'administration de quantités connues de chloroforme mélangées à un volume d'air déterminé : le mélange de 8 grammes de chloroforme et de 100 litres d'air a produit, sans accidents initiaux et consécutifs, une anesthésie régulière, prolongée dans un cas vingt-huit minutes avec 15 grammes de chloroforme. (Voy. p. 15.)

— M. *Hénocque* communique ses recherches sur l'étude spectroscopique du sang dans l'intoxication par le nitrite de sodium. Les altérations consistent en une transformation de l'hémoglobine, la méthémoglobine, « c'est-à-dire que l'hémoglobine ne peut plus fixer la quantité d'oxygène nécessaire à la constitution de l'oxyhémoglobine; en d'autres termes elle représente un degré moindre d'oxydation de l'hémoglobine que l'oxyhémoglobine... C'est donc une sorte d'asphyxie du sang comparable à celle de l'acide carbonique plutôt qu'à celle de l'oxyde de carbone, en ce sens que la méthémoglobine peut n'exister que passagèrement dans le sang et que le globule est capable d'absorber à nouveau l'oxygène et de reprendre ses fonctions. »

— M. *Cornil* expose ses recherches sur les tissus cutanés et sous-cutanés ainsi que sur le pus du phlegmon : le tissu conjonctif sous-dermique et le tissu cellulo-adipeux présentent des lésions portant sur le contenu des vaisseaux, les cellules fixes, les faisceaux du tissu conjonctif et les cellules migratrices; ces altérations aboutissent à une mortification

partielle plus ou moins complète du tissu envahi et de l'exsudat. Dans le sang contenu dans les vaisseaux, dans le liquide exsudé, dans les cellules migratrices et dans les cellules fixes du tissu conjonctif envahi, on trouve une grande quantité de micrococcus isolés, soit réunis deux à deux, ce qui est le plus ordinaire, soit disposés en chaînettes.

— M. *Gellé* a eu l'occasion d'observer, chez un jeune enfant de huit ans, des accès choréiques développés dans le cours d'une affection catarrhale subaiguë de la muqueuse des fosses nasales avec ronflement, atrésie des fosses nasales, essoufflement et surdité bilatérale, et qui semble avoir pris naissance à la suite d'injections naso-pharyngiennes. La chorée, qui du reste ne persista pas, malgré la continuation du traitement, témoigne de la sensibilité réflexe de la muqueuse naso-pharyngienne qui peut être le point de départ d'accidents lointains plus ou moins généralisés et des plus variés (algies réflexes, asthme, toux spasmodique, chorée, etc.).

— M. *P. Richer* dépose un Mémoire sur les phénomènes neuro-musculaires de l'hypnotisme et sur la méthode à suivre dans les études sur l'hypnotisme (voy. les *Mémoires de la Société de biologie*, G. Masson).

— M. *Mégnin* a observé le développement d'une gale sarcoptique particulière au furet, produisant la chute des poils et un accroissement extraordinaire des ongles avec érosion et endolorissement des régions plantaires.

Séance du 29 décembre 1883. — Présidence de M. Laborde, vice-président.

Déglutition œsophagienne; réclamation de priorité : M. Arloing. — Acidité du sang : M. Rabuteau. — Nerfs cardiaques des mollusques : M. J. Chatin. — Action du chloroforme sur la levure de bière : M. Paumès. — Action des métaux sur le goût : M. Ch. Richet. — Lésions nerveuses centrales dans la sclérose latérale amyotrophique : M. Marie. — Canules à fistule biliaire : M. Laborde. — Lésions endocardiaques par le galvano-cautère : M. François-Franck — Élection du bureau pour 1884.

M. *Arloing* adresse une réclamation de priorité au sujet d'un travail récent de MM. Kronecker et Metzler sur le mécanisme de la déglutition. Il montre par des citations de ses propres travaux qu'il avait déjà établi, en 1875, l'un des faits énoncés comme nouveaux par les auteurs allemands, à savoir que pendant certaines déglutitions les mouvements péristaltiques de l'œsophage se suppriment et que ce conduit devient absolument inerte.

— M. *Rabuteau* revient sur la question de l'acidité du sang dont il avait entretenu la Société à propos des résultats de la mission Pasteur. Il a répété ses expériences avec les nitrites et retrouvé cette acidité du sang qu'il avait constatée en 1870. Le sang a présenté la bande d'absorption de l'hématine acide, à gauche de D, dans le jaune. Rapprochant ce fait de celui qui a été signalé à propos du choléra, M. Rabuteau exprime cette hypothèse que le choléra est le résultat d'une fermentation acide produite dans le sang par des éléments figurés tels que ceux qui ont été rencontrés par MM. Straus, Roux, Nocart et Thuillier.

— M. *J. Chatin* adresse une note sur les nerfs cardiaques de la *Mulette Perlière*. (Voy. les *Comptes rendus officiels*. G. Masson.)

— M. *Paumès* lit un travail sur l'action qu'exerce le chloroforme sur la propriété d'absorption de l'oxygène quand on soumet à son influence la levure de bière dite supérieure.

Le chloroforme diminue l'activité respiratoire de la levure; il peut même la suspendre complètement, bien qu'il n'ait pas pour effet de tuer le végétal dans ces conditions.

— M. *Ch. Richet*, poursuivant l'étude comparée des sels de différents métaux sur les tissus vivants, a été amené à rechercher leur action sur les nerfs du goût. Les chiffres qu'il présente sont, comme il le dit, approximatifs en raison des variations de la sensibilité gustative : mais si on admet que la cause d'erreur n'est pas supérieure à 50 pour 100, on peut tirer des résultats suivants des conclusions intéressantes. La quantité de métal nécessaire (par litre de solution), pour provoquer une sensation gustative, varie suivant les différents métaux : elle est de 1 centigramme pour le cuivre (sulfate), de 4 centigrammes pour l'argent (nitrate), de 10 centigrammes pour le mercure (bichlorure), de 12 centigrammes pour le sodium (chlorure), de 20 centigrammes pour l'ammonium (chlorure), de 45 centigrammes pour le zinc (sulfate). On voit que, pour les sels métalliques, la toxicité et la sensibilité n'ont aucune relation.

— M. *Marie* expose les résultats d'une importante autopsie faite dans le service du professeur Charcot sur une femme atteinte de sclérose latérale amyotrophique. Le fait capital, d'un grand intérêt physiologique et clinique, consiste dans la présence d'altérations profondes des circonvolutions motrices (corps granuleux dans la substance blanche et disparition des grandes cellules pyramidales). On a pu suivre les corps granuleux dans les faisceaux pyramidaux directs et croisés de la moelle, dans la protubérance et les pédoncules aux points mêmes où se continue le faisceau pyramidal, dans la capsule interne au niveau de la région indiquée par Flechsig comme donnant passage aux fibres du faisceau pyramidal; enfin on a retrouvé les fibres du même faisceau altéré dans la substance blanche des circonvolutions frontale et pariétale ascendante. Ces faits, dont quelques-uns avaient déjà été constatés, dans la même maladie, par MM. Charcot, Pick, Kahler et Kojewnikoff, établissent anatomiquement la continuité des fibres du faisceau pyramidal, de l'écorce aux régions latérales de la moelle, et affirment à nouveau la nature systématique de la maladie décrite par Charcot.

Le point véritablement neuf de l'étude de M. Marie est relatif à la lésion des cellules pyramidales dans la sclérose latérale amyotrophique.

— M. *Laborde* présente à la Société des canules à fistules biliaires modifiées d'après le modèle qu'il a déjà adopté pour les fistules gastriques; il signale l'intérêt d'un dispositif imaginé par M. Rondot, préparateur à la Faculté, pour permettre l'introduction facile de canules assez larges dans des orifices relativement étroits : c'est le mécanisme des boutons de chemise à plaque basculante.

— M. *François-Franck* indique un procédé nouveau pour provoquer, en écartant tout danger d'endocardite ulcéreuse par introduction d'éléments septiques, des lésions valvulaires chez les animaux : il a fait construire par M. Dubois des tiges de galvano-cautères de très petit calibre, se terminant par un fil de platine résistant et qu'on peut introduire dans les vaisseaux du cou de petits animaux; la partie terminale étant arrivée au contact de l'endocarde valvulaire, on ferme le courant à des instants successifs très courts et la cautérisation des valvules étant faite en plusieurs points, sans perforation, on abandonne la lésion endocardiaque à elle-même. L'endocardite qui se développe et s'étend produit *secondairement* des altérations valvulaires variées, des amincissements avec perforations (analogues aux anévrysmes valvulaires), des rétractions progressives, avec induration (insuffisances et rétrécissements secondaires).

L'intérêt de ces expériences consiste à éviter les accidents immédiats d'endocardite ulcéreuse septique et à provoquer des lésions *progressives* au lieu des lésions *brusques* obtenues jusqu'ici par l'auteur et par d'autres expérimentateurs.

Le dépouillement du scrutin pour l'élection du bureau de l'année 1884 a donné les résultats suivants : *Vice-prési-*

dents : MM. Mathias Duval et François-Franck; *secrétaires :* MM. Mégnin, Dastre, Larcher, Henneguy; *trésorier :* M. J. Chatin; *archiviste :* M. Hardy.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1883. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Traitement de l'entorse : M. Brame. — Nouveau procédé de réfrigération locale : M. C. Paul. — Elections.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait hommage à la Société des deux derniers fascicules de son *Traité de clinique thérapeutique.* Ces deux fascicules, qui terminent le troisième volume, comprennent le traitement des maladies générales et des fièvres.

— M. *Brame* donne lecture d'une note sur l'*Entorse et son traitement*. Il préconise, dans les entorses anciennes ou récentes, l'application de nombreuses ventouses scarifiées pour *enlever la sérosité épanchée*, et l'emploi de topiques astringents. Pour lui, ce mode de traitement est bien supérieur au massage et à l'application locale du froid au moment même de l'accident.

— M. *C. Paul* rappelle que la réfrigération locale a été bien souvent préconisée contre la migraine et que l'on a dans certains cas employé à cet effet les *gouttes japonaises*, composées principalement d'essence de menthe qui produit, en se volatilisant au niveau du front, une sensation de froid assez prononcée. Mais il faut reconnaître que cette préparation est d'un emploi assez incommode, précisément à cause de sa grande volatilité; aussi un pharmacien anglais, Shirley, a incorporé l'essence de menthe à des petits cônes de paraffine entourés d'une enveloppe de papier. En frottant la base de ces cônes sur la peau, on dépose à sa surface une mince couche de paraffine et d'essence; celle-ci se volatilise rapidement et l'on obtient ainsi une réfrigération locale intense, parfois même assez prononcée pour devenir douloureuse. — M. C. Paul préconise l'emploi de ce procédé si simple, pour l'application du froid dans les cas d'encéphalite en foyer.

M. *Delpech* serait porté à croire que l'essence de menthe est associée, dans des préparations de ce genre, à d'autres substances, car elle n'est pas par elle-même assez volatile pour déterminer une sensation de fraîcheur bien marquée. On a employé, depuis longtemps, dans le même but l'éther chlorhydrique chloré qui donne un abaissement assez considérable de la température locale.

M. *Limousin* a eu entre les mains une préparation semblable à celle dont parle M. C. Paul; mais les petits cônes étaient renfermés dans un étui en bois, et provenaient de Berlin. L'essence de menthe est sans doute rendue plus volatile, de même que dans les *gouttes japonaises*, par l'addition d'une certaine quantité d'alcool.

M. *C. Paul* ne pense pas qu'aucune autre substance active, telle que l'aconitine, par exemple, soit incorporée aux cônes de paraffine; en effet leur action, dans la migraine, est immédiate et ne se prolonge pas. Il n'a pu réussir à déterminer, au moyen du thermomètre à températures locales qu'il a fait construire, le degré d'abaissement thermique obtenu à l'aide des cônes renfermant l'essence de menthe, car le thermomètre forme cloche au-dessus de la peau et l'évaporation de l'essence se trouve ainsi supprimée.

M. *Catillon* rappelle qu'on a attribué à l'essence de menthe elle-même des propriétés analgésiques.

Élection. — La Société procède au vote pour le renouvellement du bureau. Sont nommés : *Président*, M. Delpech; *vice-président*, M. Duhomme; *secrétaire général*, M. C. Paul; *trésorier*, M. Créquy; *secrétaires annuels*, MM. J. Michel et E. Labbée.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

De la cairine comme antipyrétique, par M. Merkel.

Expériences cliniques faites à la clinique de Nuremberg. L'auteur confirme en général les résultats publiés par Filehne.

La cairine est un antipyrétique puissant, peut-être le plus énergique que nous possédions. Elle abaisse toute température fébrile (pneumonie, érysipèle, fièvre typhoïde, etc.); toutefois cet abaissement dépend moins de la dose que de la constitution du malade et de la cause thermogénique. L'apyrexie ne s'accompagne jamais de collapsus ou d'autres accidents, et est très bien supportée.

Lorsque l'on désire maintenir l'abaissement de température, on administre une série de doses fractionnées que l'expérience de chaque malade permet seule de fixer.

Le médicament paraît devoir être utilisé avec quelque avantage dans les fièvres continues, lorsque le cœur et les poumons sont intacts. La méthode ne semble avoir aucune action sur la marche de la maladie.

Ces qualités sont précieuses sans doute, mais il faut bien tenir compte du prix de la cairine, qui est de 1 franc le gramme. Or la dose quotidienne étant en moyenne de 6 grammes, on voit que ce n'est pas là un traitement économique. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXXIV, p. 100.)

De la forme héréditaire du diabète insipide, par M. Weil.

L'auteur raconte, au 56e Congrès des médecins et naturalistes allemands, un voyage d'exploration entrepris pour visiter la famille d'un de ses malades atteint de polyurie. Il fit porter son enquête sur 91 membres dont 70 sont encore vivants. *Vingt-huit* d'entre eux sont polyuriques ! et 17 ont été examinés par Weil.

Le chef de cette nombreuse famille était atteint lui-même, ce qui ne l'empêcha pas de vivre jusqu'à quatre-vingt-trois ans : la plupart des membres deviennent fort âgés et font preuve d'une robuste constitution. Les malades ne se plaignent que d'une soif gênante; la digestion est bonne, la vessie dilatée, les fonctions génésiques s'accomplissent normalement.

Le professeur Bäumler demande si par hasard les personnes citées n'étaient pas adonnées à l'alcoolisme, si leur système circulatoire ne présentait pas d'anomalie. Il ajoute à ce propos que l'emploi de la valériane et du valérianate de zinc ont permis d'améliorer sensiblement l'état de l'un de ses malades.

Weil répond qu'il n'a constaté ni alcoolisme, ni anomalies des artères ou du cœur, ni tendance à l'imitation (??). Les polyuriques de cette famille ne veulent accepter aucune médication, attendu, disent-ils, que leur santé est parfaite et qu'ils espèrent atteindre, comme leurs aïeux, un âge avancé. (*Wien. med. Presse*, n° 40, 1883.)

De la mort subite dans le diabète,
par M. Th. Frerichs.

Sur 400 cas de diabète, observés par Frerichs, un certain nombre se sont terminés par mort subite. Le trait commun à tous ces cas est le coma terminal : l'évolution diffère sensiblement. Ainsi l'on voit des malades être pris, généralement après des efforts prolongés, de faiblesse générale et mourir en peu de temps. D'autres fois la marche est moins rapide : après quelques symptômes prémonitoires on voit suivre la céphalée, les délires, l'angoisse, des attaques de manie, une dyspnée spéciale avec ou sans cyanose : l'haleine répand une odeur de fruit qui rappelle celle de l'acétone ou du chloroforme, guérison rare; cette forme dure de trois à cinq jours. Dans une troisième série de cas, l'angoisse et la dyspnée font défaut, le coma s'établit peu à peu, l'haleine répand l'odeur signalée plus haut, l'urine présente une coloration rouge-pourpre foncé par l'addition de perchlorure de fer.

Le coma est plus fréquent qu'on ne croit et constitue avec la phthisie le grand danger pour les diabétiques.

L'auteur pense que dans le premier groupe la cause de la mort est une paralysie du cœur due à une dégénérescence du muscle cardiaque : dans les deux derniers groupes, il s'agissait d'une « intoxication diabétique » dont nous ne connaissons pas le poison; l'acétone et l'acide acétylique en sont les produits de substitution. (*Zeitschrift für klin. Med.*, VI, p. 3.).

De la pathologie du diabète, et spécialement du coma diabétique, par M. S. Mackenzie.

Mackenzie signale aussi la fréquence relative du coma diabétique : sur 37 cas mortels de diabète, à London Hospital, le coma existait 19 fois : sur 43 cas, à Guy's Hospital, 26 fois. Cet accident est fréquent surtout chez les jeunes sujets et dans les cas à évolution rapide, et coïncide fréquemment avec la phthisie confirmée ou au début. (*British med. Journal*, 7 avril 1883.)

Plus nous étudions cette question du coma diabétique et plus nous sommes frappés de sa rareté en France. Y a-t-il peut-être dans les habitudes nationales en Allemagne et en Angleterre, dans l'abus des alcooliques, par exemple, une raison de cette fréquence plus grande ?

Des filaments spiraux de l'expectoration,
par M. O. Vierordt.

Curschmann a démontré qu'il existe une forme d'asthme nerveux secondaire, dans laquelle le malade rejette un crachat gélatineux de nature albumineuse, contenant une masse de flocons grisâtres et un élément spécial sur lequel on n'avait pas jusqu'ici attiré l'attention. Ce sont des filaments extrêmement ténus, transparents, gris ou jaunes, élastiques; le microscope montre qu'il s'agit de mucus effilé et contourné en spirale. Il constata, en outre, qu'au milieu de ces spirales (*spiralfäden*) on observait fréquemment une sorte de cylindre-axe brillant, nettement séparé de la spirale enveloppante. Ce filament central (*centralfaden*) a la même composition. En même temps on trouvait dans les crachats, et spécialement dans les spirales, les cristaux de Charcot. Cette curieuse formation est attribuée à une lésion spéciale des petites bronches, différant aussi bien du simple catarrhe que de la bronchite fibrineuse. L'affection mériterait de porter le nom de *bronchiolite exsudative* (*Deutsches Archiv für klin. Med.*, t. XXXII).

A peu près à la même époque, Ungar avait concentré les mêmes filaments dans un grand nombre de cas d'asthme bronchique (premier congrès médical à Wiesbaden).

Zencker a confirmé les observations de Curschmann et Leyden avait déjà autrefois, dans son travail renommé sur les cristaux de l'asthme, signalé un élément du même genre.

Vierordt nous apprend, de son côté, qu'il a pu démontrer l'existence de ces productions dans un cas de pneumonie franche primitive, et dans un cas de bronchite fibrineuse (toutefois ce second cas est sujet à critique). Il reconnaît que le fait est extrêmement rare dans ces maladies, mais qu'il doit être néanmoins signalé. Il ne s'explique pas sur le mode de formation. (*Berlin. klin. Woch.*, 1883, n° 29.)

Travaux à consulter.

Remarques sur la leucodermie, par M. Thomas Woort. — A la différence de l'albinisme, qui est congénital, la leucodermie se développe après la puberté. L'auteur en a noté l'apparition en l'absence de toute maladie antérieure ou contemporaine, sur des individus en bonne santé. Il l'a vue survenir après des manifestations de syphilis constitutionnelle et dans la convalescence de la dothiénentérie. Doit-on, dans ces divers cas, la considérer comme une manifestation de maladies différentes, ou bien la regarder comme le résultat de troubles trophiques de cause centrale? En l'absence de vérification anatomo-pathologique, ces hypothèses ne sauraient être démontrées par la seule observation clinique. (*Journal of cutaneous and venereal diseases*, juin 1883, p. 277.)

Des médicaments employés dans le traitement de l'épilepsie, par M. J. Russell. — En expérimentant les médicaments autres que les bromures, dont on a préconisé l'usage dans cette maladie, l'auteur a fait des essais avec le fer, le zinc, l'arsenic, la strychnine, l'opium, le *cannabis indica*, la belladone, l'atropine, l'acide phosphorique, le chloroforme, les pointes de feu en applications le long du rachis, les vésicatoires, le séton et l'électrisation.

Le zinc a donné des résultats durables dans six cas sur vingt, et l'arsenic dans quatre sur neuf. Avec la strychnine on n'a rien obtenu. L'opium a procuré de l'amélioration chez six malades sur quatorze. Avec le *cannabis* l'amélioration a été passagère dans six cas sur neuf, et avec la belladone et l'atropine on n'a obtenu que des insuccès. (*The Practitionner*, février 1883.)

Du traitement de la fièvre typhoïde par le veratrum viride, par le docteur Nelsonn. — Cette médication consistait dans l'administration de doses successives de *veratrum viride*. Sous son influence, le pouls et la température étaient abaissés, et, d'après l'auteur, les dangers d'hémorrhagies intestinales considérablement diminués. Souvent même la convalescence se serait établie dans le courant du deuxième septenaire. Il faisait usage. toutes les heures, de une ou deux gouttes de la teinture officinale de ce médicament. (*Archives of medicine*, avril 1883.)

Les micrococcus de la méningite cérébro-spinale, par M. Leyden. — Ces microorganismes ont été découverts, au moyen de la coloration par la fuchsine, dans le liquide cérébro-spinal d'un malade mort de méningite cérébro-spinale sporadique. De forme ovale, ces organismes se groupent par paires (diplococcus) ou gros chapelets (streptococcus), et ressemblent à ceux de la pneumonie et de l'érysipèle. Ils ont des mouvements moins rapides que les micrococcus des maladies infectieuses, et présentent cette trémulation que Eberth et Gunther attribuent aux micrococcus de la pneumonie. D'après Leyden, il serait intéressant de savoir si l'otite double, qui complique la pneumonie ou l'érysipèle, ne serait pas sous la dépendance du développement de ces microorganismes dans le liquide arachnoïdien. (*Deutsch. med. Wochen.*, 9 avril 1883, et *The Journal of nervous and mental diseases*, avril 1883, p. 330.)

Les anastomoses des artères coronaires, par le docteur Samuel West. — Les anastomoses des artères coronaires sont importantes à connaître au point de vue de la pathologie cardiaque. On rencontre souvent des cas dans lesquels, malgré l'obstruction

de la lumière de l'un de ces vaisseaux, la nutrition du cœur n'est pas modifiée. Aussi, dans le but de déterminer exactement l'existence de ces anastomoses, M. West a injecté ces artères avec une solution de gélatine colorée par le carmin. Cette injection fut répétée sur un grand nombre de cœurs, et pratiquée tantôt dans la coronaire gauche, tantôt dans la coronaire droite. Elle s'étendait à tous les vaisseaux artériels du cœur et démontrait l'existence de communications anastomotiques entre eux. (*The Lancet*, 2 juin 1883.)

DU TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE, par M. Robert SAUNBY. — Dans ce mémoire, l'auteur admet que le mélange des bromures alcalins (bromures de sodium, d'ammonium, de potassium et de lithium) avec le bromure de camphre et la digitale possède une grande valeur thérapeutique. Le *cannabis indica* et les préparations de zinc sont des adjuvants de la médication bromurée, et l'emploi du borax est utile dans les cas où les bromures sont en défaut. Enfin il recommande contre ces vertiges épileptiques d'employer la caféine, la théine et la nitro-glycérine. (*The Practitionner*, février 1883.)

DU MODE DE FORMATION DES SOUFFLES FONCTIONNELS DU CŒUR, par M. R. NEUKIRCH. — Les bruits systoliques du ventricule gauche, non organiques, seraient dus à un rétrécissement relatif de l'entrée de l'aorte, dû à une dilatation correspondante du ventricule. Théorie contestable. (*Zeitsch. für klin. Med.*, t. VI, p. 263.)

DE L'EXTIRPATION DE LA RATE CHEZ L'HOMME, par M. CRÉDÉ. — Une observation de tumeur de la rate, avec extirpation de cet organe. Succès. Les conclusions sont les suivantes : 1° l'homme adulte supporte sans accident l'extirpation de la rate ; 2° l'absence de la rate détermine des troubles transitoires de la circulation ; 3° ces troubles sont compensés par une suractivité de la moelle osseuse et de la glande thyroïde ; 4° la fonction de la rate consiste à transformer les leucocytes en hématies. (*Archiv für klin. Chir.*, t. XXVIII, p. 401.)

DE L'IRRITABILITÉ DE LA MOELLE ALLONGÉE, par M. SCHIFF. — Série de mémoires extrêmement importants, mais trop étendus pour se prêter à l'analyse. Le célèbre professeur étudie successivement les cordons postérieurs, les cordons latéraux et la substance grise, les faisceaux pyramidaux, la mesure millimétrique de la douleur, la sensibilité générale, les muscles lisses. Dans une autre partie de son travail, il étudie la moelle dans son ensemble, les centres spinaux et la soi-disant excitabilité motrice de l'écorce cérébrale. La lecture de ces travaux est indispensable pour le physiologiste et le neurologiste. (*Archives de Pflüger*, t. XXVIII, p. 537 ; t. XXIX, p. 537, et t. XXX, p. 199.)

DES THÉORIES DE NÆGELI SUR LA FERMENTATION, par M. A. MAYER. — Nægeli a mis au jour la théorie qui veut que les cellules de la levure soient capables de produire une action à distance, en ce sens que les vibrations des molécules de plasma peuvent se transmettre à travers la paroi de la cellule, et dissocier la molécule de sucre. Les expériences à l'appui consistent à mettre des fruits (cerises, groseilles, etc.) d'un côté dans l'eau, de l'autre dans une solution de levure : les fruits, dans ce second cas, contiennent toujours une plus grande proportion de levure. Cette doctrine paraît bien aventurée. (*Zeitschrift für Biologie*, t. XXVIII, p. 523.)

TRAITEMENT DES BRONCHECTASIES, par M. O. SEIFERT. — Ce traitement consiste dans l'injection, au moyen d'une seringue de Pravaz, de 2 grammes d'une solution phéniquée à 3 pour 100 dans les cavernes bronchectasiques. Aucune réaction du côté du poumon ou de la plèvre ; diminution immédiate de la sécrétion et de la fermentation putride des crachats. L'un des deux malades mourut d'insuffisance mitrale, l'autre d'une néphrite amyloïde. Tentatives peu encourageantes. (*Berl. klin. Woch.*, 1883, n° 24.)

EXAMEN DES SQUAMES DES SCARLATINEUX, par M. POHL-PINCUS. — Les portions desquamées des scarlatineux contiennent des micrococcus, ce qui sans doute ne surprendra personne. Il est plus difficile de comprendre que l'auteur, après cette constatation banale, veuille faire de ces microbes l'agent pathogénique de la scarlatine. (*Centralblatt für die med. Wissenschaft*, 1883, n° 36.)

DE LA PERTE DES FORCES DANS LES MEMBRES NON PARALYSÉS, par M. R. FRIEDLÆNDER. — Chez des individus faibles, mais bien portants, l'auteur trouve comme moyenne, pour le bras droit, 49 kilogrammes ; pour le bras gauche, 44 kilogrammes. Chez les femmes, ces chiffres se réduisent à 29 et 26 kilogrammes. Les recherches sur les malades donnent les résultats suivants : en cas d'hémiplégie cérébrale, la perte de la motilité du bras non paralysé atteint jusqu'à 47 pour 100. Dans l'hémiplégie droite, la perte est plus marquée que du côté opposé. Le même fait est constaté pour les extrémités inférieures. La sensibilité, au contraire, est peu ou point altérée. (*Neurolog. Centralblatt*, 1883, n° 11.)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE, par M. NEELSEN. — Cas de pleurésie chronique où l'examen des crachats et de l'exsudat pleural était resté négatif au point de vue du bacille de Koch. L'autopsie révéla des lésions tuberculeuses, et l'examen histologique fit découvrir le microbe. (*Centralblatt für die med. Wiss.*, 1883, n° 28.)

DIE NEBENNIEREN UND DER MORBUS ADDISON, par M. C. BURGER. — Travail de *privat docent* : contient un historique méticuleux, mais peu clair, pas d'observations nouvelles, quelques expériences de faible portée. Ces conclusions ne diffèrent pas sensiblement de celles de Martineau. La maladie d'Addison est due à une affection des ganglions semi-lunaires et du plexus solaire, ordinairement de nature tuberculeuse. Quant aux capsules surrénales, elles se rapprochent comme structure des glandes hémato-poiétiques, mais n'ont pas de fonction indispensable à l'existence. Leurs lésions n'ont qu'un rapport éloigné avec la maladie d'Addison. (Broch. in-8° de 56 pages. Berlin, 1883.)

DES HÉMORRHAGIES DU THYMUS, par M. RAUDNITZ. — Relation de deux cas remarquables par l'importance du foyer hémorrhagique. Au lieu de foyers de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'un pois, comme on les rencontre d'habitude, le thymus contenait des tumeurs sanguines de la grosseur d'un œuf de poule. Origine syphilitique probable. (*Archiv für Kinderheitkunde*, t. IV.)

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de pathologie et de clinique infantiles, par le docteur DESCROIZILLES, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. In-18 de 1063 pages. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1884.

Peu de manuels ont un développement aussi considérable que celui de M. le docteur Descroizilles. C'est plutôt, à vrai dire, un traité succinct, mais complet, des maladies de l'enfance. L'auteur ne s'est même pas limité à l'étude des maladies purement médicales. Beaucoup de maladies qui sont du ressort de la chirurgie sont également décrites : coxalgies, luxations, hydrocèles, hernies, becs-de-lièvre, etc. On voit que M. Descroizilles, dirigeant un de ces services où les cas chirurgicaux sont infiniment plus nombreux que les cas médicaux, a dû s'habituer à traiter des affections que partout ailleurs on attribue au seul chirurgien.

Resserrant autant que possible dans des limites étroites la description des symptômes des maladies, leur étiologie et surtout les notions historiques qui leur sont afférentes, M. Descroizilles insiste sur la thérapeutique, particulièrement délicate et complexe chez les enfants. Il renvoie à des notes annexées à chaque chapitre les indications des principaux travaux qu'il a consultés, offrant ainsi au lecteur des renseignements précis et qui peuvent le guider sûrement dans des études plus développées.

Un formulaire spécial est annexé au volume. Les médications y sont indiquées en suivant l'ordre nosologique. L'inconvénient de cette classification est d'exposer à de continuelles répétitions. On s'en convaincra aisément en lisant au formulaire l'article *Fièvres*, où l'on trouve accumulées une foule d'excellentes formules, dont les indications ne peuvent être précisées et qui s'appliquent bien moins aux fièvres elles-mêmes qu'à des accidents qui leur sont communs avec beaucoup d'autres maladies.

Le but d'un livre de ce genre qui, nous le répétons, est moins un manuel que le résumé d'un traité complet, est de fournir à l'élève des notions précises, d'attirer son attention sur les points principaux sans la fatiguer de détails accessoires. Mais ce choix même suppose chez l'auteur la connaissance de tous les détails sur lesquels devra porter ce travail de sélection, et il suffit de se reporter aux indications annexées aux différents chapitres pour apprécier la quantité de documents qui ont dû être dépouillés. En somme, le *Manuel* de M. le docteur Descroizilles résume bien l'état actuel de la pathologie infantile et révèle chez son auteur autant d'érudition que d'expérience clinique. B.

Manuel pratique des maladies de l'enfance, par le docteur Edward ELLIS. Traduit sur la quatrième édition anglaise par le docteur L. WAQUET, avec préface de M. le docteur CADET DE GASSICOURT. In-18 de 575 pages. — O. DOIN, 1884.

L'ouvrage, comme on le voit, a déjà obtenu en Angleterre un succès solide et est arrivé à sa quatrième édition. Très sobre de développements dans l'exposition de la maladie, de ses symptômes, de son diagnostic, l'auteur insiste particulièrement sur l'hygiène et les indications thérapeutiques. A ce double point de vue, l'ouvrage a une valeur toute particulière et mérite d'être souvent consulté. Un formulaire spécial y est annexé.

La classification n'a pas beaucoup préoccupé l'auteur, qui renvoie à la table générale pour les recherches nécessaires. Mais chaque médicament, chaque formule y est étudiée avec soin. Les indications sont formulées d'une manière précise et la valeur des médicaments contrôlée par des observations bien prises.

Leçons cliniques sur les maladies des femmes ; thérapeutique générale et applications de l'électricité à ces maladies, par le docteur A. TRIPIER. — Paris, 1883, Doin.

Il s'agit bien moins, ainsi d'ailleurs que l'auteur lui-même le reconnaît dans un court avant-propos, d'un *Traité clinique des maladies des femmes* que d'un traité d'*électrothérapie gynécologique ;* peut-être même pourrait-on, après avoir lu le livre de M. Tripier, le considérer comme une apologie des bienfaits de l'électricité dans la pratique des maladies utérines et des accouchements.

Il ne nous appartient pas, à coup sûr, de discuter les faits rapportés par l'auteur, mais il nous semble douteux, par exemple, que la majorité des accoucheurs se rallient bien facilement à ce précepte, formulé en termes précis, de permettre aux accouchées de se lever le *quatrième jour* lorsqu'on pratiquera la faradisation utérine quotidienne après la délivrance, et même de les faire venir chez soi, dès ce moment, pour procéder à la séance d'électricité. C'est là cependant la pratique courante de M. Tripier, et il affirme n'avoir eu qu'à s'en louer; il ne signale qu'une seule contre-indication, résultant de la fièvre intermittente qui a pour effet d'amoindrir notablement les résultats des tentatives d'involution utérine par contractions provoquées.

L'électricité, sous forme de faradisation utérine médiate, ou même de faradisation immédiate, l'olive négative étant introduite dans l'utérus, serait un puissant moyen d'arrêter les hémorrhagies résultant de l'inertie utérine après la délivrance; l'action excito-motrice et la contraction du tissu musculaire utérin se produisaient, en effet, dans ce cas, plus rapidement, et d'une façon plus intense qu'à la suite de l'administration de l'ergot de seigle, et l'on sait combien, en semblable circonstance, les instants sont précieux. L'auteur rapporte deux observations très probantes à cet égard, et les accoucheurs seraient coupables de négliger un procédé d'une exécution aussi facile et qui pourra peut-être conjurer de terribles accidents.

Signalons encore les chapitres où se trouvent exposés les règles de la thérapeutique électrique et les résultats qu'il est permis d'en attendre dans le traitement des déviations utérines et des corps fibreux. C'est à la faradisation que l'auteur conseille de recourir en vue d'obtenir la cure des lésions de situation : versions, flexions et abaissement. Seul le mode d'application des rhéophores, correspondant au pôle positif, varie avec les différentes formes de déviations de l'utérus, l'excitateur négatif étant toujours placé dans le col utérin, et même dans la cavité du corps de la matrice. Pour l'antéversion et l'antéflexion, on emploiera la faradisation recto-utérine, tandis que la rétroversion ou la rétroflexion nécessiteront la faradisation vésico-utérine, l'électrisation devant toujours être pratiquée sur la face de l'utérus opposée au sens de la courbure; enfin, dans l'abaissement, M. Tripier préconise la faradisation biinguino-utérine ou biinguino-vaginale. Ce traitement serait également applicable, au début de la gravelle, pour prévenir l'enclavement d'un utérus gravide rétrofléchi, et n'offrirait, d'après l'auteur, aucun danger de déterminer l'avortement, bien que l'excitateur négatif soit, même dans ce cas, introduit dans le col utérin.

Le traitement des fibromes par l'électricité comprend un certain nombre de procédés auxquels ont eu successivement recours divers expérimentateurs ; mais les résultats obtenus sont loin d'être aussi satisfaisants qu'on l'avait espéré dans le principe. La faradisation, surtout la faradisation à secousses rapides, semble tout d'abord produire une amélioration sensible, mais elle ne se prononce pas davantage alors même que l'on continue le traitement avec persistance; elle n'est en effet qu'apparente, et résulte de la diminution des accidents d'engorgement utérin et péri-utérin, sous l'influence mécanique des secousses électriques. La galvanisation continue ne paraît pas avoir été plus avantageuse, et c'est à l'action chimique de la galvanisation *unipolaire* négative que l'auteur serait disposé, jusqu'ici, à accorder la préférence.

Telle n'est pas cependant la méthode de traitement à laquelle l'auteur a le plus souvent recours. Désireux d'agir localement sur la tumeur fibreuse, ou, tout au moins sur l'utérus renfermant dans ses parois un fibro-myôme, il a songé à pratiquer des injections intra-utérines. Abandonnant les injections liquides à cause de la douleur qu'elles provoquent, et préférant d'ailleurs obtenir une action modificatrice de plus longue durée, il a expérimenté successivement divers topiques pâteux auxquels se trouve incorporée la substance médicamenteuse : il s'est arrêté, pour les fibromes, à un savon renfermant de l'iodure de potassium. Cette préparation peut être facilement portée dans la cavité utérine au moyen d'une sonde spéciale, et M. Tripier en a obtenu d'excellents résultats chez un grand nombre de malades soumises à ce traitement. Il ne proscrit pas cependant d'une façon absolue les injections intra-utérines liquides, auxquelles on a reproché des méfaits dont les opérateurs étaient presque toujours beaucoup plus responsables que l'opération elle-même; elles nécessitent à coup sûr quelques précautions et une certaine habileté de main, mais « des épreuves aujourd'hui nombreuses, celles notamment de Barnes et de Gallard, témoignent, d'autre part, de l'innocuité générale de la méthode, lorsqu'elle est maniée avec prudence et discernement ».

L'électricité est encore mise à contribution par M. Tripier dans le traitement des fibromes kystiques utérins et aussi des kystes ovariques, alors que l'ovariotomie se trouve contre-indiquée par suite de circonstances diverses. C'est, dans des cas semblables, la galvanocaustique chimique qui entre en jeu et permet, au moyen de la méthode des cautérisations

tubulaires, d'établir des fistules persistantes faisant communiquer les productions kystiques avec l'extérieur. La cautérisation tubulaire est pratiquée par le vagin, pour attaquer les kystes de l'utérus, au moyen d'une aiguille négative isolée de la muqueuse du conduit vaginal par un tube de verre qui lui sert de conducteur; elle est au contraire pratiquée au niveau de la paroi abdominale, pour les kystes ovariques, au moyen d'un gros trocart plongé dans la tumeur et dont la canule, laissée en place, sert d'électrode négative pour produire l'escharc tubulaire conduisant à l'intérieur de la poche. Les résultats de cette opération, à laquelle l'auteur a donné le nom d'*ovariostomie*, n'ont pas encore réalisé toutes les espérances, mais le procédé n'en est pas moins intéressant, et peut trouver, en chirurgie, des applications variées.

Si nous mentionnons encore quelques leçons sur l'hystérie et sur l'arthritisme chez la femme, nous aurons fait suffisamment connaître les principales questions traitées au cours de cet ouvrage, qui renferme de précieuses indications sur les méthodes d'électrothérapie.

Dr André PETIT.

Index bibliographique.

L'HIVER A CANNES ET AU CANNET, par le docteur A. BUTTURA, ancien médecin de l'hôpital de Cannes.—Paris, 1883. J.-B. Baillière et fils.

Cette brochure fournit, sur Cannes et le Cannet, d'utiles renseignements aux médecins qui ont l'intention d'envoyer des malades dans ces stations d'hiver, et aux personnes qui doivent y séjourner. Au point de vue de la topographie médicale, le canton de Cannes se divise en trois zones : 1° *les bords de la mer*, zone excitante, tonique et fortifiante; 2° *la base des collines*, zone tonique et fortifiante; 3° *les collines éloignées, les vallées*, zone moins tonique, mais très saine; enfin le Cannet constitue une résidence précieuse pour les malades que le voisinage de la mer fatigue, et qui ont besoin d'un climat tonique, remontant, sans être excitant. Une carte détaillée de la région permet de suivre facilement les indications données au cours de l'ouvrage. Enfin l'auteur trace des règles précises au sujet de l'hygiène des malades en traitement à Cannes; le choix d'une habitation, le régime, les promenades, la durée du séjour, les bains de mer, les bains de sable sont successivement étudiés au point de vue des différentes indications à remplir.

MÉMOIRE SUR LA PRÉVENTION DE LA CÉCITÉ, par le docteur FIEUZAL, médecin en chef de l'hôpital national des Quinze-Vingts de Paris. — Genève, 1883. Ch. Schuchardt.

Dans ce mémoire, lu dans la séance du 9 septembre 1882, au Congrès international d'hygiène et de démographie de Genève, l'auteur, après quelques renseignements statistiques sur la clinique ophthalmologique de l'hospice des Quinze-Vingts, s'occupe tout particulièrement de la prophylaxie et du traitement de l'ophthalmie purulente, qui occupe le premier rang, par ordre de fréquence, parmi les causes de cécité. Il s'élève contre l'usage, général en pareil cas, de collyres *instillés par gouttes*, pratique qu'il considère comme fort dangereuse toutes les fois que la cornée, et à plus forte raison l'iris ou la choroïde, sont compris dans le processus inflammatoire. A la cautérisation répétée des paupières retournées et des culs-de-sac conjonctivaux, il préfère, dans la plupart des cas, les lavages, toutes les heures, avec une solution phéniquée à 1/250, coupée avec moitié eau tiède, ou encore avec l'acide borique à 5/100. Les ophthalmies à sécrétion seront toutes heureusement modifiées, et la plupart guéries par ce procédé; cependant un certain nombre de cas, graves d'emblée, et appartenant fréquemment aux formes pseudo-membraneuses ou blennorrhagiques, réclameront les cautérisations des paupières retournées, la glace, les scarifications, sans préjudice des lavages désinfectants. M. Fieuzal pense qu'il serait très utile d'insérer, au livret de famille, une note dans laquelle seraient formulés les soins à donner aux enfants pour prévenir ou enrayer l'évolution de l'ophthalmie purulente : cette note renferme le résumé du traitement qu'il préconise.

TRAITÉ DES MALADIES PALUDÉENNES A LA GUYANE, par le docteur E. MAUREL, médecin de 1re classe de la marine. — Paris, 1883. O. Doin.

L'importance des affections endémiques, et parmi elles du paludisme, est telle à la Guyane, qu'une statistique portant sur onze trimestres, pour les années 1858, 1859 et 1861, a fourni 5727 maladies endémiques, dont 4576 d'origine palustre, sur 7111 cas de clinique interne. Dans une première partie, l'auteur étudie l'influence des conditions atmosphériques sur le développement des accidents palustres, et établit que la sécheresse et la direction des vents d'est, pendant le second semestre de l'année, sont des causes manifestes de la fréquence plus grande du paludisme à cette époque; les mouvements de terrains neufs, dans les opérations de défrichement, favorisent d'ailleurs considérablement la diffusion du miasme. D'autre part, aucune race, si ce n'est peut-être la race indienne, n'est à l'abri du fléau; cependant les nègres jouissent d'une immunité relative, tandis que les Européens sont les plus maltraités. Pas plus que l'individu, ni la famille, ni la race ne s'acclimatent contre l'endémie meurtrière. Dans la seconde partie, le docteur Maurel étudie la nature du poison paludéen; il admet qu'il appartient au règne végétal, que son terrain de prédilection est le marais, et pense que sa voie d'absorption est représentée par la surface des voies respiratoires. Quant à l'intensité des phénomènes toxiques, ils dépendent, pour lui, non de l'espèce du miasme, mais de la quantité absorbée, et surtout de l'état de l'organisme au moment où il est atteint. Il classe les accidents palustres en : 1° *formes fébriles*, comprenant les fièvres paludéennes simples, compliquées et pernicieuses; ces dernières étant représentées par les accès pernicieux cérébraux, cérébelleux, rachidiens, thoraciques, abdominaux et à forme mixte; 2° *formes apyrétiques*, comprenant les formes larvées et la cachexie palustre, dont le pronostic peut être ainsi formulé : *sans rapatriement pas de salut*.

ÉTUDE CLINIQUE SUR LA MATURATION ARTIFICIELLE DE LA CATARACTE, par le docteur F. DE LAPERSONNE, ancien interne des hôpitaux. — Thèse de Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

La maturation spontanée des couches corticales du cristallin, dans la cataracte à noyau, présente souvent une durée fort longue; aussi, pour épargner aux malades cette période d'infirmité pendant laquelle il leur est impossible de se livrer au travail, on a songé à hâter artificiellement l'opacité et le durcissement des portions périphériques du cristallin. C'est d'abord de Græfe, et, presque au même moment, Mannhardt, qui proposèrent la maturation artificielle de la cataracte au moyen de la discission de la capsule antérieure, précédée ou non d'iridectomie. Frappé des dangers que présente l'opération ainsi pratiquée, Förster imagina un moyen d'une plus grande innocuité et qui est bien préférable : il consiste à faire sur la cornée des frictions répétées, après ouverture de la chambre antérieure et iridectomie. Si parfois ce procédé échoue, ou même s'accompagne de quelques accidents inflammatoires insignifiants, par contre, dans les cas heureux, l'opacification du cristallin est complète du troisième au sixième jour, et l'on peut procéder à l'extraction vers la troisième ou quatrième semaine.

MÉMOIRES ET BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX POUR L'ANNÉE 1881. — Paris, 1882. G. Masson.

Ce nouveau volume des *Bulletins de la Société de médecine de Bordeaux* renferme, outre les discussions et décisions administratives, les prescriptions d'hygiène et de prophylaxie, un grand nombre d'intéressantes discussions sur diverses questions de pathologie et de thérapeutique. Signalons en particulier : le croup et son traitement par l'acide fluorhydrique, le camphre phéniqué, le pulvo-copahu, la pilocarpine, etc.; la fièvre typhoïde, la vaccine et la variole, une épidémie de fièvre scarlatine puerpérale dans les deux maternités; quelques observations curieuses : rage humaine, morve, chromhydrose, éléphantiasis, sclérodermie, etc.

VARIÉTÉS

D'un nouveau procédé d'anesthésie par le chloroforme.

Un de nos correspondants, M. le docteur Catrin (de Valenciennes) qui a assisté, à une leçon faite par M. Paul Bert le 29 décembre dernier à l'hôpital Saint-Louis, sur *un nouveau procédé d'anesthésie par le chloroforme*, a bien voulu nous en envoyer un compte rendu. Ce procédé n'est pas inconnu de nos lecteurs, mais il nous a paru intéressant et utile d'en mettre sous leurs yeux une appréciation émanée de M. Paul Bert lui-même, avec l'exposé des vues scientifiques qui l'y ont conduit et l'ont porté, par contre, à abandonner le protoxyde d'azote.

Employé pur, le gaz hilarant tuait; mêlé à l'air, il était inoffensif, mais il n'anesthésiait pas. Il a fallu alors recourir à un troisième facteur, la pression atmosphérique, pour arriver à l'anesthésie complète et inoffensive. La *Gazette hebdomadaire* a fait connaître cette méthode en son temps. Le problème paraissait donc résolu; l'administration avait fait à Saint-Louis et à Lariboisière des sacrifices pécuniaires pour procurer à ces deux hôpitaux les chambres en fonte nécessaires pour employer ce mode d'anesthésie. D'ailleurs ces appareils coûtaient cher et étaient difficilement transportables et difficilement maniables.

M. P. Bert reprit l'étude du chloroforme et revint à son emploi avec la modification suivante, qui est essentielle devant la toxicité redoutable de cet agent.

C'est sur des chiens que M. P. Bert entreprit ces expériences, les rongeurs montrant une susceptibilité exagérée pour le chloroforme.

Ici, dans une courte parenthèse, M. P. Bert, avec une bonhomie toute railleuse, se donne la peine de dire que les vivisections ne sont pas faites pour le malin et barbare plaisir de torturer des animaux, pas même pour découvrir, prouver ou justifier certaines vérités scientifiques, mais surtout pour s'efforcer de trouver de nouveaux remèdes aux maux de l'humanité.

C'est suffisant pour répondre aux attaques violentes et passionnées des antivivisectionnistes, en admettant même qu'il soit nécessaire de se défendre.

Les expériences ont consisté à mélanger d'air des vapeurs de chloroforme plus ou moins abondantes et à soumettre pendant un temps plus ou moins long des chiens à l'action de ces vapeurs.

Après bien des tâtonnements, M. P. Bert arriva à trouver que, pour les chiens de grosseur moyenne, avec un mélange de 10 grammes de chloroforme vaporisé dans 100 litres d'air on obtient: 1° une anesthésie rapide; 2° une période d'excitation très faible ou nulle; 3° une période d'analgésie de retour très longue et proportionnée d'ailleurs à la durée de l'anesthésie vraie.

Pour l'homme la dose est fixée actuellement à 8 grammes de chloroforme pour 100 litres d'air. Il est expressément recommandé de recouvrir le patient, surtout si c'est un enfant, avec des draps chauffés, afin de prévenir le refroidissement. Ainsi employé le chloroforme a une odeur *agréable* et ne provoque nullement la répugnance qu'ont d'ordinaire les malades pour l'anesthésique pur; il n'y a pas de vomissements.

M. P. Bert a insisté sur la presque disparition de cette gênante période d'excitation dont la cause est encore aujourd'hui, dans bien des thèses et des livres, attribuée à tort à l'excitation de la moelle. Pour lui, c'est une erreur de physiologie pathologique qu'il a signalée dès 1865. Sur des chiens dont la moelle avait été sectionnée, cette période d'excitation n'en persistait pas moins. Elle doit être attribuée à une aberration des sensations et à un véritable délire.

L'orateur espère qu'en diminuant les doses de chloroforme, en les réduisant à 5 ou 6 grammes pour 100 litres d'air, on arrivera à pouvoir entretenir très longtemps l'anesthésie commencée avec un mélange de 8 grammes pour 100 litres.

L'appareil instrumental est très simple et consiste en une cuve métallique d'une certaine capacité, 150 litres, croyons-nous, communiquant d'une part, au moyen d'un tube, avec un flacon dans lequel on met le chloroforme, et d'autre part, avec un tube terminé par un masque muni de soupapes, et qu'on applique sur la bouche du malade. Le récipient étant vide, on le fait monter peu à peu au moyen de contrepoids, mais l'air qui arrive dans son intérieur doit, au préalable, passer au travers du chloroforme qui se vaporise et de cette façon arrive mêlé à l'air dans la cuve.

Une lampe à alcool placée sous le verre qui contient le chloroforme permet au besoin d'activer l'opération. Par un jeu de robinets, dont la manœuvre est facile à comprendre, on peut interrompre ou rétablir les communications entre le récipient d'une part et d'autre part le malade ou le vase qui contient l'anesthésique. Des expériences ont été entreprises à Saint-Louis; jusqu'à présent les résultats ont été très satisfaisants.

Nous insérerons, dans le prochain numéro, une note dans laquelle M. Catrin indique les résultats observés par lui dans quatre cas d'anesthésie par cette méthode.

Importation des viandes de porc salé d'Amérique (décret en date du 28 décembre 1883).

Art. 1er. — Il est sursis à l'exécution du décret du 27 novembre 1883. — Est en conséquence suspendue, jusqu'à ce qu'il ait été statué par une loi sur l'introduction en France des viandes de porc, l'importation desdites viandes salées provenant des États-Unis d'Amérique.

Art. 2. — Toutefois, pour les marchés déjà conclus, ces viandes pourront être admises exceptionnellement jusqu'au 20 janvier 1884 par les ports du Havre, de Bordeaux et de Marseille, et à la condition qu'il sera constaté qu'elles répondent au type connu dans le commerce sous le nom de « Fully cured », qu'elles sont dans un parfait état de conservation et que la salaison en est complète.

Cette constatation sera faite par des experts spéciaux désignés par les préfets.

Aux termes de ce décret, l'entrée des viandes salées va être de nouveau interdite à partir du 20 janvier prochain. Le rapport du ministre du commerce fait connaître pour quels motifs le gouvernement n'a pas immédiatement rétabli la prohibition. Des transactions commerciales très importantes s'étaient engagées sur la foi du décret du 27 novembre, et l'entrée des salaisons américaines ne pouvait être du jour au lendemain de nouveau interdite sans léser de légitimes intérêts.

Concours de l'internat. — Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'est terminé le jeudi 20 décembre 1883. Les élèves reçus ont été classés dans l'ordre suivant :

A. *Internes titulaires :* MM. Belin, Monprofit, Panné, Villemin, Potocki, Martin de Gimard, Girode, Butruille, Lanery, Planchard, Lejars, Jeanselme, Despréaux, Hischmann, Demoulin, Derville, Lauth, Villar, Jacquet, Foubert.

Gaume, Godet, Leflaive, Hontang, Léonardon-Lapervenche, Budor, Wins, Chochon-Latouche, Cahn, Lavio, Courtade, Secheyron, Guinon (Georges), Aurière, Raymond, Engelbach, Lepage, Ballue, Grattery, Nourrie.

Demelin, Regnauld (Eugène), Le Roy, Barraud, Champeil, Péraire, Duchon-Doris, Jouliard, Semelaigne, Chrétien, Gioux, Polguère, de Tornery, Didier, Camescasse, Gomet, Léonard.

B. *Internes provisoires :* MM. Guinon (Louis), Récamier, Bonnet, Dubarry, Leudet, Wurtz, Crivelli, Mantel, Lefèvre,

Reboul, Valat, Besançon (Emile-Julien), Guimaraès, Demars, Martin du Magny, Graverry, Roulland, Roland, Plicque, Gautier.

Thouvenet, Leriche, Deroche, Alexandre, Bouygues, Lyot, Dutil, Parmentier, Dumoret, Balme, Mullot, Pinel-Maisonneuve, Klippel, Dupré, Cohen, Gillet, Binaut, Lallemand, Filibilin, Martha.

Frane, Vilcoq, Secrétan, Bataille, Maurin, Benoit (Henri), Dieudonné.

Récompense. — Une médaille d'or de première classe a été décernée à M. le docteur Fouquet, médecin de la Société de bienfaisance du Caire, pour son dévouement exceptionnel lors de la dernière épidémie cholérique survenue en Egypte.

Concours de l'externat (suite, voy. le numéro 50, année 1883). — MM. Carlet, Broussain, Benoît, Chauveau (Georges), Delahaye, Moreau (Elie), Mathieu dit Dubois (Mlle), Maurel, Maison, Pognon, Defrance, Casanova, Persillard, Vauthrin, Loppé, Hervé, Chrétien, Menne, Huet, Laffitte, Bureau (Emile), Laurent (Emile), Renault, Potier, Legueu, Robelin, Foucher, Rouffinet, Blond, Bellanger, Baudoin, Balme, Arnaud (Gustave), Oustaniol, Gordon-Martins, Pailhas, Valdivieso, Morquecho, Delaunay, Projas, Lasnier.

Barthomeuf, De Burine, Duval, Geoffroy, Wirbel, Poivet, Laurent (Paul), Genesteix, Blin, Gaignard, Dieudonné, Fourrier, Hyvernaud, Béal, Cousin, Gaudichier, Gauly, Gauvry, Planes, Ménard, Lavergne (Jean-Louis), Chopin (Mlle), Cullère, Marx, Lelièvre, Leroy de Langevinière, Baroux, Dudley-Tait, Soudée, Boucher, Frétin, Deschamps, Florentin, Cahn, Le Noir, Fauvel (Henri), Piot, Hitier, Foubert, Morau (Marie).

Favardin, Bérard, Moreau (Paul), Maron, Lavergne (Jean), Dufour, de la Nièce, Banvillet, Evrain, Gilbert, Loriot, Caharet, Maufrais, Hervot, Fournier, Bassel, Mordret, Mélik, Bouffe, Copin, Dufestel, Poulalion, Stouza-Leste, Chevallier, Coutenot, Allix, Dagron, Bouchinet, Froger, Toussaint, Viard, Apard, Robineau, Lacoste, Gourret, Masson, Fortuniades, Garnier, Lamiot, Dufournier.

Papon, Abrial, Sarran, Bességuet, Gaillard, Fargin, Allot, Bureau (Maurice), Dudefoy, Lauzit, Fournier (Frédéric), Lefèvre (Armand), Delgado, Cohin, Fauvelle (Charles), Mary, Chauveau (Eugène), Rieder, Cayet, Bouton, Mauclaire, Potel, Bégusseau, Leriche, Thirion, Bruant, Reilhac, Tournier, Aubry, Denis, Nozo, Richard, Locomte (Paul), Bonnet, Besson de Saint-Quentin, Defaucamberge, Leconte (Marie), Bègue, Marchou.

Mercier, Zipfel, Daguillon, Labat de Lambert, Encausse, Dupont, Leca, Morisse, Ritzo, Mangin, Lasne, Hellot, Callet, Pessez.

Médecine navale. — Le prix de médecine navale, pour l'année 1883, vient d'être décerné à M. le docteur Maurel, médecin de première classe. — Un témoignage de satisfaction a été accordé à M. Friocourt, médecin principal, et à M. Chevalier, médecin de première classe.

Société médicale des bureaux de bienfaisance. — La Société a composé, ainsi qu'il suit, son bureau pour l'année 1884 : Président, M. Paul Richard; vice-présidents, MM. Barbette et Gibert; secrétaire général, M. Passant; secrétaire général adjoint, M. Chevallereau; secrétaires annuels, MM. Regnauld et Lecoconnier; trésorier, M. Guyet; archiviste, M. Toledano.

Faculté de médecine de Nancy. — La Commission permanente des thèses a décerné : 1° le prix de thèse à M. Guillemin, pour sa thèse : *De l'anévrysme cirsoïde de la tête;* 2° accordé des mentions honorables dans l'ordre suivant : M. Hugueny, pour sa thèse : *Du bacille de la tuberculose, sa structure et sa valeur diagnostique;* M. Bruncher, pour sa thèse : *Essai sur les lésions de l'appareil auditif dans la syphilis congénitale et acquise;* M. Kœhler, pour sa thèse : *Recherches physiologiques sur l'action des poisons sur les invertébrés;* M. Vallois, pour sa thèse : *Contribution à l'étude de la syphilis chez la femme enceinte.*

Ecole de médecine de Limoges. — On été proclamés lauréats pour l'année 1882-1883 : *Médecine.* — Première année : prix, M. Léonnet. — Troisième année : prix, M. Lajugie. — *Pharmacie.* — Première année : prix, M. Faur. — Deuxième année : prix, M. Blondet; mention honorable, M. Lafont. — Troisième année : M. Lyraud. — *Travaux pratiques.* — Première année : 1er prix, M. Faur; 2e prix, M. Artolozabal; mention honorable, M. Cluzeau. — Deuxième année; 1er prix, M. Lafont; 2e prix, M. Blondet. — Troisième année : prix, M. Lyraud.

Nécrologie. — Le docteur Morin, père d'Ant. Morin, ancien chef de clinique à la Faculté de Lyon, qui périt le 20 janvier 1871 dans le massacre de l'ambulance des mobilisés de Saône-et-Loire, vient de succomber brusquement à Charolles, où il exerçait la médecine depuis plus de quarante ans.

Légion d'honneur. — Ont été nommés :

Au grade de commandeur : M. Perrin (Maurice-Constantin), médecin inspecteur.

Au grade d'officier : MM. Delcominète (Charles-Jules), médecin principal de 1re classe; Weber (Frédéric-Albert-Constantin), médecin principal de 1re classe; Widal (Henri-Victor), médecin principal de 1re classe; Jean (Eugène-Mathieu), médecin-major de 1re classe; Petit (Etienne-Augustin), médecin-major de 1re classe; Aude (Philippe-Félix-Sextius), médecin en chef de la marine; Cerf-Mayer (Jules), médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Oberlin (Marie-Philippe), médecin-major de 1re classe; Robert (Albert-Hippolyte), médecin-major de 1re classe; Battarel (Joseph-Justin-Victorin), médecin-major de 1re classe; du Cazal (Léon-Joseph), médecin-major de 1re classe; Rouget (Jean-Louis), médecin-major de 1re classe; Roux (Jacques-Michel), médecin-major de 1re classe; Brachet (Jean-Pierre-Aimé-Sicaire), médecin-major de 1re classe; Boppe (Roger-Gustave), médecin-major de 1re classe; Tachard (François-Caprais-Elie), médecin-major de 1re classe; Lemardeley (Alfred-Marie), médecin-major de 1re classe; Gaubert (Fortuné), médecin-major de 2e classe; Bonnard (Jean-Etienne-Hippolyte), pharmacien-major de 1re classe; Bouillon (Jules-Alfred), pharmacien-major de 1re classe; Féris (Basile-Palmire), médecin professeur de la marine; Delisle (Jean), médecin de 1re classe de la marine; Martinenq (Jean-Honoré-Claude), médecin de 1re classe de la marine; Le Tersec (Ernest-Théodore), médecin de 1re classe de la marine; Masse (Pierre-Victor-Edme), médecin de 1re classe de la marine; Galliot (Albert Henri), médecin de 1re classe de la marine; Chevrier (Jean-Bernard-Emile), médecin auxiliaire de 2e classe de la marine; Lacroix (Jean-Baptiste-Casimir); Tubert (Pierre).

Cours d'hygiène publique. — M. le docteur A.-J. Martin commencera son cours d'hygiène publique, à l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, le jeudi 10 janvier 1884, à cinq heures du soir, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Mortalité a Paris (52e semaine, du vendredi 21 au jeudi 27 décembre 1883). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1057, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 34. — Variole, 3. — Rougeole, 26. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 46. — Dysenterie, 2. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 46.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 225. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 53. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 49. — Bronchite aiguë, 37. — Pneumonie, 84. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 36; au sein et mixte, 23; inconnu, 1. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 99; de l'appareil circulatoire, 53; de l'appareil respiratoire, 77; de l'appareil digestif, 52; de l'appareil génito-urinaire, 34; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 9. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 2. — Morts violentes, 27. — Causes non classées, 4.

Conclusions de la 52e semaine. — Le service de statistique municipale a reçu notification de 1057 décès (au lieu de 1064 pendant la semaine précédente) :

Fièvre typhoïde (34 décès); variole (3); coqueluche (10); érysipèle (2); scarlatine (0); rougeole (23); diphthérie (46); phthisie (225); bronchite (37); pneumonie (84); athrepsie des jeunes enfants (60).

Dr Jacques Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 10 janvier 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : VIANDES TRICHINÉES ; NOMINATION D'UNE COMMISSION. — DE LA MALADIE DE THOMSEN. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : Viandes trichinées. Nomination d'une commission.

Nous ne sommes pas fâché que l'Académie de médecine, sur la proposition de M. Chatin, ait nommé une commission chargée d'instituer certaines expériences sur les conditions auxquelles se rattachent, soit le danger, soit l'innocuité des viandes infectées de trichines. On a demandé si la nomination d'une commission chargée plus ou moins directement de contrôler le travail d'un de ses membres était bien régulière, et l'Académie ne s'y est décidée que par cette considération qu'il s'agissait d'une question posée par le ministre du commerce. En réalité, le ministre n'avait absolument rien demandé à l'Académie ; il avait chargé un éminent hygiéniste d'aller étudier la trichinose à Emersleben ; le rapport sur cette épidémie est depuis longtemps entre ses mains, et si l'Académie en a eu connaissance, c'est uniquement par faveur spéciale de M. Brouardel. Mais qu'importe? Ce ne serait pas la première fois qu'une commission d'expérience serait sortie des discussions académiques, sur la demande ou le consentement des intéressés ; et, de plus, rien ne peut empêcher la Compagnie, à côté du ministre, à côté du rapporteur, de rechercher les moyens de s'éclairer sur une question importante au sujet de laquelle son avis aura toujours un grand crédit sur l'opinion publique.

Nous disons que cette question a une importance considérable, et nous ajoutons qu'elle est fort compliquée. On répète beaucoup que son point de vue économique ne regarde pas les savants. Si cela était rigoureusement vrai, tout le monde demanderait la prohibition des viandes de porc américaines et surtout des viandes allemandes, et plus encore des porcs sur pied, puisque personne ne conteste que des viandes et des porcs trichinés n'entrent journellement en France par la frontière de l'Est. Or la majorité de l'Académie, si elle n'a pas changé d'avis depuis 1882, est favorable à la levée de l'interdiction par ce seul motif que la cuisson,

FEUILLETON

Lettres médicales.

Leçons de choses : Le « lit de misère » français et les procédés d'accouchement chez les anciens et chez quelques peuples modernes. — Les professeurs des Écoles de médecine navale et les médecins navigants. — Les professeurs de nos Écoles et de nos Facultés.

Vous souvient-il, mon cher confrère, d'avoir entendu parler d'une institutrice qui, amoureuse folle des *leçons de choses*, avait eu l'idée singulière de conduire ses jeunes élèves au lit d'une accouchée, afin de leur faire voir que les enfants ne naissaient ni sous un chou, ni dans le calice d'une rose? Les adversaires de la nouvelle loi sur l'instruction obligatoire ont crié au scandale. C'était, à les entendre, l'abomination de la désolation ! Les gens sensés ont affirmé que l'histoire avait été inventée par un mauvais plaisant. Et, après quelques jours d'une polémique plus ou moins spirituelle, le silence s'est fait sur cette question comme sur beaucoup d'autres. Son souvenir me revient à propos d'une lettre et d'un livre que je reçois à quelques jours d'intervalle, et dont l'un répond plus ou moins directement à l'autre. Voici d'abord la lettre. Je la transcris textuellement. Les jeunes filles qui lisent la *Gazette* ne rougissent plus. Elles ne m'en voudront pas de les entretenir d'un sujet qui ne doit préoccuper que les femmes mariées.

« Cher docteur, je suis furieuse et plus triste encore que contrariée! Malgré les avertissements que vous aviez donnés à mon mari, malgré vos conseils, je suis *reprise*. Trois mois de retard! Et des maux de cœur! Et des envies de pain chaud! Ce sera comme il y a un an. J'aurai une grossesse atroce et un accouchement horrible! C'est votre faute aussi; pourquoi n'avez-vous pas été plus sévère avec mon mari? Je vous en veux donc et ne vous demande pas de venir me voir. Vous me répondriez d'ailleurs que vous n'y pouvez rien, et vous auriez peut-être encore la barbarie de vous

à un degré de température suffisamment élevé, tue les trichines, ou que le même résultat peut être obtenu par une température très basse (Bouley), ce qui permettrait l'emploi de la viande à l'état cru. Et pourtant cette même majorité repousserait certainement de nos marchés les champignons vénéneux, les amanites, par exemple, quand même le procédé de la salure ou de l'acidification (Gérard), ou celui de la cuisson (Bertillon), seraient susceptibles de les rendre inoffensifs. Pourquoi est-elle si favorable à la libre entrée des porcs étrangers? C'est qu'une grande question *économique* s'impose à elle : celle de l'alimentation, et particulièrement de l'alimentation des classes laborieuses, le porc y jouant un autre rôle que le champignon.

Tout le monde sait qu'en ce moment l'Amérique menace de dures représailles prohibitionnistes les pays qui fermeraient leurs ports à ces viandes salées; personne n'ignore non plus que ces viandes, prohibées comme américaines, entrent encore chez nous comme anglaises et comme allemandes. Ce ne sont pas là certainement des questions scientifiques, ni académiques; seulement celles qui le sont réellement et qui ressortent du rapport de M. Brouardel, reçoivent nécessairement des premiers un double caractère de gravité et de complexité qui commande un examen d'autant plus approfondi. Il s'agit surtout, nous l'avons dit, de la question expérimentale. Assurément, on peut la croire résolue par des recherches récentes et conduites avec rigueur; mais il suffit que des affirmations contradictoires, également appuyées sur des expériences, se soient produites, notamment sur les effets de la salure (les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* en ont pu remarquer plus d'un exemple), pour que l'Académie doive vouloir se mettre en mesure d'éclairer une bonne fois l'opinion par un ensemble de démonstrations qui ne laisse plus place à l'incertitude et à la contradiction.

Voilà pourquoi nous approuvons la nomination d'une commission, et pourquoi nous l'engageons à porter de nouveau son attention sur tous les points en litige, à reprendre les expériences déjà produites, à en instituer de nouvelles, à se faire en un mot sur chaque chose une opinion personnelle, qui lui permettra de se prononcer avec autorité devant l'Académie.

— En attendant ces démonstrations, M. Grancher, que M. Brouardel avait spontanément associé à sa mission, a fait à l'Académie un exposé clair et substantiel des constatations nécroscopiques et des observations cliniques faites à Emersleben et à Deesdorf, sur des individus atteints de trichinose. L'intérêt particulier de cette communication dans les circonstances actuelles, c'est qu'elle tend à démontrer que la trichinose a une caractéristique spéciale qui n'aurait pas échappé aux médecins français si la maladie s'était, comme on l'a dit, plusieurs fois montrée dans notre pays.

De la maladie de Thomsen.

La dénomination de « maladie de Thomsen » semble aujourd'hui acquise à une affection spasmodique qui, jusqu'à ces derniers temps, avait échappé à l'attention des cliniciens, et n'a réellement pris place dans la nosographie que depuis quatre ou cinq ans.

C'est en 1876, dans les *Archives für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, que parut l'observation de Thomsen qui devait susciter les recherches postérieures, observation d'autant plus intéressante que ce médecin étudia sur lui-même et put suivre la même affection dans cinq générations de sa famille. Depuis cette époque des faits analogues surgirent de divers côtés en Allemagne. A défaut d'une énumération complète de ces observations, nous renverrons le lecteur aux revues critiques où il trouvera toutes les indications bibliographiques. A ce titre, nous devons une mention spéciale à l'article de Seeligmüller dans le *Manuel des maladies de l'enfance*, de Gerhardt, et à celui d'Erb, dans l'*Encyclopédie de Ziemssen* (vol. XI, 2e fascicule, p. 817, 1878).

Malgré la juste popularité que ces recueils possèdent en France, ces travaux n'ont pas trouvé d'écho dans notre pays jusqu'au commencement de 1883. Les premiers, deux élèves fort distingués de la Salpêtrière, Ballet et Marie, après avoir rapporté une observation nouvelle que leur avait communiquée le professeur Charcot, nous donnèrent une analyse succincte, mais précise, des faits antérieurement relatés (*Arch. de Neurologie*, janvier 1883). Tout récemment (*Rev. de médecine*, décembre 1883), Marie compléta son premier travail par une rapide étude des observations publiées en 1883. Il nous a ainsi fait connaître, entre autres, la thèse de Weichmann (*über Myotonia intermittens congenita*) et l'article de Möbius (*Schmidt's Jahrbuch*, fasc. 3), en dehors des travaux de Westphal et de Schönfeld (*Berl. klin. Wochenschr.*).

En écartant diverses observations trop vagues ou trop

---

moquer de moi. Mais je vous préviens que je ne veux plus du docteur X... (c'était l'un de nos premiers accoucheurs) ; il m'a laissée crier pendant cinq heures sur un *lit de misère* sans me permettre de me lever, ni même de changer de position. Je sens encore le mal de reins que j'éprouvais, et, rien qu'à y penser, j'en ai froid dans le dos. Envoyez moi donc un accoucheur qui endorme au bon moment, ou encore un de ceux qui, ayant beaucoup voyagé, savent comment on accouche sans souffrir. On doit avoir trouvé quelque part — fût-ce au Tonquin — le moyen d'abréger les douleurs. Je voudrais accoucher comme la femme kalmouque que nous avons vue, il y a quelques mois, au Jardin d'acclimatation, et qui, le lendemain de ses couches, promenait à cheval l'héritier de ses pères. On m'a parlé d'un médecin qui a voyagé chez les Peaux-Rouges. Faites-le-moi venir...»

Je supprime le reste. La lettre est prolixe comme le sont toutes celles qu'écrivent les névropathes; mais les idées qu'elle suggère ne vous sont pas indifférentes. Comme moi, cher confrère, vous avez dû songer que ce n'est ni par coquetterie, ni par routine que certaines femmes accouchent sur le dos, d'autres sur le côté, la plupart sur un lit, quelques-unes encore sur une chaise. Vous n'ignorez pas les expériences auxquelles divers accoucheurs, et en particulier Nægelé, se sont livrés pour examiner les avantages des chaises de travail, des tables obstétricales ou des coussins obstétricaux imaginés par un si grand nombre d'accoucheurs. Tous ces appareils sont inutiles, sinon nuisibles. Il n'en est pas tout à fait de même du *lit de misère*, qui a tant agacé mon irritable cliente. Ce lit de misère peut avoir certains avantages, et nos accoucheurs français s'en servent presque tous. J'avoue qu'au temps où je m'occupais d'accouchements, — cet heureux temps n'est plus et je n'en suis guère fâché, — je préférais la pratique allemande, et ne me suis jamais mal trouvé de laisser la parturiente sur son lit, et de lui éviter ainsi un transport toujours fatigant. J'allais donc répondre à la lettre que je viens de reproduire en rappelant que, si les

complexes pour être probantes, nous en possédons aujourd'hui une quinzaine qui ne paraissent point prêter à critique; n'est-ce pas assez, surtout si l'on songe qu'elles ont été recueillies dans un laps de temps fort court, alors que l'attention du grand public n'était pas encore dirigée dans ce sens, n'est-ce pas assez pour assurer à la maladie de Thomsen droit de cité dans la nosologie?

I

Le symptôme essentiel, qui, se retrouvant dans toutes les observations, caractérise la maladie de Thomsen, c'est « la *raideur spasmodique* de certains muscles, survenant au moment d'exécuter un mouvement ou plutôt pendant l'exécution même du mouvement : ce phénomène est accompagné d'une sensation spéciale à laquelle le malade ne se trompe pas, sensation de contraction spasmodique du muscle, mais sans ce caractère douloureux, quelquefois très développé, qui accompagne généralement les crampes chez les individus sains. Ce qui gêne surtout le malade, ce n'est donc pas cette sensation, mais bien l'impotence fonctionnelle causée par cet état spécial du muscle » (Ballet et Marie).

Cette raideur est, autre caractère capital, transitoire; elle disparaît quand le mouvement a été accompli un certain nombre de fois, et celui-ci s'effectue dès lors comme à l'état normal.

Ces convulsions toniques, comme les appelle Erb, varient d'ailleurs d'intensité et de fréquence, chez le même individu, suivant les conditions où il se trouve. Ainsi les émotions morales, l'attention exagérée des malades, la présence de personnes étrangères, le froid enfin, accusent le mal; la chaleur, l'exercice modéré, la sérénité d'esprit, auraient une influence opposée sur ce trouble fonctionnel.

Le siège de cette raideur musculaire n'est pas constant. Le plus souvent ce sont les muscles des membres qui sont atteints; ainsi tel individu, au moment de se lever de son siège, sent ses jambes ou ses mollets engourdis, comme « enchaînés », ce qui ne lui permet pas d'exécuter facilement le mouvement voulu; au bout de quelques secondes, surtout s'il masse légèrement les muscles, il peut marcher et même courir sans la moindre difficulté.

Tel autre n'arrive à étendre le membre supérieur fléchi qu'au prix d'un certain effort prolongé pendant quelques instants. Aussi divers exercices peuvent-ils être singulièrement entravés; dans la danse, au gymnase, au piano, les malades montrent une grande maladresse qui leur attire de vifs reproches, comme cela se voit au début de la chorée. Il est plusieurs observations où, de ce fait, des militaires durent être réformés.

Lorsque, et ce cas n'est pas exceptionnel, les muscles de la langue sont atteints, la parole est, au début du discours, ralentie et hésitante, surtout pour les mots qui nécessitent des mouvements quelque peu étendus de la langue; dans une observation de M. Charcot, il se produisait une constriction spasmodique du larynx qui gênait la phonation.

Fréquemment enfin, la face n'est pas indemne; lorsque le malade rit fort, les muscles faciaux, en état de crampe, conservent pendant quelques instants le mouvement du rire; lorsqu'il ferme fortement les yeux, il éprouve une certaine difficulté à les ouvrir; au commencement du repas, la mastication et même la déglutition peuvent être entravées.

A côté de ce phénomène essentiel, la *crampe musculaire initiale et transitoire*, s'en placent d'autres, mais beaucoup moins constants. Ainsi, dans un grand nombre d'observations, on a noté une hypertrophie notable des masses musculaires. Chez le malade de Leyden, par exemple, la musculature était « athlétique »; mais souvent aussi on n'a rien trouvé d'anormal à cet égard.

De même, il a été plusieurs fois signalé une augmentation plus ou moins marquée dans la consistance des muscles (Seeligmüller, Weichmann), qu'on a pu comparer, pour leur rigidité, à du bois, à de la pierre.

L'excitation mécanique des masses musculaires ou des tendons a donné des résultats très variables; tantôt, et le plus souvent, rien de notable; dans quelques cas, on a constaté une exagération très sensible de la contractilité idio-musculaire (Weichmann).

Les modifications de l'excitabilité électrique n'ont été étudiées avec la méthode que l'on doit apporter aujourd'hui à ce genre d'investigation que dans un petit nombre de cas; aussi n'est-il pas encore possible de se prononcer à cet égard. Cependant un fait important a été signalé dans cinq ou six observations : « c'est la persistance, après l'excitation faradique, soit de la contraction faradique, soit de la contraction elle-même, soit de bourrelets ou d'ondes musculaires qui indiquent un état actif du muscle pendant quelques instants » (Ballet et Marie).

Quant aux réflexes tendineux, ils ont été trouvés le plus souvent normaux; et, dans les cas où il en était autrement, les variations ne semblent pas avoir été beaucoup plus accu-

---

sauvages de tous les pays accouchent n'importe comment, et presque toujours sans accidents, c'est probablement parce que les femmes, qui vivent à l'état de nature, n'ont pas été condamnées, comme les nôtres, à mettre au monde leurs enfants dans la douleur, et que la dystocie, encore inconnue chez les Indiennes, les Hottentotes, les Chinoises, etc., est un produit de la civilisation, sinon une punition du ciel. Mais voici que je reçois un ouvrage, très sérieux et très érudit, orné de planches des plus intéressantes, et résumant une série de recherches ethnologiques et archéologiques qui complètent ce que nous savions déjà sur les pratiques obstétricales dans l'antiquité. Ce livre, qui mérite à tous égards l'attention des historiens de la médecine et des anthropologistes, ne répond qu'indirectement à la question qui m'est posée; mais il montre, dans les nombreuses positions adoptées jadis par les diverses races de femmes qui accouchent, une telle variété, que, non content de le recommander aux savants de profession, je le recommande encore aux curieux et même aux curieuses. Il est intitulé : *L'accouchement chez les peuples de l'antiquité; histoire du développement de la science obstétricale moderne d'après les usages primitifs et généralement inconnus de toutes les races* (Vienne, chez Wilhem Braumüller, 1884), écrit par Engelmann, et traduit de l'allemand par C. Hennig. Une photographie, qui en orne la première page, nous fait voir une urne funéraire découverte dans une très ancienne sépulture au Pérou. Elle représente une sage-femme tenant sur ses genoux une accouchée, dont elle maintient et presse la paroi abdominale pour en exprimer le fœtus. Un grand nombre d'autres images nous montrent que les populations primitives préféraient, en général, à la position couchée la position assise ou accroupie. Vous savez que, se fondant sur des considérations anatomiques et physiologiques, Ludwig avait cherché à démontrer que le décubitus dorsal ne seconde pas les différents actes du travail, mais qu'il les entrave et tourmente inutilement la parturiente. Ludwig conseillait la posture accroupie sur les

sées que cela ne se voit, dans les conditions physiologiques, chez des individus réputés sains.

Parmi les phénomènes négatifs, il importe de noter l'intégrité de la force musculaire, et aussi de la sensibilité dans tous ses modes. Ces deux caractères, à eux seuls, permettent de différencier la maladie de Thomsen des états morbides avec lesquels elle pourrait être confondue à un examen superficiel, comme les crampes liées à certaines intoxications, ou la paralysie pseudo-hypertrophique.

II

Nous venons de voir que, à certaines nuances symptomatiques près, le tableau clinique est toujours le même. A deux autres points de vue, les observations recueillies, par la remarquable similitude qu'elles présentent, justifient l'autonomie concédée aujourd'hui à la maladie de Thomsen dans la nosographie. Nous faisons allusion à l'époque d'apparition des troubles moteurs, qui est constamment l'enfance, et à l'influence héréditaire, plus frappante ici que dans n'importe quelle affection.

Ce n'est, il est vrai, que dans la seconde enfance ou dans l'adolescence que les malades, d'ordinaire, viennent consulter le médecin, alors que les troubles musculaires causent une gêne notable dans un exercice, comme la gymnastique ou la danse, ou les rendent impropres à une profession manuelle, au métier militaire. Mais, quand on interroge leurs souvenirs, on constate que, dans la grande majorité des cas, pareils phénomènes ont existé dès les premières années de la vie. Le plus souvent, la maladie paraît avoir débuté d'une façon insidieuse; cependant quelques malades la font remonter à une cause accidentelle, comme une frayeur (cas de Peters, de Schönfeld); mais, comme on ne peut accorder qu'une médiocre créance aux souvenirs des enfants et même des parents, il est fort possible que ces influences psychiques n'aient fait qu'accentuer un état morbide antérieur.

Est-ce à dire, cependant, qu'il s'agisse, comme le pensent beaucoup d'auteurs, d'une affection congénitale? Bien que Thomsen ait pu l'observer chez un de ses enfants au berceau, cette assertion ne laisse pas que d'être fort aventurée. Hypothèse pour hypothèse, on est en droit de se demander si la maladie n'est pas contemporaine de la paralysie infantile, qui, n'était son mode d'invasion brusque, et les phénomènes généraux qui éveillent l'attention des parents, pourrait fort bien rester méconnue pendant quelque temps.

Quant à l'influence héréditaire, elle s'affirme, en caractères des plus nets, dans presque toutes les observations. L'histoire de la famille de Thomsen est particulièrement instructive à cet égard. Sa bisaïeule est morte de manie puerpérale; elle avait deux sœurs qui présentaient des troubles psychiques, et un fils, le grand-père de Thomsen, faible d'esprit. Ce fils eut quatre enfants, qui tous furent atteints à des degrés divers de raideur musculaire. L'un d'eux, la mère de Thomsen, vit la maladie se produire sur sept de ses treize enfants. Enfin, dans la cinquième génération, celle des enfants et neveux de Thomsen, elle persistait encore, mais beaucoup plus atténuée, ne frappant que six individus, dont trois très légèrement, sur trente-six. Des cinq fils de Thomsen, un seul resta indemne.

Pour être moins probants, les autres faits n'en corroborent pas moins les conclusions qui découlent de cette remarquable observation; ici on retrouve la même affection chez le grand-père, ici chez le père, ici chez un frère ou une sœur, ici enfin chez deux frères et sœurs, comme dans le cas de Strümpell.

Enfin, dans certaines observations où semblables commémoratifs font défaut, on trouve, chez les ascendants des malades, d'autres états névropathiques, comme l'épilepsie.

En dehors de l'influence héréditaire, nous n'avons aucune donnée étiologique précise, sauf la prédominance très marquée du sexe masculin; presque toutes les observations, en effet, concernent des hommes.

III

Dans l'état actuel de la science, on ne peut que formuler des hypothèses en ce qui concerne la nature de cette singulière affection.

Les auteurs se partagent à cet égard en deux camps, suivant qu'ils placent l'origine de la maladie dans le système nerveux central ou dans l'appareil névromusculaire périphérique.

Les uns, comme Seeligmüller, Erb, croient à une affection médullaire siégeant vraisemblablement au niveau des cordons latéraux. L'intégrité, constatée à plusieurs reprises par l'examen microscopique, du tissu musculaire semble plaider en faveur de cette interprétation. Mais d'autre part l'extension du processus à une certaine étendue du système moteur volontaire, le caractère transitoire de la crampe musculaire, enfin les réactions électriques pourraient être invoquées, comme le font remarquer Ballet et Marie, à l'appui de la seconde hypothèse, celle qui assigne à l'affection une origine périphérique.

---

genoux et penchée en avant. Nous sommes loin de la *chaise de travail*, à laquelle Engelmann songerait à revenir. Vous savez aussi que les accoucheurs reconnaissent à cette position accroupie certains avantages dans quelques cas spéciaux (lorsque la tête est pressée contre le périnée et le rectum), mais lui trouvent des inconvénients plus sérieux encore dans les accouchements physiologiques. On reste donc, en général, *couchée* pour *accoucher*. Cependant on voit des femmes qui accouchent debout (même en France et en Allemagne, mais surtout en Afrique, dans les Indes, etc.), à moitié couchées ou à genoux (Espagne, Russie, Asie, etc.), sur une chaise (Chine, Japon, Turquie, etc.), couchées sur le ventre (au Pérou, au Caucase), etc., etc. Toutes les positions, quelque bizarres qu'elles soient, peuvent encore, très accidentellement il est vrai, être observées. Dans les observations recueillies par Engelmann, on trouve les pratiques les plus curieuses. Le médecin japonais fait lever la femme grosse; il lui fait nouer ses bras autour de son cou, puis il l'applique fortement contre sa poitrine, ses genoux entre ses jambes, ses bras fortement serrés derrière son dos. La femme grosse étant ainsi accolée contre la paroi thoracique et abdominale de l'accoucheur, dont le costume, s'il faut en croire l'image du livre allemand, est celui de l'homme primitif, celui-ci exerce une série de frictions sur les reins, le bas-ventre, etc. Mais le plus curieux, c'est que ces manipulations sont faites tous les matins à partir du cinquième mois de la grossesse. Ils sont très forts, les accoucheurs japonais! D'autres gravures nous montrent des négresses suspendues ou attachées à des branches d'arbre pour mieux accoucher debout. Puis viennent les positions assises. Les femmes des Sioux prennent la posture d'une femme qui va à la garde-robe; les femmes Pawnies sont accroupies et souvent appuyées dos à dos les unes contre les autres. Parmi les postures à genoux, la plus étonnante est celle des négresses du sud de l'Afrique, qui se servent d'une chaise pour y appuyer la tête, et encore celle des Indiennes, qui s'accrochent sur un bâton fiché en terre ou maintenu horizon-

Mais doit-on, avec Petrone, admettre un trouble de conductibilité en un point quelconque du trajet entre le cerveau et la plaque nerveuse motrice? Faut-il avec Westphal invoquer une perversion congénitale du tonus musculaire liée à l'hypertrophie des muscles? Le plus sage serait peut-être de s'en tenir provisoirement à la conception de Möbius, quelque vague qu'elle soit. Frappé des rapports que la maladie de Thomsen présente avec la paralysie pseudo-hypertrophique, hypertrophie musculaire, nature héréditaire de l'affection, prédominance du sexe masculin, cet auteur la range « parmi les affections systématiques primitives de l'appareil moteur volontaire, qui, comme la paralysie pseudo-hypertrophique et l'atrophie simple, ne peuvent être disjointes des maladies du système nerveux ».

Disons, en terminant, qu'à notre connaissance cette affection s'est toujours montrée rebelle à la thérapeutique; si elle ne compromet jamais l'état général, elle n'en constitue pas moins une infirmité pénible, qui ne laisse pas parfois d'influer sur le moral des individus qui en sont atteints.

L. Dreyfus-Brisac.

Contributions pharmaceutiques.

LAVEMENT ALIMENTAIRE.

Nous relevons dans un recueil périodique la formule suivante, signée *Muselli:* bouillon de bœuf, 600 grammes; œuf de poule n° 1; vin de Bordeaux, 150 grammes; bicarbonate de soude, 50 centigrammes; teinture d'opium, 4 gouttes; sel marin, 20 centigrammes; peptone liquide, 4 cuillerées à bouche.

Nous ignorons la date de la première publication de cette formule. Si elle est récente, elle ne mérite pas de fixer un instant l'attention; si elle est ancienne, elle ne méritait pas l'exhumation. En effet, à part l'eau, l'alcool, les sels et la peptone, rien, dans ce lavement, ne peut être absorbé par le rectum. C'est prendre cet organe pour l'estomac que de lui administrer un mélange pareil. La peptone est le seul agent véritable de nutrition qui y soit contenu. Ceci établi, comment doit-on formuler un lavement nutritif avec les produits que nous offre le commerce ?

D'abord il est bon d'éviter la trop grande quantité de véhicule; elle est un obstacle à la tolérance du remède. Les lavements abondants d'autrefois sont presque abandonnés aujourd'hui. Ensuite il faut employer la peptone la plus pure, c'est-à-dire celle qui ne contiendra ni produits secondaires de fabrication, ni substances ajoutées comme agents de conservation.

Les peptones liquides préparées au moyen de la pancréatine contiennent quelques grammes de glycérine, ajoutés dans le but de les préserver de la décomposition. Celles qui sont obtenues par la pepsine renferment une notable proportion de chlorure de sodium. Ce sel, qui conserve bien la solution de peptone, provient de la saturation, par le bicarbonate sodique, de l'acide chlorhydrique qui est entré dans la fabrication pour faciliter et augmenter l'action de la pepsine sur la viande. Il n'y a donc rien d'étonnant de voir l'action si connue de ces deux corps, glycérine et sel marin, sur le rectum, augmentée encore de celle de la peptone, amener après quelques jours l'intolérance des lavements alimentaires.

Il existe des peptones sèches suffisamment pures pour l'emploi médical. Nous en avons même rencontré de remarquables. Elles avaient été préparées par un procédé peu pratique, industriellement parlant, mais très scientifique. La peptone pepsique, encore à l'état liquide, avait été passée au dialyseur avant d'être desséchée. Le dialyseur laissant seulement passer les cristalloïdes, on se débarrassait ainsi du chlorure de sodium.

C'est cette poudre de peptone dont nous conseillons l'usage. Elle correspond à 10 fois son poids de viande et se dissout facilement dans l'eau. Sa solution n'a pas un goût désagréable; on peut d'ailleurs la sucrer ou l'aromatiser à volonté. Les cachets ou le pain azyme peuvent être aussi d'un certain secours dans ce cas-là. Pour un lavement nutritif, la formule sera d'une extrême simplicité :

Peptone en poudre..........	5 grammes.
Eau distillée..........	100 à 200 —

Dissolvez à froid et filtrez si par hasard la solution n'est pas claire.

Ce lavement ne devra être préparé qu'au moment du besoin et sera administré légèrement tiède.

Les peptones solides ou liquides n'étant en somme que des aliments ne figureront pas au nouveau Codex. Les pharmaciens ne tarderont pas à perdre le monopole de leur fabrication ainsi qu'il arrive déjà pour la poudre de viande. En revanche il leur restera l'honneur d'avoir mis dans la

---

talement par deux commères qui assistent impassibles à la cérémonie. Chez les Apaches, dans les cas de dystocie, on n'y va pas de main morte. La parturiente se voit passer une corde sous les bras; cette corde remonte sur une branche d'arbre, où elle se réfléchit pour arriver aux mains de solides gaillards, qui, en tirant avec vigueur, soulèvent le corps de la malheureuse, tandis qu'une matrone, agenouillée derrière elle, embrasse de ses deux mains son abdomen gravide, et y exerce les pressions les plus énergiques pour en faire sortir l'enfant. Plus douces sont les manœuvres des habitants de la Nouvelle-Orléans et de l'Ohio. L'accouchée est maintenue sur les genoux d'une aide, tandis que ses pieds reposent sur deux chaises fixées par deux autres aides qui ont également pour mission de saisir les mains de la parturiente. Nous trouvons cette position beaucoup moins gênante que celle de certaines Indiennes, qui s'agenouillent, puis se renversent complètement en arrière sur leurs coudes, le corps étant tout à fait arqué et le ventre fortement saillant.

Nous en avons assez dit pour montrer qu'au point de vue exclusivement pittoresque on peut trouver bien des sujets d'étude dans un livre de ce genre. Mais nous tenons à ajouter qu'au point de vue scientifique il est bien digne d'être lu et plus sérieusement analysé que nous n'avons pu le faire ici. C'est affaire aux accoucheurs de profession. Nous avons avoué que nous n'étions plus qu'un profane en obstétrique.

— La lettre que je vous avais écrite le 13 juillet dernier, mon cher confrère, au sujet de la guerre entreprise contre les médecins professeurs de la marine par un certain nombre de médecins navigants m'a valu bien des missives, les unes très flatteuses et très sympathiques, — de celles-là point n'est besoin de vous parler; — d'autres, pleines de restrictions et de réclamations qui me semblent prouver qu'il existe un malentendu entre mes honorables correspondants et moi. « Certainement il n'est aucun médecin de la marine qui n'ait été *péniblement impressionné* par votre article du 13 juillet,

main des médecins des produits sérieusement étudiés et préparés qui, dans bien des cas, peuvent être utiles aux malades.

Pierre VIGIER.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

DE LA FIÈVRE TRAUMATIQUE ET DES FIÈVRES ÉPITRAUMATIQUES; DE LEUR DIAGNOSTIC AU LIT DU MALADE (1), par M. le professeur VERNEUIL.

(*Suite.* — Voy. le n° 1.)

J'ai dit dans la troisième proposition que le tracé thermométrique à lui seul ne caractérisait pas assez la nature de la fièvre pour en faire à première vue reconnaître l'origine. Voici deux faits à l'appui.

Dans le premier, nous n'avions le tracé type ni de la fièvre traumatique ni de la fièvre cavitaire, ce qui m'a fait chercher ailleurs l'explication du phénomène.

Dans le second, le tracé indiquait tout aussi bien la fièvre traumatique que la fièvre inflammatoire. A la vérité, certaines circonstances rendaient invraisemblable l'existence de la première, mais l'examen attentif du foyer traumatique était nécessaire pour trancher la question.

OBS. — *Vaginisme. Dilatation forcée de la vulve. Fièvre intense le deuxième jour. Angine tonsillaire intercurrente.* — Jeune femme, vingt-six ans, très bonne constitution et santé satisfaisante, sauf un état névropathique assez prononcé. Entrée à l'hôpital pour un vaginisme qui empêche les rapports conjugaux. Je constate comme de coutume l'hyperesthésie vulvaire, la contracture du transverse du périnée, et la vaginite habituelle.

Je pratique le 16 novembre la dilatation forcée de la vulve avec l'aide du chloroforme et après désinfection soignée de la cavité vaginale par des injections antiseptiques.

La malade étant dans la position de la taille, je fais cette dilatation avec le spéculum univalve de Marion Sims, en pressant vigoureusement de haut en bas sur la commissure vulvaire postérieure et sur la cloison recto-vaginale, par conséquent en distendant le muscle transverse.

Bien que la manœuvre soit faite avec lenteur, je détermine à l'anneau vulvaire, dans la région de l'hymen, une légère déchirure qui fournit quelques gouttes de sang.

L'hémorrhagie s'arrête d'elle-même; on lave la vulve avec de l'eau phéniquée et la malade est reportée dans son lit, le périnée recouvert d'une compresse de mousseline pliée en plusieurs doubles et imbibée d'eau phéniquée.

Le 16 au matin, avant l'opération, la température était à 37 degrés, et le soir à 37°,8. La douleur vulvaire s'était dissipée dans le cours de la journée. Le lendemain matin, le thermomètre est à 38 degrés; le soir, il monte à 40.

Le troisième jour à la visite, retrouvant encore 39 degrés, je me préoccupe de ce mouvement fébrile et j'en recherche les causes. Tout naturellement, l'examen porta d'abord sur la région opérée. La douleur n'y existait point; il n'y avait pas trace d'inflammation, les ganglions inguinaux étaient tout à fait indolents. Il fallait rejeter l'hypothèse d'une complication inflammatoire.

La fièvre cavitaire, ou fièvre par inoculation, devait être recherchée; ses conditions pathogéniques, en effet, existaient incontestablement, puisqu'il y avait sécrétion vaginale muco-purulente abondante au moment de l'opération, et, par le fait de cette dernière déchirure de la muqueuse vulvaire (1). Mais outre qu'avant et après la dilatation l'antisepsie du vagin avait été faite avec beaucoup de soin, le début parlait contre cette hypothèse, la fièvre d'inoculation en effet surgissant d'habitude d'une façon soudaine et amenant l'ascension thermométrique verticale le soir même de la blessure.

La fièvre traumatique ordinaire n'était guère plus admissible, car dans les traumas légers, chez les sujets tout à fait sains, comme c'était ici le cas, la température ne s'élève presque jamais à 40 degrés, et d'ailleurs n'y arrive qu'à la fin du troisième ou du quatrième jour. Il fallait donc chercher ailleurs et songer à une affection n'ayant point pour siège la région blessée. L'enquête ne fut pas longue. La malade avait du malaise, de la céphalalgie, de l'inappétence, la bouche mauvaise, et enfin une certaine difficulté à avaler. L'ouverture de la bouche nous montra une amygdalite à gauche.

Le diagnostic était posé, nous avions affaire à une fièvre intercurrente. Je ne fis, à dessein, aucune prescription.

Le soir, la température montait encore à 39°,4. Le lendemain, nous avions 38 degrés le matin et 39 degrés le soir.

Le 20, cinquième jour après l'opération, quatrième jour après l'invasion de l'amygdalite, celle-ci était guérie; le thermomètre revenait à 37°,5.

Voici l'autre observation:

Un homme de quarante ans environ, robuste, bien portant, et tourmenté seulement par des douleurs sciatiques, me consulta pour une tumeur fibreuse de la fesse, du volume d'une noix, profondément située aux environs de l'ischion.

Opération le 7 décembre au matin; la température était à 37 degrés. Une incision de 7 à 8 centimètres, intéressant la peau et les fibres inférieures du grand fessier, met à nu la masse morbide, qu'on peut énucléer dans une partie de la circonférence, mais qu'une bride fibreuse très résistante fixe à la partie postérieure et supérieure de la tubérosité ischiatique. Cette bride est coupée d'un coup de ciseaux. Point d'hémorrhagie, point de ligature; ouverture de la bourse séreuse sous-ichiatique. Pas de réunion à cause de la profondeur de la plaie, fermée d'ailleurs par le

(1) Sans vouloir, Dieu m'en garde, incriminer la pureté des jeunes filles, je m'imagine que certains accidents légers ou graves qui succèdent à la défloration se rapportent à la lymphangite, laquelle pourrait bien naître par auto-inoculation. L'organe viril, d'ailleurs sain, produit le trauma vulvaire et le poison est fourni par les sécrétions vulvo-vaginales de la vierge, le vibrion septique ne respectant ni la moralité ni la vertu, et ne capitulant que devant l'hygiène et l'antisepsie.

m'écrit un médecin de première classe de la marine. Il faut toutefois en excepter, ajoute-t-il, les défenseurs des écoles.» Et, après ce début, qui nous aurait *péniblement impressionné* s'il avait été justifié par des arguments en opposition avec ceux que nous avons développés, notre honorable correspondant, déduisant longuement les motifs qui lui font considérer comme insupportable la situation faite aux médecins de marine, conclut en ces termes: « En un mot, nous ne désirons pas l'élévation des uns par l'abaissement des autres; nous voulons seulement qu'on ne nous oublie pas loin de France et qu'après des années passées dehors, dans le travail et les fatigues, on nous donne de quoi finir honorablement notre existence parmi les nôtres. La question ainsi posée, j'espère que vous serez assez convaincu de la justice de notre cause pour employer la force que vous donne votre haute situation à nous aider dans nos revendications légitimes. Vous aurez ainsi rendu à tout un corps qui en est digne un service analogue à celui dont les médecins militaires garderont toujours le souvenir. » Eh! mais, très cher confrère, il me semble que, grâce à cette fin de lettre, nous ne serons pas si éloignés de nous entendre avec les médecins navigants. Qu'avions-nous dit en parlant d'eux? Que nous les considérions comme « des médecins dévoués, laborieux, actifs, dignes pour la plupart de notre estime et de notre sympathie »; que nous faisions des vœux pour que l'on récompense mieux « les longs et laborieux services de ces hommes qui, dans les pays lointains, luttent contre la malaria, le choléra, la fièvre jaune ». Et quel a été notre but, quelles ont été nos conclusions dans la lettre qui a péniblement impressionné notre correspondant? Nous n'avons voulu que montrer la difficulté du recrutement de la médecine navale et faire voir que les récompenses accordées aux médecins de la marine n'étaient vraiment pas en rapport avec leurs fatigues et les dangers auxquels ils étaient exposés; nous avons conclu en affirmant que la création d'une Ecole de médecine navale à Bordeaux et d'une Ecole d'application à

rapprochement des fibres du grand fessier. Lavage de la plaie avec la solution phéniquée forte; gros drain vertical allant jusqu'au fond de la plaie; application à l'extérieur de compresses imbibées d'eau phéniquée et maintenues par un bandage de corps. Le soir, 37°,4.

Le lendemain 8, la température baisse le matin, monte le soir à 38°,6.

Le 9, ascension plus considérable; douleurs spontanées et provoquées, surtout par le mouvement du membre; vive sensibilité au toucher au pourtour de la plaie, qui pourtant présente très belle apparence. En revanche, tuméfaction profonde appréciable à la vue.

Je prescris un purgatif et des applications émollientes sur la fesse.

Le quatrième jour, la fièvre diminue et cesse tout à fait le 6; à la même époque la sensibilité de la région opérée se calme.

Voici le tracé des six jours :

Le 7.	Jour de l'opération.	Matin.	37°	Soir.	37°,4
Le 8		—	36°,8	—	38°,6
Le 9		—	37°,6	—	39°,2
Le 10		—	38°,2	—	39°
Le 11		—	37°,4	—	38°
Le 12		—	37°,2	—	37°,6

A première vue, on croit avoir affaire à une fièvre traumatique simple, succédant à la blessure de tissus sains sur un sujet sain. Cependant l'absence de réunion immédiate, l'écoulement facile des liquides assuré par le drain, l'antisepsie complète de la plaie avant, pendant et après l'opération ne laissaient guère admettre la formation et l'absorption de matière septique. En revanche, l'ouverture d'une bourse séreuse, la tuméfaction profonde, la douleur intense, me firent soupçonner une inflammation franche de la séreuse blessée, ce qui expliquait bien mieux la marche de la fièvre.

Les applications émollientes et une révulsion sur le tube digestif agirent de façon à confirmer l'hypothèse.

Dans l'observation suivante, le tracé indiquait clairement une fièvre intense et grave, mais n'en faisait point connaître la nature; bien que dès le début des accidents nous ayons fortement soupçonné la complication rénale, le diagnostic étiologique n'a pu être porté d'une manière certaine que tardivement.

OBS. — *Tumeur urineuse, accidents comateux, cessant par l'ouverture de l'abcès; fistule uréthrale persistante. Calcul de l'urèthre; extraction par débridement de la fistule; exploration de la vessie avec injections désinfectantes; pansements antiseptiques; fièvre épitraumatique par aggravation d'une néphrite chronique. Mort le neuvième jour.* — L. J..., cantonnier, soixante et un ans, entre à la Pitié le 30 octobre 1883 pour une tumeur urineuse datant de deux semaines. Comme antécédents: blennorrhagie à vingt-quatre ans; vingt ans plus tard, abcès urineux; passage de bougies pendant deux mois, après quoi tout semble guéri; miction très facile; santé générale bonne; jamais de colique néphrétique.

Il y a quelques mois seulement, survint un peu de difficulté à uriner; l'écoulement se faisait sans douleur, mais lentement; le jet était mince, et dans les derniers temps même le liquide coulait goutte à goutte.

Vers le 15 octobre, se montra au périnée une tuméfaction indolente, circonscrite, du volume d'une noix; bientôt les dimensions s'accroissent, la douleur apparaît, et la marche devient impossible. C'est alors que L... entre à l'hôpital.

C'est un vieillard grand, maigre, sobre, qui semble encore vigoureux, et qui en dehors de la lésion locale affirme ne ressentir aucun malaise. Il n'a pas mauvaise mine, la langue est humide, la soif modérée, mais il mange peu et présente le soir un léger mouvement fébrile.

L'exploration du canal indique au niveau de la région membraneuse un obstacle qu'on ne parvient pas à franchir. On perçoit en ce point la sensation d'un corps étranger.

Les accidents étant modérés, la fièvre nulle, le thermomètre à 37°,4, je prescris un bain, des cataplasmes, et j'ajourne l'ouverture de la tumeur périnéale. Le soir, la température monte à 38°,5, sans doute par le fait de l'exploration uréthrale.

La journée du 2 se passe assez bien; mais, dans la nuit suivante, éclatent des symptômes graves; la tumeur urineuse double de volume, la peau qui la recouvre prend l'aspect phlegmoneux; une infiltration d'urine se prépare; de plus, le malade, qui la veille était très lucide, a déliré toute la nuit, et depuis le matin est plongé dans une sorte de coma. La température est peu élevée, à 37 degrés.

Il s'agit évidemment d'une attaque d'urémie. Malheureusement les urines rendues la nuit en très petite quantité n'ont pas été conservées, de sorte qu'on ne peut en faire l'analyse. Cependant la pression exercée sur la région des reins ne provoque aucune douleur. La tumeur urineuse, largement fendue sur la ligne médiane avec le thermo-cautère, laisse écouler un mélange d'urine et de pus. L'amélioration est rapide, le malade reprend connaissance, la température descend à 36°,6, et tout danger immédiat semble conjuré.

Les jours suivants, la tumeur périnéale se résout, la plaie se déterge et se rétrécit, de sorte qu'à la fin du mois elle est réduite à un simple trajet fistuleux, qui donne passage à une notable partie de l'urine.

Voici le tracé thermométrique de cette première période :

1er	novembre. Jour de l'exploration du canal.	Matin,	37°,4	Soir,	38°,2
2	—	—	37°,6	—	37°,6
3	—	—	37°	—	36°,6
4	—	—	36°,6	—	37°,2
5	—	—	36°,5	—	37°,6
6	—	—	36°,8	—	37°,6

A partir de ce moment et jusqu'à la fin du mois, le tracé oscilla très régulièrement entre 36°,8 et 37°,4. Je ne le reproduis donc pas.

L'état général était redevenu très bon, mais la miction était toujours gênée; l'urine s'écoulait difficilement par le méat. J'avais cherché plusieurs fois à pénétrer dans la vessie, mais j'étais toujours arrêté à la région profonde par un corps dur et rugueux.

Toulon avec un roulement professoral enlevant, *au bout de cinq années*, à ces Écoles, pour les lancer on ne sait où, les médecins qui commenceraient à apprendre ce qu'ils seraient chargés d'enseigner, n'était qu'une utopie dangereuse. Nous avons répondu à quelques brochures qui nous paraissaient de nature à faire du tort aux intérêts qu'elles prétendaient défendre. Et voilà tout! Que les médecins navigants le sachent bien. Nous souhaitons ardemment l'amélioration de leur sort. Nous faisons bien des vœux pour que leur avancement soit plus rapide; mais, nous le répétons, pour obtenir le résultat qu'ils ambitionnent, les médecins de marine devront ne pas oublier que l'union fait la force et qu'un corps qui se diviserait en écoutant les dangereux conseils de ceux qui excitent les déshérités de la profession contre des chefs honorés partout et dignes de l'affection de tous ceux qui les connaissent, serait plus près de sa ruine que de son relèvement.

Cette lettre, qui expose d'ailleurs avec sincérité les ingratitudes de l'État envers ses serviteurs, nous fait songer à une autre catégorie de *fonctionnaires* (puisque ce mot est officiel) non moins dignes de notre sollicitude et de nos sympathies. Nous voulons parler des professeurs de nos Écoles et de nos Facultés. Que de fois n'avons-nous pas entendu gémir sur la parcimonie des appointements par lesquels on prétend rémunérer les services universitaires! Nous-même, qui n'avons pas oublié — nous l'avons vu de trop près — qu'il y a vingt ans un doyen de Faculté n'avait en province que 5000 francs d'appointements, nous ne pouvions écouter sans un certain dépit les doléances de nos amis et de nos collègues. Or voici que le *Journal du ministère de l'Instruction publique* de l'Empire russe nous apprend que la situation est bien plus grave encore à Moscou qu'à Lyon, Bordeaux ou Nancy. En Russie les ténors sont hors de prix et les chanteuses d'opérette s'enrichissent en une saison. Mais les professeurs et les savants meurent de faim et les étudiantes deviennent nihilistes. A Moscou,

Je portai en conséquence le diagnostic de calcul arrêté dans l'urèthre et me décidai à opérer.

Le patient fut purgé et baigné, et le 30 novembre au matin, le thermomètre marquant 36°,4, comme tous les jours précédents, je procédai de la manière suivante :

L'anesthésie obtenue, je portai dans le canal, par le méat, un petit cathéter métallique qui, à ma grande surprise, après avoir rencontré le calcul, le dépassa facilement et entra dans la vessie. L'obstruction du canal avait donc pour double cause le corps étranger d'abord, puis le spasme du canal, et non point un rétrécissement uréthral dans le sens littéral du mot. En même temps une sonde cannelée, introduite dans la fistule périnéale et dirigée vers la portion membraneuse, heurta également la concrétion pierreuse à 3 centimètres de profondeur.

L'opération dès lors devenait très facile. J'incisai le périnée de haut en bas sur la rainure de la sonde cannelée, dans l'étendue de 4 centimètres environ, et à peine avais-je atteint le bout de la rainure qu'un calcul du volume d'une moyenne noisette s'engageait de lui-même dans la plaie et tombait dans ma main.

Je portai aussitôt l'index dans la brèche que je venais d'ouvrir, et j'engageai mon ongle dans la rainure du cathéter, qui était resté en place.

Il était indiqué d'explorer la vessie, pour savoir si elle ne renfermait pas d'autre corps étranger. En conséquence, je glissai sur le cathéter un lithotome simple, à l'aide duquel je fis sur la ligne médiane, en arrière, un débridement de quelques millimètres, qui fut suivi de l'expulsion de deux ou trois cuillerées d'une urine trouble et fétide. Je glissai mon doigt le long du cathéter, et je pénétrai dans la cavité vésicale, que je trouvai petite, peu extensible, et sillonnée de colonnes, mais ne renfermant aucun corps étranger.

Je me contentai donc d'y placer une grosse sonde de caoutchouc rouge, et de la laver avec une solution tiède d'eau phéniquée.

Toute cette opération avait été faite très vite et très simplement. L'incision périnéale, pratiquée au thermo-cautère, avait été exsangue. Le débridement de l'urèthre et du col de la vessie avait laissé couler à peine 20 grammes de sang. La durée totale de la séance, y compris le lavage de la vessie, n'avait pas excédé huit à dix minutes. J'étais donc fort satisfait, et ne mettais guère en doute la guérison prochaine.

Comme pansement, je recommandai de continuer la désinfection de la vessie avec une solution d'acide borique, portée à l'aide de la sonde de caoutchouc rouge laissée à demeure ; sur le périnée, application réitérée de compresses imbibées d'eau phéniquée, pulvérisation prolongée, si les phénomènes inflammatoires locaux s'accentuaient.

Le malade, réveillé et porté dans son lit, se sentit fort bien dans la journée; le thermomètre toutefois monta le soir à 38°,5, c'est-à-dire de 2 degrés; mais je vis là un accès de cette fièvre cavitaire bien facile à comprendre avec l'état de la vessie et les qualités septiques de l'urine.

D'ailleurs, le lendemain matin, 1er décembre, on était revenu à 36°,8 le matin, et 37°,4 le soir.

2 décembre. — Ascension notable, le thermomètre marque le matin 38°,6 et le soir 39 degrés; je cherche les causes de ce retour fébrile. Deux explications se présentaient : d'abord le scrotum était redevenu tuméfié et rouge; puis on trouvait dans la plaie (périnéale, d'ailleurs exempte de gonflement inflammatoire, un caillot du volume de la dernière phalange de l'index, d'une odeur très fétide, et qui paraissait s'être formé pendant la nuit précédente. Je pensai donc avoir affaire ici soit à une fièvre inflammatoire par dermite ou lymphangite du scrotum, soit à une fièvre septico-traumatique par absorption du poison si redoutable que renferme le sang en voie de putréfaction.

Si ces hypothèses étaient vraies, le traitement était fort simple : faire sur les bourses des applications antiphlogistiques, puis déterger et désinfecter la plaie périnéale. En conséquence, j'ordonnai la pulvérisation phéniquée sur la région ano-génitale, après avoir soigneusement débarrassé la plaie du sang putride qu'elle contenait.

Toutefois je n'étais pas très sûr de mon diagnostic, et je soupçonnais quelque complication viscérale; j'y étais conduit par cette hémorrhagie secondaire, par ce suintement sanguin de la plaie, phénomène insolite et inexplicable par les seules conditions locales, puisque les parties superficielles avaient été divisées au fer rouge, et que l'écoulement primitif venant de sa profondeur s'était arrêté de lui-même et très rapidement.

Je songeai tout d'abord au rein, parce que la langue était sèche, qu'au commencement du mois nous avions eu une attaque d'urémie, que les hémorrhagies secondaires sont fréquentes en cas de lésions rénales anciennes, et que ces lésions anciennes constituent, en quelque sorte, la règle chez les sujets atteints depuis longtemps de dysurie.

Néanmoins je fus un peu dérouté par l'absence de frisson au début de l'ascension thermométrique et de sueur à la fin, et par l'insensibilité à la pression forte des régions lombaires.

D'ailleurs l'examen chimique des urines, pratiqué à diverses reprises, avait été jusqu'alors négatif, et n'avait donné qu'un faible nuage albumineux sans signification, puisqu'il y avait cystite chronique et présence de pus dans l'urine. Cependant je recommandai de recueillir autant qu'on pourrait de ce liquide, soit par le méat, soit par la plaie du périnée.

L'incertitude des causes de la fièvre ne m'empêcha pas d'instituer un traitement. Me plaçant au point de vue le plus sérieux, j'attaquai la néphrite problématique avec les ventouses sèches sur les régions rénales, le sulfate de quinine et le régime lacté.

3 décembre. — Point d'amélioration; température le matin à 38°,6, le soir à 39°,4; soif vive; anorexie complète; langue sèche au centre; altération profonde des traits; le scrotum a diminué de volume; la plaie n'est point enflammée. Le point de départ de la fièvre n'est donc pas dans les lésions externes. L'urine, recueillie en petite quantité et filtrée avec soin, donne un précipité abondant d'albumine.

La néphrite n'est donc plus douteuse; aussi, malgré la continuation du traitement indiqué plus haut, l'état va en s'aggravant sans cesse, et le malade succombe le 8 décembre au soir, neuf jours juste après l'uréthrotomie.

Voici le tracé de ces neuf jours :

30 novembre.	Opération.			
—	Le matin,	36°,4	Le soir,	38°,5
1er décembre.	—	36°,8	—	37°,4
2 —	—	38°,6	—	39°
3 —	—	38°,5	—	39°,4

Kief et Kasan vingt-huit chaires sont vacantes. Une vingt-neuvième va perdre son titulaire. L'éminent professeur Kowaleswski va, dit-on, quitter Odessa pour venir enseigner la zoologie à Marseille. Il ne touchait, comme tous ses collègues, que 3000 roubles, c'est-à-dire 7500 francs par an. C'est à peu près ce que reçoivent les professeurs de nos Facultés. Mais en Russie la vie est plus chère, et puis les Français, — sauf, il est vrai, en ce qui concerne la médecine, — ont comme objectif Paris et, quoi qu'on en dise, à Paris les appointements sont, en général, suffisants. Toutes les positions officielles, quelles qu'elles soient, sont donc, en général, fort peu payées matériellement parlant; que l'on soit professeur, ou médecin militaire, ou médecin de marine, ou même haut fonctionnaire de l'Etat, on ne trouvera jamais à la caisse du Trésor une rémunération comparable à celle que peut ambitionner un médecin instruit, laborieux, actif... et heureux ! Quelle conclusion en faut-il déduire? C'est que les médecins n'ont pas tous à se plaindre de leur profession ! Est-ce pour cela que les princes allemands nous font concurrence? Après le prince Charles Théodore, dont la *Gazette* a eu occasion de parler plusieurs fois et qui est un oculiste de talent, voici que le prince Louis Ferdinand de Bavière vient de se faire recevoir docteur en médecine à l'Universit de Munich ! Salut et prospérité à ces nouveaux confrères !

FACULTÉ DE NANCY. — Un concours s'ouvrira le 15 juillet 1884, à la Faculté de médecine de Nancy, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et pharmacie de Reims. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort du docteur Gérard à Lyon, où il vivait retiré depuis quelques années. Sa thèse, du 24 août 1838, avait pour titre : *De la coagulation du sang et de l'application de l'électricité au traitement des anévrysmes.*

4 décembre.	Matin.	37°,2	Soir.	40°,2
5 —	—	38°,6	—	40°,6
6 —	—	38°,6	—	39°,8
7 —	—	38°,6	—	39°
8 —	—	36°,8	—	37°,2

Mort pendant la nuit.

Autopsie. — Urèthre à peu près sain dans les régions spongieuse et prostatique. Le débridement médian du col vésical et de la muqueuse prostatique est à peine reconnaissable. En revanche, portion membraneuse dilatée, à parois très épaisses, en suppuration, largement ouverte à sa face inférieure par l'opération d'extraction du calcul.

La vessie présente les lésions de la cystite chronique; elle est très réduite en dimensions, à parois denses, à colonnes saillantes, à muqueuse villeuse, exulcérée par places. Prostate saine.

Le rein droit n'existe pour ainsi dire plus; il mesure à peine 5 centimètres de long sur 2 d'épaisseur; il est dur, ratatiné, et fonctionnellement anéanti.

Le rein gauche au contraire est un peu plus gros que d'habitude, mais il présente les caractères de la néphrite chronique : induration, adhérences de la capsule, kystes superficiels multiples, sur laquelle est venue se greffer une néphrite aiguë.

C'est donc par le rein qu'est mort cet homme. La fièvre qui s'est déclarée au troisième jour était donc une fièvre d'origine rénale due à l'aggravation soudaine d'un état morbide antérieur et non point une fièvre traumatique simple ou septico-traumatique.

J'ai rapporté ce fait avec de longs détails, pour montrer précisément les difficultés qu'offre parfois le diagnostic et la façon dont on parvient pourtant à le poser grâce à une analyse minutieuse du présent et surtout du passé.

Quelques jours plus tard, je pratiquai une opération analogue également suivie d'une réaction intense. Cette fois encore, la fièvre n'était point traumatique, mais résultait du rappel d'une inflammation qui avait sévi précédemment et que j'avais eu le tort de croire éteinte. C'était encore un bel exemple de fièvre épitraumatique *par inflammation rappelée.*

Voici sommairement rapporté ce fait curieux.

Obs. — Jeune garçon, grêle, chétif, exempt néanmoins de toute maladie constitutionnelle, atteint de rétrécissement infranchissable de l'urèthre, suite de fracture du pubis.

Point de rétention, mais miction goutte à goutte ; urèthre libre jusqu'à la portion membraneuse; périnée sain et souple; une fistule qui avait donné autrefois issue à des esquilles était cautérisée. Urines assez claires, nul indice de cystite ni de néphrite.

Nous tentons à plusieurs reprises, mais en vain, de franchir l'obstacle. Ces essais amènent le 2 décembre une légère irritation du méat urinaire qui s'accompagne d'un peu de gonflement du prépuce et d'un écoulement uréthral muco-purulent qui dure deux ou trois jours.

En même temps, fièvre éphémère avec frisson et douleur inguinale à gauche. On reconnaît sans peine une lymphango-adénite qui dure deux ou trois jours.

Je fais entourer le pénis de compresses résolutives et placer des cataplasmes sur le pli de l'aine. Les bains, un purgatif, la diète, complètent le traitement, qui fait rapidement justice de la complication. Naturellement, toute exploration, tout cathétérisme sont suspendus jusqu'à nouvel ordre.

Au bout de deux semaines, lorsque les parties me semblent complètement revenues à l'état normal, je me décide à agir, la santé générale paraissant s'altérer un peu. Le 17 décembre, je tente donc l'uréthrotomie externe sans conducteur.

Un cathéter métallique étant poussé dans l'urèthre jusqu'à l'obstacle, j'ouvre le canal avec le thermo-cautère sur la ligne médiane et dans l'étendue de 10 à 12 millimètres. Je cherche alors à retrouver la lumière du rétrécissement, qui se trouve précisément au niveau de l'aponévrose moyenne. Mes efforts restent infructueux, et au bout de vingt minutes environ de recherches, j'abandonne la partie, sachant que ces opérations, lors même qu'elles ne sont pas achevées séance tenante, produisent de bons résultats ultérieurs et qu'elles ne sont pas bien graves par elles-mêmes quand on ne laboure pas le périnée et les alentours de la prostate.

J'avais conduit mes explorations profondes avec patience et douceur et n'avais certainement pas causé de grands dégâts. La plaie périnéale, qui d'ailleurs avait été faite en grande partie au thermo cautère, fut lavée à l'eau phéniquée forte. Quelques petits vaisseaux divisés dans la profondeur donnent un peu de sang. Je plaçai une petite éponge imbibée d'eau phéniquée forte au fond de sa solution de continuité, éponge qui fut retirée deux heures après.

Le premier jour se passa assez bien; douleur modérée, légère ascension de la température; dès les premières heures, l'urine passait facilement par la plaie périnéale. Le lendemain, les choses changèrent, le bout de la verge et surtout le scrotum rougirent et se tuméfièrent; on aurait pu croire à une infiltration d'urine commençante. En même temps, malaise, frisson, altération des traits, soif, inappétence; bref, état général mauvais. Le pouls était rapide, la température élevée.

Je ne vis pas l'opéré ce jour-là, mais seulement le lendemain, où je trouvai les choses sensiblement pareilles. Les phénomènes locaux étaient même plus accentués et la température plus haute (voy. le tracé ci-dessous).

Mes élèves étaient assez inquiets; je pus bientôt les rassurer; les urines n'avaient pas cessé de couler par la plaie périnéale. Les régions lombaires étaient tout à fait indolentes; la langue n'était point sèche.

En soulevant les bourses tuméfiées, on voyait la plaie opératoire en très bon état, béante, mais non tuméfiée à son pourtour; d'ailleurs indolente spontanément et à la pression. Les accidents n'en partaient point. Le scrotum était très gonflé il est vrai, mais il n'y avait point d'infiltration; il s'agissait tout simplement d'une lymphangite diffuse. Enfin la véritable cause de la fièvre résidait dans une lymphangite double, partie encore du méat urinaire et de ses alentours et provoquant une double adénite du pli de l'aine. On reconnaissait sans difficulté la première à une coloration rose diffuse, allant du bout de la verge aux régions inguinales, et la seconde à une tuméfaction des ganglions avec sensibilité vive au toucher.

Alors je pus reconstruire cette étiologie. L'introduction et le maintien du cathéter dans le canal pendant vingt minutes avaient renouvelé l'irritation des premières manœuvres. Les lymphatiques du gland, du prépuce s'étaient enflammés de nouveau. La lymphangite s'était propagée d'une part au scrotum, de l'autre aux ganglions, le tout avec les symptômes généraux ordinaires.

La plaie périnéale, c'est-à-dire le foyer traumatique principal, était restée étrangère à tout cet orage. Je prescrivis simplement un purgatif, les boissons délayantes, puis sur la lymphangite et l'adénite des onctions avec l'onguent napolitain belladonné.

La résolution ne se fit que vingt-quatre heures après, mais elle était complète le sixième jour, de sorte que mon diagnostic se trouva confirmé.

17 décembre. Jour de l'opération.

	Matin.	36°	Soir,	37°,8
18 —	—	37°,6	—	39°,2
19 —	—	38°,4	—	40°,2
20 —	—	38°,4	—	40°,2
21 —	—	38°,2	—	38°,4
22 —	—	37°,2	—	38°,2
23 —	—	37°,4	—	37°,5
24 —	—	36°,6	—	37°

Si la précision du diagnostic n'a pas eu grande utilité pour le malade atteint de néphrite chronique, elle nous a permis au moins de porter un pronostic favorable pour le sujet de la dernière observation. Mais elle a surtout servi dans le cas suivant, aussi intéressant que démonstratif, et qui a ce grand mérite d'avoir été recueilli loin de moi, hors de mon service, par un de mes meilleurs disciples, M. le docteur Routier, chef de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité.

Obs. — B. H..., vingt-huit ans, de belle apparence, entre à la Charité le 30 octobre 1883, pour un abcès du sein gauche consécutif à l'interruption de la lactation. Originaire de la Vendée, d'un village où règnent les fièvres intermittentes, elle en a été atteinte à douze ans ; pas d'autres maladies graves. Deux accouchements antérieurs sans accidents; troisième accouchement, facile, le 17 septembre.

Le sein est tuméfié, surtout dans son segment inféro-externe, qui est dur, chaud, rouge et douloureux. Près de l'aréole se trouve un point manifestement fluctuant.

Pour faire passer le lait, on donne le 31 octobre et le 1er novembre 30 grammes d'huile de ricin.

Le 31 octobre, M. Terillon m'ayant confié le traitement de cette malade, j'ouvre l'abcès au bistouri, en prenant toutes les précautions antiseptiques; issue d'un demi-verre de pus bien lié; je place un drain qui pénètre à 3 centimètres au moins, et par-dessus un pansement de Lister rigoureux.

Quel fut mon étonnement en trouvant le soir la malade brûlante, la température à 40°,8, le pouls rapide avec agitation, parole brève, état général grave. Je pensai immédiatement à un érysipèle, complication dont nous avaient menacé M. Berger, qui quittait le service, et ses internes, comme survenant d'ordinaire à la suite de l'incision des abcès du sein à la clinique de la Charité. Cette préoccupation me fit négliger ce que la malade m'avait dit de ses fièvres intermittentes antérieures.

Le lendemain matin la fièvre était moins forte (38 degrés); ce ne fut pas toutefois sans émotion que je défis le pansement. Je trouvai le sein très dégonflé, ne portant plus trace de son inflammation; une ou deux gouttes de sérosité avaient passé par le tube; je l'enlevai, et après l'avoir nettoyé je le raccourcis de 15 millimètres, mais je refis un pansement de Lister aussi soigneusement que possible. C'est alors que je me souvins des fièvres antérieures, et je prescrivis pour l'après-midi 1 gramme de sulfate de quinine en deux doses.

Le soir la malade avait encore 39°,2, et j'allais m'inquiéter encore de cet état, quand j'appris que la quinine avait été oubliée. Je fis des recommandations pour le lendemain; la quinine fut prise et continuée trois jours; dès le 2 novembre la température est redescendue à 37°,5 et s'est maintenue à ce degré, oscillant de quelques dixièmes jusqu'au 15 novembre, où la malade est sortie parfaitement guérie. Je lui avais recommandé de revenir si elle avait quelque nouvel accident; je ne l'ai pas revue.

« Cette élévation subite de la température, ajoute M. Routier, avec un état général grave, n'a jamais trouvé son explication dans l'état local de la partie malade; je crois donc qu'il est difficile de nier dans ce cas un retour de fièvres intermittentes provoqué par l'abcès du sein et son ouverture. Le résultat de la médication ne peut du reste que confirmer cette opinion. »

Thérapeutique chirurgicale.

Opérations pratiquées par un nouveau procédé d'anesthésie par le chloroforme, par M. le docteur Catrin, médecin-major.

Les opérations mentionnées dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire* sont les suivantes :

I. — Opération : Résection du corps du maxillaire inférieur nécessitée par une tumeur du plancher de la bouche.

Le malade, vieillard robuste d'environ soixante ans, prend le mélange d'air et de chloroforme sans répugnance, sans lutte; il a cependant une période d'excitation, mais de courte durée.

Pas de vomissement, pas d'hypersécrétion salivaire. Le malade se réveille avant la fin de cette opération longue et difficile, mais il ne semble pas souffrir et ne songe qu'à remercier l'opérateur; c'est là un frappant exemple de l'analgésie de retour.

Réveil d'ailleurs calme, sans secousse ni hébétude, sans cette sorte d'ivresse si fréquente quand les malades sortent de l'anesthésie provoquée par les moyens ordinaires.

II. — Jeune homme de vingt à vingt-cinq ans; robuste. Kyste du cordon. Chloroforme pris sans répugnance, pas de vomissement, sommeil rapidement obtenu, après une période d'excitation encore plus courte que la précédente.

L'opération terminée (ponctions et injections iodées), le malade est emporté encore complètement endormi d'un sommeil véritablement béat.

III.— Enfant de dix-sept mois, présentant une exstrophie de la vessie. On désire mouler cette curieuse pièce anatomique. L'enfant s'endort très rapidement, sans vomissement, sans secousse, sans la moindre excitation; fait à noter, le chloroforme en arrêtant, ou du moins diminuant la sécrétion urinaire, facilite beaucoup le moulage qui aurait été rendu difficile par la présence de l'urine, qui souillerait les parties.

Après le moulage, le sommeil se prolonge longtemps encore. M. P. Bert fait recouvrir le petit malade de couvertures chaudes, insistant sur le danger du refroidissement, surtout chez les petits animaux.

IV. — Garçon de douze à quinze ans. Amputation de la jambe au tiers inférieur pour tumeur cancéreuse ulcérée du calcanéum. Chloroforme pris sans répugnance, pas de vomissement, aucune trace de la période d'excitation. L'opération terminée, le malade dort encore de ce sommeil paisible déjà signalé.

Dans ces quatre cas, représentant tous les âges de la vie, on voit des résultats identiques consistant, comme nous l'avons dit, en : 1° un sommeil rapidement obtenu; 2° une période d'excitation faible (deux cas), ou nulle (deux cas); 3° analgésie de retour.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Séance du 31 décembre 1883. — Présidence de M. É. Blanchard.

Action du cuivre sur l'économie; histoire d'un atelier et d'un village. Note de MM. *A. Houlès* et *de Pietra-Santa*. — 1° Dans un atelier de tourneurs en cuivre, vivant dans une atmosphère constamment imprégnée de poussières de cuivre jaune, nous avons constaté que l'inspiration de ces poussières n'engendrait aucun accident fâcheux, aucun symptôme morbide notable, alors que ces mêmes poussières, ingérées avec les aliments, amenaient parfois de légers troubles gastro-intestinaux accompagnés de malaise général.

2° Dans un village du Tarn (Durfort), toute une population industrielle, *martineurs* fondant le cuivre et le martelant à chaud, *chaudronniers* le martelant à froid, le limant et le polissant pour lui donner une forme définitive (les uns et les autres passant par jour douze heures de travail au milieu d'une poussière d'oxyde de cuivre mêlé à l'oxyde de fer ou de cuivre rouge presque sans mélange), cette population industrielle, disons-nous, ne nous a montré, pendant une très longue période d'observations, aucun phénomène morbide caractéristique, *aucune maladie spéciale ou professionnelle*, pouvant se rapporter directement à l'inspiration de ces particules métalliques.

Par contre, dans l'atelier comme dans le village, nous n'avons reconnu aucune *immunité spéciale ou professionnelle* contre les affections infectieuses en général, et plus particulièrement contre le choléra et la fièvre typhoïde.

Nos observations dans l'atelier des tourneurs en cuivre des Madelonnettes nous ont conduit à reconnaître :

1° Qu'un individu peut vivre dans une atmosphère chargée de poussières de cuivre sans altération appréciable de sa santé;

2° Que la colique de cuivre, telle que l'ont décrite les auteurs du dix-huitième siècle (Desbois de Rochefort, Combalusier), et plus près de nous Blandet et Corrigan, *n'existe pas*.

Nos recherches sur la population industrielle de Durfort (Tarn), pendant une période de cent années, nous ont prouvé que la moyenne de la vie des ouvriers en cuivre (martineurs et chaudronniers) est, toutes choses égales, la même que celle de la population agricole de la région, si elle n'est pas supérieure.

Sur l'anatomie d'un embryon humain de la quatrième semaine. Note de M. *H. Fol*. — Les faits signalés par l'auteur diffèrent en certains points de ceux qui ont été signalés par d'autres observateurs; mais cette longue description anatomique ne saurait être ni reproduite ici, ni résumée. On la lira avec intérêt dans les *Comptes rendus*.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 8 JANVIER 1884. — PRÉSIDENCES SUCCESSIVES DE MM. HARDY ET ALPH. GUÉRIN

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts invite l'Académie à désigner des délégués officiels au Congrès international des sciences médicales à Copenhague.

Mme *Lafitte*, sage-femme à Salies-de-Béarn, envoie la *liste des vaccinations et revaccinations qu'elle a pratiquées en* 1883. (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *Poulet* (de Plancher-les-Mines) envoie un échantillon d'*acide hippurique extrait du suc gastrique d'un porc sacrifié en pleine digestion.* (*Renvoi à l'examen de MM. Mathias Duval et Armand Gauthier.*)

M. le docteur *Couston*, médecin-major à l'hôpital militaire de Bordeaux, adresse dix mémoires manuscrits *sur des épidémies de fièvres intermittentes et de fièvre typhoïde.* (*Commission des épidémies.*)

M. le docteur *Wahé* envoie un exemplaire de son *Rapport sur l'origine de l'épidémie du choléra en Égypte en* 1883. (*Commission des épidémies.*)

M. le docteur *Chabanon* adresse une brochure ayant pour titre : *Quelques mots sur l'application de la loi Roussel dans le département de la Lozère et dans le canton de Génolhac (Gard).* (*Commission de l'hygiène de l'enfance.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *J. Comby*, un mémoire imprimé ayant pour titre : *Des pleurésies pulsatives* ; 2° de la part de M. le docteur *Bernard*, un travail imprimé *sur la constitution médicale de Cannes en* 1882-1883 ; 3° au nom de M. le docteur *R. Blache*, un mémoire imprimé, intitulé : *Vaccine efficace sans manifestations cutanées* ; 4° de la part de M. le docteur *Jamin*, un ouvrage intitulé : *Étude sur l'uréthrite chronique blennorrhagique* ; 5° au nom de M. le docteur *Branchat y Prada* (de Grenade), une brochure ayant pour titre : *Estudia sobre la profilaxis de la viruela.*

M. *Brouardel* présente : 1° au nom de M. le docteur *Socquet*, un ouvrage ayant pour titre : *Contribution à l'étude statistique de la criminalité en France de* 1826 *à* 1880 ; 2° de la part de M. le docteur *Maurice Laugier*, les articles SUBMERSION et SUFFOCATION, extraits du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

M. *Rochard* fait hommage : 1° au nom de M. le docteur *Fonssagrives*, de la 2e édition de ses *Principes de thérapeutique générale* ; 2° de la part de M. *A. Durand-Claye*, une étude de statistique sur l'*épidémie typhoïde à Paris en* 1882.

M. *Larrey* présente : 1° au nom de M. le docteur *Doga*, un mémoire manuscrit sur *la fièvre typhoïde qui a régné à Nancy en* 1880 ; 2° de la part de M. le docteur *Tholozan*, une *Note*, avec instrument à l'appui, sur *l'excision de la luette par les barbiers persans.*

M. *Besnier* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Leven*, un ouvrage intitulé : *Estomac et cerveau, étude physiologique, clinique et thérapeutique* ; 2° de la part de M. le docteur *Fabre* (de Commentry), les ouvrages ayant pour titres : *L'érythème polymorphe exsudatif ou maladie d'Hébra. Rôle des entozoaires et en particulier des anchylostomes dans la pathologie des mineurs. Des eaux dans les travaux de mine au point de vue de l'hygiène professionnelle* ; 3° au nom de M. le docteur *Baratoux*, les deux premiers fascicules du *Bulletin de la Société française d'otologie et de laryngologie.*

M. *Chatin* présente, de la part de M. *Husson*, un volume ayant pour titre : *Étude sur les épices, aromates, condiments, sauces et assaisonnements, leur histoire, leur utilité, leur danger.*

M. *Gavarret* fait hommage, au nom de MM. les docteurs *Monoyer* (de Lyon) et *Imbert* (de Lyon), de la 2e édition de la traduction du *Traité élémentaire de physique médicale de Wundt.*

M. *Lagneau* présente, un mémoire de M. le docteur *Aubert*, médecin-major au 28e régiment d'infanterie, intitulé : *Études statistiques et médicales sur le recrutement dans le département du Calvados.* (*Renvoi à l'examen de M. Lagneau.*)

M. *Dujardin-Beaumetz* fait hommage du troisième fascicule du troisième et dernier volume de ses *Leçons de clinique thérapeutique.*

M. *Hérard* présente, de la part de M. le docteur *Huchard*, une brochure intitulée : *Des angines de poitrine.*

M. *Gariel* fait hommage, en son nom et au nom de M. *Desplats*, du cinquième et dernier fascicule de la 2e édition de leurs *Éléments de physique médicale.*

M. *Germain Sée* dépose, de la part de M. le docteur *Henneguy* (de Saint-Dié), une thèse sur le *bacille de la tuberculose, sa recherche et sa valeur diagnostique.*

INSTALLATION DU BUREAU POUR 1884. — M. *Hardy* fait, en termes très applaudis, le compte rendu des travaux de l'Académie pendant l'année de sa présidence ; il insiste tout particulièrement sur les « propositions pratiques » qui se dégagent des discussions auxquelles ont donné lieu l'étiologie et le traitement de la fièvre typhoïde.

M. *Alphonse Guérin*, président pour 1884, prend place au fauteuil et remercie son prédécesseur au nom de l'Académie en rappelant surtout l'incontestable influence qu'il a eue sur l'activité des séances pendant l'année qui vient de s'écouler.

TRICHINES ET TRICHINOSE. — La discussion s'est ouverte aujourd'hui sur le rapport fait par M. Brouardel sur l'épidémie de trichinose qu'il est allé étudier, avec M. Grancher, à Emersleben ; elle continuera dans les séances suivantes, le rapport de M. Brouardel et la communication de M. Grancher ayant été renvoyés à une commission, composée de MM. Bouley, Brouardel, Chatin, Colin (d'Alfort), Laboulbène et Proust. Les travaux de cette commission auront d'ailleurs deux objets : 1° préparer un projet de réponse à M. le ministre du commerce sur la question de l'importation des viandes américaines de porcs salées ; 2° rechercher le meilleur procédé pour détruire sûrement les trichines dans les viandes qu'elles infestent. Tel est le résultat de la séance en dehors d'incidents particuliers qu'il n'est pas nécessaire de rappeler ici.

M. *Bouley* d'abord rappelle l'avis émis, à quatre reprises déjà, par le comité consultatif d'hygiène publique, en faveur de la libre importation des viandes américaines de porcs salées ; pendant les vingt années qui ont précédé le décret de prohibition, elles n'ont causé aucun inconvénient ; depuis ce décret, elles n'en parviennent pas moins en France, par la Belgique et l'Angleterre, et n'ont pas présenté plus de dangers. Pourquoi ne pas les laisser s'introduire librement en France, comme dans ces deux derniers pays, alors que nos habitudes de cuisson des viandes porcines nous mettent manifestement à l'abri ? L'Académie a déjà été une fois de cet avis ; elle n'a qu'à l'émettre de nouveau.

M. *Grancher*, dont l'important mémoire a obtenu de l'Académie, par vote spécial, la faveur exceptionnelle d'être publié *in extenso* dans son *Bulletin*, décrit les symptômes et les lésions chez les malades qu'il a observés à Emersleben et Deesdorf. Les convalescents pâles, très affaiblis, conservaient pour la plupart un œdème léger des membres inférieurs, mais l'appétit ayant repris toute sa force, ils mangeaient d'épaisses tartines de porc cru, haché, étendu sur du pain, malgré la dure leçon qu'ils venaient de recevoir. Ceux qui ne pouvaient quitter le lit avaient tous la même physionomie morbide : immobilisés dans le décubitus dorsal, par un œdème colossal des membres inférieurs, de l'abdomen et quelquefois des membres supérieurs, le visage maigre, l'œil terne et la voix brisée. Quelques-uns étaient mourants et deux succombaient, en effet, pendant notre séjour à Emersleben, selon le mode ordinaire à cette période, c'est-à-dire à une asphyxie rapide par congestion pulmonaire ou pneumonie ultime. L'œdème des membres et du tronc est pâle, mou, gardant fortement l'empreinte du doigt, mais si considérable, que, par places, la peau rougit et se fendille, laissant échapper une sérosité limpide ; enfin des eschares se forment aux points déclives et comprimés. La fièvre est nulle, la langue nette et propre et les malades ne se plaignent que de faiblesse et d'essoufflement. L'auscultation du poumon laisse entendre des râles muqueux dispersés aux deux bases. Le cœur est sain, le pouls normal. Le sang présente une augmentation notable des globules blancs qu'on peut estimer, à défaut d'hématimètre, au double ou triple du chiffre physiologique ; les globules rouges paraissaient sains. Tous ces malades avaient traversé la période cholériforme accompagnée ou non de vomissements, puis la phase dite musculaire caractérisée par les fourmillements, des raideurs tétaniques et douloureuses, par des contractures même, développées surtout aux membres supérieurs et aux muscles du cou. Le seul point par lequel l'épidémie d'Emersleben diffère de celles qui l'ont précédée, est la rareté de l'œdème facial, qui n'apparut que chez quelques malades et qui fut assez fugace. Sous ce rapport, elle mérite assez peu le nom d'*épidémie des grosses têtes*, qu'on donne quelquefois en Allemagne aux épidémies de trichinose.

De ces symptômes observés directement et des commémoratifs, il résulte, pour M. Brouardel et pour M. Grancher, la conviction, dit-il, « que nous n'avons jamais rencontré, ni dans les hôpitaux, ni dans notre pratique civile, un cas de

trichinose et surtout une épidémie; car, à supposer que nous eussions ignoré et la nature du mal et les antécédents des malades, nous n'eussions pu songer qu'à une cachexie cardiaque ou albuminurique ». La prédominance accentuée de l'œdème aux membres inférieurs plaidait en faveur d'une affection cardiaque, mais l'auscultation du cœur et des vaisseaux ne révélait aucun bruit pathologique, aucune lésion, le pouls était normal. La diffusion de l'œdème aux membres et au tronc pouvait faire penser à une néphrite, mais l'examen des urines, au dire de nos confrères, ne décelait aucune trace d'albumine. « Or le médecin ne se trouve jamais dans des conditions aussi défectueuses que celles que nous supposons; les commémoratifs, d'une part, et la confluence des malades dans un même village, d'autre part, suffisent pour rendre l'erreur impossible. Nous croyons donc pouvoir conclure que si le diagnostic d'un cas isolé de trichinose est quelquefois difficile, celui d'une épidémie ne saurait être longtemps incertain. » — Quant au pronostic, il a paru dépendre, toutes choses égales d'ailleurs, de la quantité de viande consommée, de son degré de pureté et de fraîcheur. Les malades qui succombent le troisième et le quatrième septenaire meurent avec des accidents typhiques; ceux qui parcourent toutes les périodes jusqu'à la cachexie, périssent dans le cours du deuxième mois, ordinairement par une complication pulmonaire. MM. Brouardel et Grancher ont pu faire deux autopsies pendant leur séjour à Emersleben; à la première, celle d'un homme de cinquante-cinq ans, ils trouvèrent, en résumé, l'intégrité de l'appareil digestif du cœur et des vaisseaux, les membranes encéphaliques et la substance cérébrale saines, sauf un peu d'œdème de la pie-mère, une pneumonie secondaire, les reins scléreux et le foie graisseux, les muscles rouges et sains en apparence, remplis de trichines. La seconde, celle d'une femme, donne à peu près les mêmes résultats. Elles ne donnent donc pas la raison de la cachexie à laquelle succombent les malades. On en est réduit à invoquer, sans pouvoir dire en quoi elle consiste, une cachexie humorale qui relèverait directement des désordres que provoquent les trichines dans le tissu musculaire. Sur des préparations faites avec des muscles frais dont on dissocie les faisceaux à l'aiguille et qu'on colore au picro-carmin, on peut, en effet, suivre la marche de la trichine depuis son arrivée dans le muscle jusqu'à son enkystement. L'action de l'acide osmique et les préparations après durcissement dans l'alcool fournissent les renseignements complémentaires.

«En nous aidant de ces divers moyens, déclare M. Grancher, nous avons constaté des altérations du périmysium, du myolemme et des faisceaux primitifs avant et après l'apparition de la trichine en un point. Le périmysium subit une irritation diffuse qui se traduit par une abondante multiplication de ses noyaux, prédominante autour des vaisseaux sanguins; le myolemme de la plupart des faisceaux primitifs reste tout à fait sain, ainsi que la substance musculaire qu'il contient; celui de beaucoup d'autres faisceaux subit la néoformation nucléaire sans modification sensible de la striation et des qualités physiques du muscle; le myolemme et la fibre qu'il contient présentent des altérations profondes qui préparent le nid où la trichine va se fixer, grandir et s'enkyster. Ainsi la trichine ne s'arrête pas dans le tissu conjonctif inter-musculaire, elle pénètre à travers le myolemme ramolli, et transformé en une seule gaine cellulaire, jusqu'à la fibre primitive dont elle fait son aliment. On voit d'abord le myolemme se charger de cellules qui s'accumulent sur un point de la fibre et y prennent l'apparence d'un manchon fusiforme; en même temps, la fibre musculaire pâlit et perd sa striation. A ce moment, les altérations biologiques de la fibre emprisonnée se révèlent par les réactifs colorants. Tandis que les fibres restées saines ont gardé leur affinité pour le carmin, les faisceaux malades absorbent de préférence l'acide picrique qui colore également le protoplasma des cellules. Le tout apparaît dans la préparation comme un bloc ovoïde jaunâtre sur le fond rose des fibres intactes. L'acide osmique colore en bleu foncé, et le nid de cellules, et la fibre altérée, tandis que les parties saines du muscle prennent une teinte sépia clair. Cette double réaction micro-chimique indique l'altération profonde de la fibre musculaire qui tend à descendre au rang des substances ternaires. La trichine apparaît alors dans ce milieu préparé pour la recevoir; d'abord mince et allongée, elle grossit et se replie légèrement sur elle-même à l'une de ses extrémités, puis, continuant de grandir, elle s'enroule finalement sur elle-même et désormais reste immobile. Parallèlement, la membrane extérieure du kyste se forme aux dépens de la couche la plus externe des cellules qui infiltre le myolemme. D'abord très mince et fasciculée, elle s'épaissit et devient homogène et transparente. Ses lames profondes se rejoignent peu à peu aux deux pôles du nid de la trichine, s'unissent et ferment le kyste en ce point, achevant ainsi sa séparation d'avec les deux extrémités supérieure et inférieure de la fibre musculaire. Celle-ci, tantôt reste altérée dans une grande longueur, emprisonnée dans une gaine de cellules, et s'atrophie peu à peu. Tantôt elle reprend, à quelques millimètres au-dessus et au-dessous du kyste, sa striation et ses qualités physiologiques. Le myolemme qui l'entoure se continue directement avec la couche la plus extrême de la membrane kystique. Il est intéressant de constater que, dans le voisinage immédiat d'un kyste, les faisceaux musculaires dont la trichine n'a pas besoin restent intacts; ils subissent un refoulement mécanique et se déforment par compression, mais ils gardent leurs stries sans trace de dégénérescence cireuse ou granuleuse. Les phases principales de la trichine sont désormais accomplies, le contenu du kyste, dans lequel la trichine est comme moulée, ne tarde pas à subir l'infiltration calcaire, en même temps que l'enveloppe fibreuse. A ce moment, le kyste prend une couleur blanche qui le rend visible à l'œil nu, à la surface du muscle ou dans sa profondeur.

» L'enkystement est donc une guérison naturelle, car la trichine cessera désormais de provoquer autour d'elle un processus irritatif, les cellules néo-formées du périmysium se résorbent et tout se répare peu à peu. Tous les muscles que nous avons examinés : diaphragme, intercostaux, biceps, jambier antérieur, triceps sural, masséter, etc., contenaient des trichines en grande quantité; mais, conformément au dire des auteurs, elles sont beaucoup plus abondantes dans le diaphragme. Nous n'en avons pas trouvé dans le cœur. L'examen de la moelle, de l'humérus ne nous a rien révélé d'important, non plus que celui des ganglions inguinaux et mésentériques. L'intestin grêle et le gros intestin ne contenaient dans leurs parois aucune trichine, ni même aucune trace d'inflammation. De même, le péritoine pariétal et viscéral est clair, lisse et transparent, aussi bien sur le diaphragme que sur les parois de l'abdomen. Il est en somme impossible, au cours de la septième, huitième semaine après l'infection, de retrouver dans l'intestin trace du passage des trichines dans les nombreuses préparations que nous avons faites. »

M. *Chatin* discute le rapport de M. Brouardel, dont il se refuse à admettre les conclusions. Beaucoup de Français, dit-il, aiment à manger du jambon cru et, comme M. Brouardel reconnaît que, dans les viandes salées, les trichines sont encore vivantes, il s'ensuit qu'on ne saurait admettre la libre importation. De plus, les habitudes culinaires sont très variables, et l'on peut citer de nombreuses épidémies causées à l'étranger par des viandes que l'on croyait suffisamment cuites. Si l'on veut admettre librement les viandes trichinées, il faut dire nettement qu'elles ne doivent jamais être consommées crues; on n'en sera pas toutefois mis à l'abri de la contamination médiate, car les salaisons trichinées se répandant sur tous les points du territoire, les rats et les souris

prélèveront sur ces approvisionnements leur dîme habituelle et pourront ainsi contracter la trichinose ; les porcs, en mangeant les cadavres de ces animaux, se trichinoseront à leur tour, et l'homme pourra ensuite, par l'usage de cette viande de porc, prendre la trichinose. S'il en était ainsi après la libre importation, la responsabilité retomberait tout entière sur l'Académie de médecine, car la trichinose, une fois importée, ne pourrait plus être extirpée de notre pays. Il vaudrait donc mieux repousser les viandes américaines, ou tout au moins ne les admettre qu'après les avoir soumises à des procédés capables de leur enlever toute nocuité.

M. *Brouardel* répond que les observations qu'il a faites à Emersleben, avec M. Grancher, prouvent, au point de vue clinique, que jamais la trichinose n'a été observée en France ; d'autre part, il résulte, des relevés de la douane, que les porcs allemands arrivent en grand nombre dans notre pays. Ils pourraient être ainsi bien plus dangereux que ceux envoyés d'Amérique et il n'y a pas de motifs sérieux pour prohiber l'importation de ceux-ci. Une question seule peut être réservée, celle du degré de cuisson nécessaire pour détruire sûrement les trichines ; les résultats des expériences faites à ce sujet sont discordants, et c'est là le programme de recherches que l'Académie doit confier à l'étude de sa commission.

Traitement des teignes. — M. *Besnier* lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur *Cramoisy* (de Paris), relatif au traitement des teignes. En thérapeutique cutanée, dit-il, si l'on cherche à détruire directement le parasite cutané, ou bien l'on échoue, ou bien l'on s'expose à produire des altérations plus graves que celles dont le parasite seul pourrait être la cause. C'est l'élément organique vivant, aux dépens duquel vit le parasite, qui doit rester l'objectif immédiat de toutes les actions médicamenteuses, et cela sans aucune exception, qu'il s'agisse de dermatomycoses, de la septicémie chirurgicale, du choléra, de la fièvre typhoïde, de la tuberculose, etc. A l'appui de ces considérations, M. Besnier passe rapidement en revue les principales affections parasitaires du tégument, et démontre qu'aucune d'elles ne guérit par l'action parasiticide proprement dite d'un médicament quelconque, mais bien par une destruction des couches cellulaires infiltrées de microphytes. Il faudra donc rechercher des agents pouvant rendre les tissus vivants impropres à la germination des microphytes ou des microbes, sans détruire la vitalité de ces tissus, ce qui arrive à tous les médicaments préconisés actuellement. L'insuffisance des agents dits parasiticides est, du reste, depuis longtemps notoire pour tous les cas où le dermatophyte a atteint les appareils pilaires à développement complet. L'obstacle est tout entier dans l'impossibilité d'avulser tous les poils altérés en raison de leur fragilité, et dans la difficulté de produire à l'intérieur des follicules une irritation desquamative à la fois suffisante pour amener l'élimination des plans cellulaires infiltrés et maintenus pourtant dans les limites nécessaires pour ne pas produire la destruction de l'appareil pilaire tout entier. Ce danger et cette difficulté sont à leur plus haut degré réalisés dans la trichophytie du cuir chevelu et de la barbe ; un agent unique ou un procédé systématique, ne peuvent donc être applicables de la même façon et indistinctement à tous les cas et à tous les sujets.

La méthode de traitement des teignes en général la plus usitée en France, est la méthode de Bazin ; elle repose essentiellement sur l'emploi de l'épilation et subsidiairement sur l'adjonction de lotions de sublimé et de frictions faites à l'aide de la pommade au turbithe. C'est cette méthode que M. Cramoisy désire remplacer. Il supprime l'épilation, et pour atteindre plus sûrement le parasite au fond du follicule pileux, préconise l'acide pyroligneux, auquel il associe l'oxyde rouge de mercure (1/1000) et l'acide salycilique (2/1000). La faible proportion pour laquelle ces deux agents entrent dans la préparation de M. Cramoisy ne permet pas d'y attacher quelque importance ; ce serait donc l'acide pyroligneux ou vinaigre de bois qui serait l'agent véritablement actif de la nouvelle médication.

M. *Besnier* démontre alors que l'acide pyroligneux a été employé de tous temps et dans tous les pays contre les teignes : il indique le *modus faciendi* de M. Cramoisy, et rend compte des résultats qu'il a obtenus à la suite de l'expérimentation de cette méthode dans les trois grandes variétés de teignes. Pour ce qui concerne le *favus* qui, de toutes les teignes, est la plus rebelle, puisque abandonnée à elle-même elle ne guérit jamais comme les deux autres, le topique de M. Cramoisy n'a donné aucun résultat. Malgré les applications réitérées faites par l'auteur lui-même sur plusieurs malades du service de M. Besnier, le *favus* a repullulé sans cesse. Dans le traitement des affections trichophytiques, dont la guérison est la règle constante, l'acide pyroligneux n'est pas inférieur à toute une série d'agents d'irritation éliminatoire, mais il ne possède aucune action parasiticide spéciale ; il laisse le microphyte intact, même au niveau des points irrités le plus vivement. Cette substance a cependant un avantage, celui de ne déterminer ni dermite profonde, ni alopécie cicatricielle ou définitive. Toutefois pour utiliser cet agent dans le traitement de la trichophytie, il faut modifier le procédé de l'auteur : au lieu d'être généralisée à tout le cuir chevelu, ou à de grandes portions de sa surface, l'action doit être limitée aux parties atteintes, sous peine de provoquer des douleurs intolérables. D'autre part, quand elles ne sont pas limitées aux surfaces malades, ces frictions donnent lieu sur les parties saines à des accidents inflammatoires qui peuvent favoriser l'auto-inoculation parasitaire.

M. Besnier termine en indiquant les moyens d'exécution applicables, non seulement à l'emploi de l'acide pyroligneux, mais à la mise en œuvre de toutes les médications actives de la trichophytie.

En résumé :

1° Il n'existe pas d'agent véritablement parasiticide applicable au traitement des affections parasitaires en général, internes ou externes. Dans la cure des teignes en particulier, la guérison ne s'obtient que par l'avulsion mécanique des parasites, ou à l'aide d'une élimination vitale des plans cellulaires qu'ils occupent, effectuée par irritation desquamative ;

2° Les teignes sont soumises aux lois communes de la thérapeutique ; leur traitement est une œuvre complexe qui a ses indications générales et spéciales, et il n'y a pour aucune d'elles de médication absolue, exclusive, ni systématique ;

3° Le procédé de M. Cramoisy n'est pas applicable à la cure générale des teignes dans les conditions qu'il a indiquées ; mais l'acide pyroligneux qui forme la partie active de la préparation qu'il recommande, est un agent efficace et innocent d'irritation éliminatoire ; son emploi peut être recommandé dans le traitement particulier de la trichophytie, sous les réserves de détails que j'ai proposées.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 2 JANVIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Redressement des courbures rachitiques. — Opération d'Estlander. Rapports.

M. *de Saint-Germain* fait une lecture sur le redressement des courbures rachitiques. Il pratique le redressement manuel pendant la période de ramollissement, et maintient le redressement au moyen d'un appareil simple. La limite du redressement manuel n'a d'autre date que sa possibilité ; il n'y a pas de limite d'âge ; la seule limite, c'est l'éburnation.

Quand les manipulations ne suffisent pas, M. de Saint-

Germain fait l'ostéoclasie manuelle ; il détermine ainsi une fracture diaphyso-épiphysaire qui guérit sans cal apparent.

En ce moment, M. de Saint-Germain a des préférences pour l'ostéotomie, parce qu'on peut dans cette opération limiter les dégâts ; il fait l'ostéotomie linéaire ou cunéiforme. Une ostéotomie bien indiquée et bien faite lui paraît être une opération inoffensive.

M. Després. Pour les enfants qui ont un commencement de genu valgum, il faut interdire le port à bras. Les déviations du tibia chez les enfants qui n'ont pas marché existent très exceptionnellement; c'est la conséquence de la marche.

M. *Marc Sée.* Les os sont rachitiques, avant toute déformation, et pour éviter la déformation, il faut empêcher les enfants de marcher.

M. *de Saint-Germain* a vu l'incurvation rachitique se produire avant la marche.

— M. *Lucas-Championnière* a fait il y a dix-huit jours l'opération d'Estlander avec l'aide de M. Bouilly. Il avait relu toutes les observations publiées dans la thèse de M. Mouton et avait pu constater que souvent l'opération n'avait pas été faite assez largement.

Le malade portait sa fistule d'empyème depuis deux ans et un tube à drainage était perdu dans la plèvre. M. Championnière enleva 11, 9, 8, 7, 6 centimètres aux 9ᵉ, 8ᵉ, 7ᵉ, 6ᵉ et 5ᵉ côtes. La poche pouvait contenir 500 grammes de liquide, aujourd'hui il y pénètre encore 75 grammes. Il sera bon de faire le drainage de ces cavités pour compléter l'opération et diminuer la suppuration.

M. *Verneuil.* On attribue la persistance des fistules de l'empyème à l'impossibilité du rapprochement des parois du foyer; mais il ne doit pas en être toujours ainsi. M. Verneuil parle d'un collègue très distingué qui ne compte que des amis au sein de la Société de chirurgie ; la fistule chez lui dure depuis près d'un an; elle a encore 17 centimètres de longueur. Elle n'est pas entretenue par l'impossibilité de la rétraction des parois, puisqu'elle ne contient que 20 à 25 grammes de liquide. Pense-t-on qu'en enlevant une portion de côte on guérirait cette fistule ? Le thorax n'est pas déformé et la course que les côtes pourraient faire n'est pas commencée.

M. *Monod* a fait une opération d'Estlander en octobre dernier. Le malade, âgé de dix-sept ans, avait subi l'opération de l'empyème en mars 1882 ; plusieurs fois on crut à la guérison, mais chaque fois qu'on retirait le tube, il arrivait des accidents. La cavité était vaste. L'opération fut pratiquée avec l'aide de M. Bouilly. On enleva une partie des 7ᵉ, 6ᵉ, 5ᵉ et 4ᵉ côtes. La cavité se réduit rapidement, mais le malade n'est pas encore guéri.

Avant Estlander, M. Letiévant avait émis l'idée qu'on pourrait faire de prime abord cette résection pour guérir l'empyème.

M. *Després.* Chassaignac a dit qu'on pouvait guérir les fistules pleurales par le drainage ; beaucoup de ces fistules guérissent spontanément.

— M. *Polaillon* fait un rapport verbal sur une observation de M. Guerlain (de Boulogne-sur-Mer). Coup de pistolet dans la poitrine ; mort; autopsie.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 5 JANVIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Douleurs sympathiques : MM. Mathias Duval et Fromentel. — Galets dans l'estomac des otaries : M. Hahn. — Action microbicide du cuivre : M. Bochefontaine. — Imprégnation cuprique et choléra : M. Bochefontaine. — Incompatibilités médicamenteuses : M. Rabuteau. — Cerveau des Balénides : M. Beauregard. — Anesthésie par le chloroforme (méthode des mélanges) : M. Paul Bert.

MM. *Mathias Duval* et *Fromentel* ont étudié à nouveau les phénomènes des *douleurs répercutées ou en écho* (Gubler) et en proposent une théorie nouvelle : ils ont cherché exclusivement leur explication dans des rapports anatomiques entre les centres correspondant aux divers territoires de la sensibilité cutanée. M. Fromentel, dans sa thèse sur ce sujet (Nancy, 1883), développe une hypothèse que lui avait suggérée M. Duval ; il pense que dans tous les cas observés il s'agit, sans doute, d'excitations propagées d'un centre cérébral à un centre voisin, lequel, en vertu de l'extériorisation des sensations, rapporte aux parties périphériques avec lesquelles il est normalement en rapport, tous les ébranlements dont il est le siège.

— M. *Hahn*, médecin de la Romanche, adresse une note sur la présence des galets dans l'estomac de plusieurs otaries trouvées échouées dans la baie Lort, au sud de l'île Hoste ; il suppose que l'otarie avale des galets pour se lester à la mer et les rend en arrivant à terre.

— M. *Bochefontaine* présente un travail sur l'action microbicide du sulfate de cuivre ; il y établit que les spores des mucédinées et les vibrioniens de la putréfaction peuvent se développer dans des solutions de sulfate de cuivre et que la proportion de sel de cuivre nécessaire pour arrêter le développement des vibrioniens est au moins quatre fois plus forte que celle qui tue les cobayes. L'auteur fait suivre sa communication de la discussion de plusieurs assertions de M. Burq (voy. le *Compte rendu officiel*, G. Masson).

— M. *Bochefontaine* communique à la Société des documents détaillés relatifs aux rapports de l'imprégnation cuprique et du choléra, de la fièvre typhoïde, etc. ; ces renseignements lui sont fournis par M. Ygouf et ont été recueillis à Villedieu, petite ville où les habitants sont en quelque sorte saturés de cuivre. Or les faits ne sont pas confirmatifs de l'opinion défendue par M. Burq au sujet de l'immunité conférée par le cuivre.

— M. *Rabuteau*, étudiant l'incompatibilité de certains médicaments, insiste sur les inconvénients de l'administration simultanée de l'iodure de potassium et du sulfate de quinine. Les accidents digestifs et nerveux qu'on observe souvent en pareil cas résultent de la mise en liberté de l'iode sous l'influence des acides de l'estomac qui décomposent le sulfate de quinine, sel oxygéné, et déterminent la formation d'un iodate, combinaison instable.

— M. *Pouchet* présente un mémoire de M. Beauregard sur le cerveau des baleines en mentionnant seulement ce point qu'on y trouvera rectifiées quelques assertions erronées de Broca sur l'anatomie du cerveau des Balénides.

— M. *P. Bert* complète, en les appuyant sur un ensemble de 15 faits, les conclusions favorables qu'il avait déjà présentées au sujet de l'anesthésie chez l'homme au moyen du chloroforme mélangé à une proportion d'air déterminée. Les opérations pratiquées avec la méthode des mélanges par M. Péan ont montré l'innocuité de ce mode d'administration du chloroforme et la persistance d'un sommeil tranquille avec de petites quantités d'anesthésique. Contrairement au chien, l'homme ne subit qu'un abaissement de température insignifiant. Pour rendre plus pratique le procédé, M. Bert

propose de substituer aux gazomètres doubles un flacon barbotteur, dans lequel on introduirait un certain nombre de grammes de chloroforme au-dessus d'une couche d'huile; l'air inspiré traverserait l'huile et entraînerait la vapeur chloroformique.

REVUE DES JOURNAUX

La caféine au point de vue de la chaleur animale, par Bevan Levis.

L'injection de caféine était pratiquée dans l'estomac d'un lapin. A doses modérées on constatait l'abaissement de la température générale du corps et à doses plus élevées, son élévation. A doses très fortes, cette thermogénèse s'accompagnait d'une vive excitation nerveuse caractérisée par l'augmentation de l'irritabilité et de la motilité. Toutefois au début, on observait encore un abaissement thermique, bientôt suivi d'une rapide ascension de la colonne thermométrique. (*The Journal of mental science*, juillet 1883.)

Sur un murmure sonore du cœur, par Herman Fittinger.

Ce murmure est caractérisé par sa sonorité; par sa fixité, il s'entend à tous les temps; par sa tonalité, il est le résultat de deux bruits et s'accompagne d'un frémissement. On ne le rencontre que dans les cas de rupture des valvules ou des cordages tendineux. Le premier murmure est causé par l'insuffisance valvulaire; le second bruit par le choc des débris des valvules et des cordes tendineuses, dans le retour du sang. Un murmure diastolique serait le signe de rupture des valvules semi-lunaires, tandis qu'un bruit systolique indiquerait une lésion mitrale. (*Centralbl. für klin. Med.*, 9 juin 1883, et *The N.-Y. med. Record*, 18 août 1883.)

Rapport entre la syphilis et l'ataxie locomotrice, par Birdsall.

En totalisant les cas signalés dans les auteurs, on trouve que 225 fois dans 325 observations l'ataxie locomotrice était survenue sur des syphilitiques. La proportion était donc de 43 pour 100. Dans les statistiques recueillies par l'auteur, la syphilis a été notée dans 4 cas sur 42. Cette conclusion est loin de confirmer l'opinion de Erb et de M. Fournier sur l'origine syphilitique de l'ataxie locomotrice. (*American neurological Assoc.*, 21 juin 1883, et *N.-Y. med. Journal*, p. 723, 30 juin 1883.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

Traité élémentaire d'hygiène militaire, par M. Rossignol (de Gaillac), médecin-major en retraite. — Paris, chez Coccoz, 1884.

Cet ouvrage, dont on publie une seconde édition, est, comme le dit l'auteur dans sa préface, un *Traité d'hygiène générale* dans lequel on a voulu insister sur les points qui intéressent plus spécialement l'armée.

Les grandes agglomérations que nécessite l'organisation moderne de la guerre établissent, au point de vue de l'hygiène, une situation en quelque sorte anormale avec des conditions particulières de milieu et de réceptivité morbide pour lesquelles des règles spéciales sont utiles à poser.

Dans un *Traité d'hygiène militaire*, on est en droit de rechercher des renseignements utiles sur les casernes, les hôpitaux, l'alimentation des armées suivant le pays, le vêtement, le mode de chargement des hommes. La réunion dans un même lieu de jeunes gens présentant les mêmes aptitudes morbides, crée à l'armée une impressionnabilité telle pour les influences épidémiques, que, suivant l'heureuse expression de Léon Colin, elle est par cela même un excellent réactif de l'état sanitaire d'un pays. Par le fait de la vie militaire, le soldat est en outre soumis à des influences modificatrices constantes, telles que changements de climat, exercices physiques continus, et à certains accidents spéciaux : action du froid et de la chaleur, effet des ascensions... Voilà tout autant de sujets bien dignes des méditations d'un hygiéniste militaire.

Le cadre de M. Rossignol était fait! Comment a-t-il été rempli?

Les matières à traiter sont divisées en : 1° sujet de l'hygiène, comprenant les âges, la constitution, les tempéraments, les habitudes, l'imminence morbide, la convalescence et les professions; 2° matière de l'hygiène, comprenant six classes : circumfusa, ingesta, excreta, applicata, percepta, gesta.

Nous ne le suivrons pas chapitre par chapitre. Entraîné par le sujet, il donne d'assez longs détails sur la vie du soldat, les règlements militaires, l'organisation du service de santé et la hiérarchie, toutes choses intéressantes, quoique un peu en dehors de la question. Il décrit avec quelque détail un certain nombre de maladies épidémiques qu'il a eu l'occasion d'observer. Peut-être s'y étend-il un peu trop. Il y aurait même quelques réserves à faire au sujet de ses classifications et de sa thérapeutique. J'espère que beaucoup de médecins n'accepteront pas son mode de traitement des chancres syphilitiques et autres par de simples lotions mercurielles à l'exclusion d'une médication interne. Si avec cette pratique il n'a pas vu survenir les accidents secondaires, nous supposerons qu'il a plus souvent eu l'occasion de traiter la chancrelle que le vrai chancre infectant.

Dans le chapitre, un peu écourté, relatif au casernement, nous aurions voulu plus de détails sur les divers modes de ventilation. Nous y avons vainement cherché à nous renseigner sur l'installation des latrines; quel est le système préféré par l'auteur? Veut-il la fosse mobile, la fosse fixe? est-il partisan du tout à l'égout? Il ne le dit pas suffisamment.

Une place importante est réservée à l'étude des miasmes, des virus, des venins. Nous y aurions désiré plus de précision et un résumé plus complet des derniers travaux.

Le *quid divinum* des épidémies commence à être entrevu; M. Pasteur le cultive. Quels que soient l'avenir et les conséquences futures de la doctrine des microbes, il y a dans cet ordre de recherches des faits acquis sur lesquels on aurait pu attirer un peu plus l'attention de l'hygiéniste.

Les accidents produits par l'élévation de la température intéressent particulièrement l'hygiéniste militaire. On aurait aimé à trouver résumées les études récentes sur la physiologie et la pathogénie des insolations et des coups de chaleur.

L'auteur cite Paul Bert à propos du mal des montagnes; mais pourquoi ne pas entrer dans quelques détails sur la pathogénie des accidents : action de l'air comprimé, effets de la décompression brusque, puissance toxique de l'oxygène sous pression?

Il est longuement question de gymnastique. Nous trouvons dans ce livre la description des divers exercices employés dans l'armée. C'est presque un petit traité à l'usage des moniteurs de cet art. Nous aurions voulu, en outre, quelques conclusions sur les effets de ces exercices; les recherches récentes de M. Marey à l'Ecole normale de gymnastique, située à Joinville, auraient guidé l'auteur et dicté une partie de ses conclusions.

L'ouvrage se termine par la nomenclature des maladies qui rendent impropre au service militaire, et de celles qui peuvent faire placer le jeune soldat dans le service auxiliaire. Il renferme, on le voit, bien des choses utiles et méritait, à ce point de vue, d'être signalé.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE. Médaille offerte à M. *Charcot*. — La Société, réunie en séance le 11 décembre dernier, a offert à M. Charcot la médaille qu'elle lui avait votée au mois de janvier, en l'honneur des services par lui rendus à la science. C'est M. le professeur Cornil qui a été l'interprète des sentiments de la Société. M. Charcot a répondu en faisant ressortir les mérites de la Société elle-même, l'influence qu'elle a exercée sur les progrès de la médecine moderne, et qui lui rendent particulièrement précieux l'honneur qu'elle lui fait aujourd'hui.

LOGEMENTS LOUÉS EN GARNI. — M. le préfet de police vient de rendre une ordonnance relative aux *garnis*. Elle ne contient pas moins de 28 articles, que nous ne pouvons reproduire. Voici seulement les principaux, ceux qui concernent la salubrité publique :

§ 3. *Mesures de salubrité*. — ART. 11. — Le nombre des locataires qui pourront être reçus dans chaque chambre sera proportionnel au volume d'air qu'elle contiendra. Ce volume ne sera jamais inférieur à 14 mètres cubes par personne. La hauteur sous plafond ne devra pas être inférieure à 2^m,50.

ART. 12. — Le sol des chambres sera imperméable et disposé de façon à permettre de fréquents lavages, à moins qu'il ne soit planchéié et frotté à la cire ou peint au siccatif. Les murs, les cloisons et les plafonds seront enduits en plâtre; ils seront maintenus en état de propreté, et, de préférence, peints à l'huile ou badigeonnés à la chaux. — Les peintures seront lessivées ou renouvelées au besoin tous les ans. — On ne pourra garnir de papier que les chambres à un ou deux lits, et ces papiers seront remplacés toutes les fois que cela sera jugé nécessaire.

ART. 13. — Les chambres devront être convenablement ventilées. — Les chambrées, c'est-à-dire les chambres qui contiennent plus de quatre locataires, devront être pourvues d'une cheminée ou de tout autre moyen d'aération permanente.

ART. 15. — Il est interdit de louer en garni des chambres qui ne seraient pas éclairées directement ou qui ne prendraient pas air et jour sur un vestibule ou sur un corridor éclairé lui-même directement. — Les chambrées et les chambres qui contiendraient plus de deux personnes devront toujours être éclairées directement.

ART. 16. — Il est interdit de louer des caves en garni. Les sous-sols ne pourront être loués en garni qu'en vertu d'organisations spéciales.

ART. 18. — Il n'y aura pas moins d'un cabinet d'aisances pour chaque fraction de vingt habitants.

ART. 19. — Ces cabinets, peints au blanc de zinc et tenus dans un état constant de propreté, seront suffisamment aérés et éclairés directement. — Un réservoir ou une conduite d'eau en assurera le nettoyage. — A défaut de réservoir ou de conduite d'eau, une désinfection journalière sera opérée au moyen d'une solution dont quelques litres seront toujours laissés dans les cabinets. — Les cabinets devront être munis d'appareils à fermeture automatique. Si l'administration le juge nécessaire, un siphon obturateur sera établi au-dessous de cette fermeture. — Le sol sera imperméable et disposé en cuvette inclinée, de manière à ramener les liquides vers le tuyau de chute et au-dessus de l'appareil automatique. — Les urinoirs, s'il en existe, seront construits en matériaux imperméables. Ils seront à effet d'eau.

ART. 20. — Les corridors, les paliers, les escaliers et les cabinets d'aisances devront être fréquemment lavés, à moins qu'ils ne soient frottés à la cire ou peints au siccatif, ainsi que cela a été prescrit pour les chambres (art. 12). — Les peintures seront de ton clair.

ART. 21. — Les plombs seront munis d'une fermeture hermétique, lavés et désinfectés souvent. — Les gargouilles, caniveaux et tuyaux d'eaux pluviales et ménagères seront entretenus avec le même soin.

ART. 22. — Chaque maison louée en garni sera pourvue d'une quantité d'eau suffisante pour assurer la propreté et la salubrité de l'immeuble et pour subvenir aux besoins des locataires.

ART. 24. — Toutes les fois qu'un cas de maladie contagieuse ou épidémique se sera manifesté dans un garni, la personne qui tiendra ce garni devra en faire immédiatement la déclaration au commissariat de police de son quartier ou de sa circonscription, lequel nous transmettra cette déclaration. — Un médecin délégué de l'Administration ira constater la nature de la maladie et provoquer les mesures propres à prévenir la propagation. — Le logeur sera tenu de déférer aux injonctions qui lui seront adressées à la suite de cette visite.

EXAMENS D'OFFICIERS DE SANTÉ. — Un arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 31 décembre 1883 décide ce qui suit : Les professeurs des Facultés de médecine, des Facultés mixtes de médecine et des Ecoles supérieures de pharmacie désignés pour présider les examens d'officiers de santé et de pharmaciens, de sages-femmes et d'herboristes de 2e classe dans les Ecoles de plein exercice et dans les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, se rendront aux époques déterminées pour les sessions dans chacune desdites Ecoles, quel que soit le nombre de candidats inscrits pour les examens. Les directeurs des Ecoles de plein exercice et des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie ne peuvent en aucun cas présider ces examens.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Par décision ministérielle, en date du 20 décembre 1883, ont été nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Devé, médecin du collège de Beauvais; Peisson, médecin attaché à l'infirmerie du lycée Henri IV; Tonnelier, médecin du collège d'Auxerre; Dagrève, médecin du lycée de Tournon; Caviole, médecin du lycée de Cahors; Collardot, médecin du lycée d'Alger; Delacroix, médecin des écoles normales de Châlons.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 décembre 1883, la décoration du Mérite agricole a été conférée à MM. Pasteur, membre de l'Institut, et Max. Cornu, inspecteur général de la sériciculture et des maladies parasitaires.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (Séance du vendredi 11 janvier). — *Ordre du jour :* M. Dieulafoy : Sur la transfusion du sang dans la maladie de Bright. — M. Debove : Sur la pneumonie chronique.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS. — Bureau pour l'année 1884 : *président*, M. Hamy; *premier vice-président*, M. Dureau; *deuxième vice-président*, M. Letourneau; *secrétaire général*, M. Topinard; *secrétaire général adjoint*, M. Girard de Rialle; *secrétaires annuels*, MM. Prat, Issaurat; *conservateur des collections*, M. Collineau; *archiviste*, M. Vinson; *trésorier*, M. Leguay; *commission de publication*, MM. de Quatrefages, Mathias Duval, Thulié.

MORTALITÉ A PARIS (1re semaine, du vendredi 28 décembre 1883 au jeudi 3 janvier 1884). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 1017, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 29. — Variole, 2. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 56. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 59.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 197. — Autres tuberculoses, 5. — Autres affections générales, 56. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 51. — Bronchite aiguë, 36. — Pneumonie, 79. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 26; au sein et mixte, 24; inconnu, 5. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 106; de l'appareil circulatoire, 69; de l'appareil respiratoire, 80; de l'appareil digestif, 43; de l'appareil génito-urinaire, 13; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 6. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 1; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 30. — Causes non classées, 8.

Conclusions de la 1re semaine. — Le service de la statistique municipale a reçu notification de 1017 décès pendant la semaine actuelle, au lieu de 1057 pendant la semaine précédente (et 1064, 1065 pendant les semaines antérieures).

Rougeole (13 décès); fièvre typhoïde (29); variole (2); coqueluche (7); dysentérie (1); affections puerpérales (2); érysipèle (7); scarlatine (4); diphthérie (56); bronchite aiguë (36); pneumonie (79); athrepsie des jeunes enfants (55).

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) et divers documents intéressant le public médical.

Nous avons cru devoir publier intégralement dans ce numéro un mémoire important de M. le docteur Dieulafoy, qui trouvera place également dans le premier numéro du *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*. A mesure que la combinaison indiquée en tête de la couverture augmentera le nombre des lecteurs abonnés à la fois aux deux publications, nous pourrons réduire, en nombre et en étendue, nos emprunts *textuels* aux comptes rendus officiels de la Société; mais nous aurons toujours soin de mettre à profit les mémoires originaux (qui doivent, comme nous l'avons annoncé, nous être remis par la Société), en en donnant soit des extraits plus ou moins longs, soit une analyse dont l'aide des manuscrits assurera mieux l'exactitude. Nous agirons, en un mot, de telle manière que MM. les abonnés à la *Gazette hebdomadaire* soient mieux instruits que par le passé des travaux de la Société des hôpitaux, sans faire double emploi avec le contenu du *Bulletin*. Dans celui-ci d'ailleurs on trouvera un certain nombre de documents non susceptibles de figurer *in extenso* dans la *Gazette*, et de plus, un compte rendu détaillé des discussions.

Paris, 17 janvier 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LA TRICHINOSE. — LES BACILLES DE LA TUBERCULOSE. — LA PHYSIOLOGIE DE LA LOCOMOTION. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BERLIN : LES BRUITS DE LA DÉGLUTITION. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : La trichinose. — Les bacilles de la tuberculose. — La physiologie de la locomotion.

La séance s'est ouverte par une courte note de M. Chatin sur un incident de la discussion qu'il soutient contre M. Brouardel. Celui-ci a répondu en peu de mots, et l'incident a été promptement vidé. Quelques membres s'attendaient alors à voir M. Colin (d'Alfort) monter à la tribune. M. Colin, en effet, en acceptant, dans la séance du 8 janvier, de faire partie de la commission de la trichinose, avait demandé à communiquer à l'Académie les résultats d'expériences personnelles qu'il a faites récemment, et dont il désirait conserver le bénéfice au lieu de les enfouir dans le travail de la commission. Aujourd'hui donc il a réclamé la parole à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance; mais il lui a été répondu que M. G. Sée l'avait demandée à l'occasion du procès-verbal de l'*avant-dernière* séance. Ce serait un procédé d'une régularité douteuse que celui qui permettrait de modifier l'ordre du jour et de s'assurer un tour de faveur en rattachant sa demande à un procès-verbal d'antan, fût-ce l'avant-dernier. Aussi, dans notre confiance en l'impartialité de M. le président, voulons-nous croire que M. G. Sée était inscrit dès le 8 janvier, pour revenir sur la discussion de la séance précédente, et en a été empêché par les circonstances. Toujours est-il que M. Colin, prêt à parler sur les trichines, a été ramené par M. G. Sée aux bacilles de la tuberculose. Le résultat de cette escarmouche n'a pas été considérable. M. Sée affirme que M. Colin, ignorant, de son propre aveu, le procédé de coloration qui seul peut mettre les bacilles en évidence, ne connaît pas ce dont on parle; et M. Colin, admettant, en effet, qu'il n'est pas de son métier « coloriste en bacilles », déclare raisonner sur les bacilles qu'on lui montre, et que c'est tout comme s'il les découvrait lui-même.

Ce qui a été plus instructif sur cette grave question, c'est un discours du savant modeste qui a fourni, on peut le dire, la matière de toutes les discussions dont la tuberculose a été le sujet depuis une douzaine d'années. M. Willemin est enfin sorti de sa réserve, et, avec autant de modération que de distinction dans le langage, a montré tout le chemin fait par le principe de l'unité et de la contagiosité de la phthisie depuis ses premières expériences jusqu'à celles dont la science a retenti dans ces derniers temps. Ce discours, qu'il faudra lire au *Bulletin*, a été accueilli par des applaudissements.

Une grande partie de la séance a été remplie par une autre communication non moins importante en son genre, et qui est une réponse de M. Giraud-Teulon à M. Marey sur la *physiologie de la locomotion*. Nous publierons dans le prochain numéro une lettre que notre distingué confrère a bien voulu nous adresser sur le même sujet, en réponse aux

articles de M. le docteur Gariel, auquel il appartient d'émettre, dans ce journal, une opinion arrêtée sur un point si délicat de mécanique animale.

Société de médecine de Berlin : Les bruits de la déglutition.

Le monde scientifique allemand paraît avoir été fort impressionné par la publication d'une série de travaux de MM. Kronecker et Meltzer, sur le mécanisme de la déglutition (*Der Schluckmechanismus, seine Erregung und seine Hemmung. — Archiv. für Anatomie und Physiologie. Supplément*, 1883.) — La *Société médicale de Berlin* a consacré à ce sujet une discussion intéressante dont nous résumons les points principaux.

Le docteur Ewald lit un mémoire sur *les bruits de déglutition*, dans lequel il discute le travail des deux physiologistes allemands. Il rappelle que, suivant eux, l'acte de la déglutition se décompose en deux temps fort distincts.

Dans un premier temps, sous l'action combinée des muscles de la base de la langue et supérieurs du pharynx, du mylo-hyoïdien, etc., le bol alimentaire est littéralement projeté à travers l'œsophage jusque sur le cardia, en moins de 1/10e de seconde.

Puis, au bout d'un temps appréciable, commence le second temps, occupé par les contractions péristaltiques de l'œsophage : les débris alimentaires sont peu à peu détachés des parois du tube digestif et exprimés de l'œsophage dans la cavité stomacale à travers le cardia. Cette théorie n'est pas absolument neuve : la suite l'est davantage.

Si, appliquant l'oreille au niveau de l'estomac, dans l'hypochondre gauche, la ligne parasternale, ou bien la région xyphoïdienne, on ausculte attentivement ce qui se passe dans l'œsophage, on perçoit *deux bruits* qui coïncident exactement avec la fin des deux temps décrits ci-dessus. Le premier bruit, *Durchspritzgeräusch*, rappelle le bruit de l'eau qui tombe dans une bouteille et correspond à la projection du liquide dans le vide œsophagien ; le second, *Durchpressgeräusch*, ressemble à un glou-glou à grosses bulles et possède un timbre moins éclatant. Il serait produit par le liquide violemment pressé par le segment inférieur de l'œsophage à travers le cardia.

Ces bruits diffèrent de ceux que l'on peut entendre en auscultant l'œsophage le long de la colonne vertébrale, bruits qui ont été étudiés par Wunderlich, par Hamburger, etc., et qui sont signalés dans les classiques français. Ils ont été décrits pour la première fois par Meltzer (*Centralblatt für die med. Wissenschaft*, 1883, n° 1).

Dans son travail, Meltzer faisait remarquer que le premier bruit est beaucoup moins constant que le second, qu'il était plus marqué chez les personnes qui vomissaient facilement pendant la toux, et qu'il constituait un symptôme de la faiblesse, ou même de l'*insuffisance du cardia*. Dans douze cas de syphilis constitutionnelle, le premier bruit était très remarquable et l'on pouvait supposer que le cardia était altéré sous l'influence de la syphilis.

Le second bruit indiquerait simplement que le cardia est normalement clos, conclusion qui peut avoir son importance pour le diagnostic.

Ewald, qui n'est pas partisan de la doctrine de Meltzer pour ce qui concerne le second bruit, fait observer que ce bruit est loin d'être perçu constamment six à sept secondes après le premier, et qu'il peut se produire bien avant ou après. On peut alléguer, il est vrai, qu'il est facilement confondu avec les bruits multiples qui se produisent dans l'estomac, mais il suffit d'un peu d'habitude pour éviter cette cause d'erreur. — Le second bruit serait tout simplement le résultat des contractions péristaltiques de l'estomac, et non d'une ouverture tardive du cardia qui semble en contradiction avec les faits admis en physiologie.

Il semble que nos voisins aient été très préoccupés d'utiliser immédiatement ces données. Nous apprenons en effet qu'un certain nombre d'entre eux ont pratiqué avec persistance cette auscultation d'un nouveau genre, dans le but de découvrir quelque particularité qui puisse éclairer le diagnostic si obscur des maladies de l'estomac ou de l'œsophage.

Ewald a examiné plus de 500 personnes atteintes de maladies de toute espèce. Il confirme en thèse générale les résultats de Meltzer : toutefois il a constaté que les bruits sont beaucoup plus variables qu'il n'a été dit, chez les personnes bien portantes comme chez les malades. Il ne croit pas qu'ils puissent servir au diagnostic.

Fraenkel explique que pour bien observer ces phénomènes, il est important que les mouvements de déglutition soient isolés. Il emploie le stéthoscope américain, et place le doigt sur le corps thyroïde pour être certain du moment. Il combat les idées émises par Ewald au sujet de l'explication physiologique du second bruit. Il admet entièrement les idées de Meltzer et a constaté comme lui, que dans les cas de syphilis constitutionnelle, le premier bruit est très renforcé. Dans les cas de *paralysie* de l'œsophage le second bruit manque constamment.

M. Lublinski a examiné au même point de vue un très grand nombre de malades. Dans 40 pour 100 des cas, il n'a pas constaté le premier bruit, lorsqu'il auscultait l'estomac ou le segment inférieur de l'œsophage. Ce premier bruit est d'ailleurs identique à celui que l'on constate à gauche de la colonne vertébrale, et que l'on utilise depuis longtemps pour le diagnostic.

Pour le second, Lublinski admet le mécanisme indiqué par Meltzer, attendu qu'il en a constaté l'absence dans un cas de rétrécissement de la portion inférieure de l'œsophage. Mais il paraît impossible de tirer de l'absence de l'un ou de l'autre de ces bruits une déduction quelconque, attendu que dans les lésions bien évidentes de l'estomac ou de l'œsophage, ils peuvent être parfaitement distincts ou manquer absolument.

Lublinski a examiné plus de 60 syphilitiques et a souvent constaté les deux bruits. Souvent aussi le premier fait défaut, *comme chez des personnes bien portantes*. — Même pour les maladies de l'œsophage, cette nouvelle méthode promet peu de résultats, et l'on sera toujours obligé de revenir à la sonde et aux autres moyens de diagnostic différentiel. Ce serait une grosse erreur que de croire avec Hamburger que l'auscultation permettra désormais de reconnaître avec certitude toutes les lésions de cet organe.

Eulenburg a observé les phénomènes de la déglutition chez un certain nombre de malades atteints d'affections nerveuses.

Dans un cas de paralysie bulbaire progressive, il a trouvé que le premier bruit affaibli manquait fréquemment, tandis que le second était renforcé d'une façon évidente et son temps manifestement ralenti, après le mouvement de déglutition (9 à 20 secondes).

Dans des cas de diphthérie et de paralysie amyotrophique, les bruits ont été trouvés normaux.

D'après ces diverses communications, on peut conclure avec bon droit que les faits publiés sont d'un très grand intérêt scientifique, mais que l'auscultation des bruits de l'œsophage reste ce qu'elle était auparavant, une méthode incertaine et plus curieuse qu'utile. Des travaux anciens avaient déjà fait connaître des faits du même genre (tels que la déglutition sonore des paralysies de l'œsophage), et la clinique n'avait pu les utiliser.

Il n'en reste pas moins probable que ces phénomènes d'auscultation, correspondant à des manifestations déterminées de l'action musculaire, peuvent indiquer par leur absence ou par leur modification, des variations de ces manifestations et par conséquent des lésions de l'organe. Les recherches sur ce point paraissent donc parfaitement indiquées.

C. Zuber.

Contributions pharmaceutiques.

LES MÉDICAMENTS VÉTÉRINAIRES AU CODEX

La pharmacie vétérinaire n'a jamais été soumise à aucune réglementation; aussi est-elle absolument livrée à la fantaisie des préparateurs. Les substances les plus défectueuses, rejetées de l'usage médical, sont généralement trouvées suffisantes pour les animaux.

Il n'existe aucune uniformité dans les médicaments destinés à l'art vétérinaire, et leur action varie selon leur provenance.

C'est pour remédier enfin à ce fâcheux état de choses que M. le ministre du commerce, inspiré par les réclamations d'un grand nombre de Sociétés de pharmacie, a demandé à la Commission officielle chargée de la rédaction du nouveau Codex, l'adjonction à ce recueil d'un formulaire de pharmacie vétérinaire.

La Commission, comprenant l'utilité de ce travail, s'est rendue immédiatement au désir du ministre et a convoqué à une de ses séances M. Trasbot, professeur à l'École d'Alfort, afin de s'éclairer sur le choix des préparations à étudier et à inscrire.

Le nouveau Codex, qui va être promulgué dans quelques jours, contiendra donc, pour la première fois, ce formulaire légal dont l'heureuse influence ne tardera pas à se faire sentir.

La Commission, malgré sa répugnance contre cette manière d'agir, s'est vue forcée de laisser à bon nombre de préparations le nom de leurs auteurs; ce moyen était, pour le moment, le seul qui fût à sa disposition pour éviter la confusion.

Exemple : bain Tessier ou Trasbot; charge ou topique de Lebas; liqueur de Villate, etc. Ces médicaments ne sont connus que sous ces noms, et l'on ne s'entendrait plus si on en modifiait le titre.

On s'est borné aux formules les plus usuelles : *Breuvages, Bains, Charges, Électuaires, Élixirs, Huiles, Liniments, Liqueurs, Lotions, Eaux, Onguents, Pâtes caustiques, Bols, Pommades, Poudres, Teintures, Solutions et Vins*.

M. Trasbot s'est opposé à l'insertion d'une formule de *Feux*, prétextant que ce mot était impropre et même fallacieux appliqué à des espèces de liniments débités par les pharmaciens, et dont l'effet le plus certain était d'éviter de recourir au vétérinaire. Ces liniments ne devraient porter que le nom de *résolutifs*.

Pour nous, ce formulaire vétérinaire constitue un véritable progrès, et avec le temps grandira en importance. Les vétérinaires et les pharmaciens soucieux de leur art lui feront certainement un excellent accueil.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

De la fièvre traumatique et des fièvres épitraumatiques; de leur diagnostic au lit du malade (1), par M. le professeur Verneuil.

(Fin. — Voy. les nos 1 et 2.)

A l'appui de la proposition IV, destinée à mettre en lumière la pluralité des fièvres qui peuvent succéder à une affection traumatique et la récidive possible d'une même forme, nous citerons l'observation suivante :

Obs. — Une femme de quarante-neuf ans, jouissant d'une santé satisfaisante et atteinte seulement d'eczéma chronique, est opérée le 23 octobre d'une tumeur du sein avec engorgement ganglionnaire (1). J'enlève comme de coutume en pareil cas toute la mamelle avec la peau qui la recouvre et l'aponévrose du grand pectoral, puis j'extirpe tous les ganglions axillaires engorgés en suivant le faisceau vasculo-nerveux presque jusqu'à la clavicule.

Comme d'habitude aussi, je lave la plaie avec la solution phéniquée forte et j'applique le pansement antiseptique ouvert.

En enlevant les ganglions axillaires je procède toujours par énucléation, déchirure du tissu conjonctif et application de fortes et nombreuses ligatures en masse jetées sur les vaisseaux avant de les couper, je reproduis donc exactement les conditions des plaies contuses avec corps étrangers (représentés ici par le faisceau des fils) et je m'attends à avoir, malgré l'antisepsie, une fièvre précoce. Voici en effet quel fut le tracé des trois premiers jours :

Opération le 23, matin.		Soir, 38°,4
Le 24,	— 39°,5	— 39°,9
Le 25,	— 38°	— 38°,8

Je n'en fus pas plus alarmé que surpris, car l'élévation de température ne s'accompagnait d'aucun symptôme général fâcheux, et sans l'emploi du thermomètre la fièvre aurait facilement passé inaperçue.

En revanche, je m'attendais à l'apyrexie à partir du quatrième ou du cinquième jour au plus tard; aussi m'étonnai-je de la marche que prit le tracé.

26	Matin, 38°	Soir, 38°,6
27	— 38°	— 37°,8
28	— 38°,6	— 38°
29	— 38°,6	— 39°
30	— 38°	— 39°

Bien que l'état général continuât à être excellent et que la détersion de la plaie se fît de la manière la plus normale, il n'y en avait pas moins un second mouvement fébrile assez prononcé et méritant considération. Aussi en cherchâmes-nous la cause avec persévérance.

Cette cause fut découverte par mon interne, M. Ozenne, qui tous les matins faisait le pansement lui-même et avec le plus grand soin.

La plaie présentait en arrière, près du bord postérieur de la

(1) L'observation de cette femme, prise à un point de vue tout autre que celui que nous traitons ici, a été publiée *in extenso* dans la *Semaine médicale* du jeudi 27 décembre.

cavité axillaire, un sinus de 4 centimètres environ de profondeur, largement ouvert en avant, mais qui en raison de sa position déclive était habituellement rempli par un mélange de pus et d'eau phéniquée provenant des pansements et de la pulvérisation dont on faisait deux ou trois séances par jour.

Nous avions remarqué, sans y attacher beaucoup d'importance, que le matin le pus avait une odeur assez fétide, que le pansement faisait disparaître, ce qui, soit dit en passant, expliquait pourquoi à deux reprises, le 27 et le 28, la température du soir avait été plus basse que celle du matin.

Or, le 1er décembre au matin, le thermomètre marquait 38 degrés comme de coutume. M. Ozenne s'avisa, pour débarrasser complètement le sinus en question du pus qu'il contenait, d'y pousser une injection d'eau phéniquée tiède. L'évacuation du liquide permit alors de voir au fond de la plaie un corps noirâtre imprégné de pus très fétide, qui n'était autre qu'une petite plaque d'amadou de 2 centimètres de long sur 15 millimètres de large qui, placée le surlendemain de l'opération sur un point saignant de la plaie, avait glissé sans doute et en tout cas était restée depuis inaperçue.

La présence du corps étranger chargé de matières septiques était si bien cause de la fièvre prolongée, que son ablation amena sur-le-champ l'abaissement de la température.

Voici dès lors ce que devint le tracé :

1er décembre.	Matin,	38°	Soir,	36°,9
2 —	—	37°	—	37°,2
3 —	—	36°,9	—	38°

Mais cette apyrexie ne fut pas de longue durée. Un nouveau mouvement fébrile, continu, s'établit, régulier, bénin, il est vrai, sans retentissement appréciable ni sur l'état local, ni sur le fonctionnement des grands organes, mais néanmoins ne permettant pas encore de croire au retour de l'état normal.

Cette période dura cinq jours. En voici le tracé :

4 décembre.	Matin,	37°	Soir,	38°,2
5 —	—	37°	—	38°
6 —	—	37°	—	38°,2
7 —	—	37°,2	—	38°,2
8 —	—	37°	—	38°
9 —	—	37°,6	—	37°,2
10 —	—	37°,4	—	37°,8

Dès le 5, l'examen attentif de la plaie nous avait fait soupçonner la cause de cette légère fébricule vespérale. Sous le bord du grand pectoral mis à nu par la dissection, vers la partie moyenne de ce bord, on remarquait une légère tuméfaction et un peu de douleur au toucher; c'était un petit abcès situé à 2 ou 3 centimètres de profondeur et qui s'ouvrit le 9 au matin. Il renfermait à peine quelques grammes de pus et se ferma spontanément en deux jours.

Alors que ce petit incident semblait vidé, le thermomètre monta de nouveau très brusquement.

Il était le 11 au matin à 38 degrés, le soir à 40 degrés.

Comme précédemment, l'ascension seule indiquait l'invasion fébrile, car l'état général restait satisfaisant.

Le 12 nous eûmes	38°	le matin,	39°,4	le soir.
Le 13 —	37°,6	—	39°,2	—

Le 14, nous eûmes l'explication du fait. Il s'agissait d'une petite collection sous-cutanée, tangente à la plaie, et située à 4 centimètres de son bord inférieur. J'en reconnus l'existence à une petite tache rosée de la peau ; ayant appliqué là le bout du doigt, je provoquai une légère douleur et fis apparaître au milieu de la surface granuleuse quelques gouttes d'un pus crémeux bien lié.

A partir de cette époque, la température descendit assez régulièrement et la cicatrisation marcha sans encombre :

Le 14	Matin,	37°,6	Soir,	38°,8
Le 15	—	37°,8	—	39°
Le 16	—	37°,2	—	38°,4
Le 17	—	37°	—	38°,6
Le 18	—	37°	—	38°

A partir du 19, variation très légère de 36°,8 à 37°,4.

On relève dans ce cas, d'ailleurs très vulgaire, quatre poussées fébriles : la première, due probablement, comme cela arrive dans les plaies contuses, à une combinaison d'inflammation et de septicité : *fièvre traumato-inflammatoire ;*

La seconde, évidemment occasionnée par la septicité locale, résultant du séjour du fragment d'amadou imbibé de matière putride : *fièvre septique subaiguë ;*

La troisième, imputable sans doute à la rétention du pus entre le grand et le petit pectoral : *fièvre septique ;*

Enfin la quatrième, engendrée plutôt par le développement dans le tissu conjonctif voisin de la plaie d'une inflammation aboutissant à la formation d'un abcès : *fièvre inflammatoire franche.*

Rien de plus commun dans la pratique que ces successions de fièvres; rien de plus utile que leur reconnaissance, et sous ce rapport rien de mieux que de relever et de consulter sans cesse le tracé depuis le premier jusqu'au dernier jour.

J'ai observé au mois de juin dernier un cas des plus intéressants dans ce genre. Je le rapporterai brièvement sans donner de tracé.

Tumeur du sein largement ulcérée. Malgré tous mes efforts pour détruire les matières septiques avant l'extirpation, je note le soir même une ascension verticale de plus de 2 degrés, traduisant nettement une fièvre d'inoculation. Celle-ci, conformément à la règle, avait complètement disparu à la fin du troisième jour sous l'influence d'un traitement antiseptique local rigoureusement institué.

Le quatrième jour, apyrexie complète, légère ascension le cinquième au matin, atteignant le soir près de 39 degrés.

Le sixième jour au matin, je reconnais sans peine ce que j'appelle familièrement la fièvre stercorale des blessés, survenant du quatrième au sixième jour quand les évacuations alvines ont manqué ou ont été insuffisantes. On en connaît les caractères : anorexie, bouche mauvaise, haleine et quelquefois sueurs un peu fétides, ventre indolent mais ballonné, etc.

Notre malade en effet n'avait pas eu de garde-robe depuis son opération. Un verre d'eau de Pullna chassa la fièvre comme par enchantement.

Le seizième jour, tout allait au mieux, la plaie était superbe, lorsque survint, sans cause bien appréciable, du malaise, un frisson, une ascension rapide de la température, dépassant 39 degrés. Le lendemain, on reconnaissait une angine herpétique.

Ici encore trois mouvements fébriles se suivaient, mais ne se ressemblaient point.

Certaines personnes croient terminée l'histoire des fièvres chirurgicales ou, si l'on veut, de la fièvre dans les affections traumatiques. Quelques-unes s'imaginent d'ailleurs que la question a perdu son principal intérêt parce que la méthode antiseptique parvient toujours à prévenir ou à combattre l'invasion fébrile après les blessures.

Ce n'est point à ces satisfaits ou à ces crédules que je m'adresse, mais à ceux qui, tout en reconnaissant les grands progrès récemment réalisés en pyrétologie chirurgicale, savent pourtant qu'il y a beaucoup à faire encore dans les détails, et par conséquent ne contesteront pas les difficultés trop réelles qui viennent d'être signalées. Peut-être tomberont-ils également d'accord avec moi sur le point suivant : sans être irrévérencieux pour nos anciens maîtres et pour quelques-uns de nos contemporains mêmes, on peut dire que beaucoup de chirurgiens passés et présents ont été ou sont encore un peu trop naturistes. Je m'explique : un trauma chirurgical ou accidentel étant donné, et toutes ses conditions locales étant scrupuleusement notées, on applique le pansement, c'est-à-dire un traitement topique, qui d'ordinaire reste le même ou à peu près jusqu'à la fin de la cure.

Dans la plupart des services hospitaliers (beaucoup plus rarement dans la ville, où bon nombre de praticiens considèrent encore la recherche de la température comme une source d'information purement scientifique et partant superflue), dans les hôpitaux, dis-je, on consigne jour par jour le tracé thermométrique au moins pendant la première semaine et dans les cas d'une certaine importance. Ce tracé



annonce naturellement l'apparition des fièvres diverses : septico-traumatiques aiguës ou prolongées, épitraumatiques inflammatoires, intercurrentes ou rappelées. Ces révélations du thermomètre, à moins qu'il ne s'agisse de complications graves : érysipèle, pyohémie, etc., émeuvent peu d'ordinaire les chirurgiens naturistes dont je parlais plus haut. Encore imbus d'une sorte de fatalisme en présence des accidents traumatiques et d'une confiance robuste dans la nature médicatrice, ils constatent et laissent faire, à la vérité apportant beaucoup de soin au traitement local, mais ne faisant intervenir que fort exceptionnellement la médication interne.

Je proteste théoriquement et pratiquement contre cette sorte d'abdication du médecin, qui doit toujours doubler l'opérateur; je voudrais qu'on soignât un blessé au jour le jour, comme on le fait pour un typhique ou un rhumatisant, en partant de cette donnée incontestable que si le processus traumatique évolue parfois assez régulièrement pour rendre inutile toute assistance de l'art, parfois aussi il est traversé d'incidents multiples et divers exigeant une surveillance continue et une intervention réitérée.

Or le thermomètre se trouve être la plus vigilante des sentinelles, une véritable boussole pour le chirurgien ; aucun accident, aucune complication n'éclatent, aucune modification sérieuse ne survient dans l'état du blessé sans qu'il l'indique aussitôt. Il faut donc avoir sans cesse l'œil fixé sur lui pour mettre à profit les avertissements qu'il donne et les indications qu'il dicte, pour le faire en un mot servir autant à la thérapeutique qu'à la nosographie. Pour que le praticien soit convaincu de l'utilité grande de la thermométrie clinique, il faut sans doute qu'elle lui parle un langage clair et explicite, qu'elle s'affirme à lui comme élément majeur du diagnostic et du pronostic, qu'elle le guide enfin dans le traitement. Mais il faut aussi que ce praticien à son tour sache lire, déchiffrer, interpréter, comprendre les tracés thermométriques, ce qu'il ne peut pas toujours faire et qu'on ne s'efforce pas assez de lui apprendre.

En théorie la thermométrie est d'une intelligence facile ; en pratique elle est d'une explication malaisée. C'est tout ce que je voulais démontrer ici, heureux si quelque jeune chirurgien reprenait la question et nous donnait des règles sûres pour porter au lit du malade le *diagnostic différentiel des fièvres traumatiques et épitraumatiques*.

Clinique médicale.

Étude sur la transfusion du sang dans la maladie de Bright, par M. Dieulafoy, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine (1).

Quand on pratique la transfusion chez un individu qui se meurt d'hémorrhagie, il arrive fréquemment qu'on sauve le malade, bien que la quantité de sang transfusé ne dépasse pas généralement 100 ou 150 grammes, et quand on se demande comment une si petite quantité de sang peut opérer une telle résurrection, on en est réduit à constater le fait sans pouvoir encore en donner une explication satisfaisante.

Au mois de janvier 1882, je donnais mes soins à un monsieur d'une cinquantaine d'années qui venait d'être pris d'abondantes épistaxis par la narine gauche. Depuis vingt-cinq ou trente ans, ces épistaxis revenaient périodiquement une ou deux fois par an, mais d'habitude elles s'arrêtaient spontanément, tandis que cette fois rien ne pouvait en triompher. La situation me paraissant grave, j'avais prié mon collègue, M. le docteur Périer, de vouloir bien se joindre à moi, et pendant une dizaine de jours toutes les médications furent essayées. La quinine, les injections sous-cutanées d'ergotine, le perchlorure de fer en potion, l'eau de Rabel, les préparations de ratanhia, les boissons glacées acides et alcoolisées, les injections nasales, les insufflations, la compression, le tamponnement furent successivement mis en usage, mais en dépit de tous ces moyens l'hémorrhagie persistait, tantôt abondante, tantôt sous forme de suintement.

Le malade, pâle et affaibli, se nourrissant à peine de quelques aliments liquides, se plaignait de vertiges, d'insomnie, de sensation de défaillance, et deux fois cette défaillance fut jusqu'à la syncope. Pendant quelques jours encore le tamponnement fut essayé, et maintenu en place aussi longtemps que le malade pouvait le supporter, mais toujours avec le même insuccès. Du reste, sous l'influence du traitement local, la région naso-labiale, violemment irritée, s'était tuméfiée et avait pris un aspect érythémateux, l'orifice nasal était devenu extrêmement douloureux, et il n'y avait plus à songer à de nouvelles tentatives de tamponnement.

Cependant la situation devenait de plus en plus critique, la peau et les muqueuses étaient exsangues, le malade ne prenait plus que quelques boissons, la faiblesse devenait extrême, le pouls présentait quelques irrégularités, la température commençait à s'élever au-dessus de la normale, la respiration prenait un rythme plus accéléré, et on percevait quelques râles à la base du poumon. Au milieu de ces symptômes si alarmants, l'hémorrhagie reparaissait par intervalles, la syncope était menaçante, et la mort paraissait imminente si l'on n'intervenait pas autrement.

Plusieurs consultations avaient été provoquées, on avait parlé sans s'y arrêter de la ligature des carotides, et, sur l'avis de M. Hayem, la tranfusion du sang fut décidée. Il n'y avait pas de temps à perdre, et nous pratiquâmes l'opération avec MM. Hayem et Périer, le 6 février, c'est-à-dire vingt jours après le début de l'hémorrhagie.

La quantité de sang transfusée fut de 120 grammes, et le succès fut complet, j'ajouterai même, sans exagération, qu'il fut merveilleux. L'hémorrhagie que rien n'avait pu maîtriser, qui pendant vingt jours avait résisté à tous les moyens employés, et qui aurait infailliblement entraîné la mort du malade à bref délai, l'hémorrhagie fut arrêtée net par 120 grammes de sang de bonne qualité infusé dans ce qui restait de sang de mauvaise qualité. Quelques jours après la guérison était complète.

Ce qui est intéressant dans cette observation, et ce qu'il faut bien mettre en relief, c'est la nature même de cette hémorrhagie, qui fut ainsi arrêtée. Il y a des cas différents de celui-ci où la transfusion pratiquée avec succès rappelle à la vie des sujets atteints d'hémorrhagies de cause externe, hémorrhagies traumatiques survenues du fait d'une plaie, d'une blessure, ou consécutives à un accouchement. Ce sont là des hémorrhagies dont la cause est purement accidentelle; elles ne sont ni préparées, ni entretenues par un état particulier du sang. Dans le cas actuel, au contraire, la cause externe est nulle ou insignifiante. Ce qui a préparé de longue date l'hémorrhagie nasale et ce qui l'a entretenue, c'est cet état mal défini, mal connu, qu'on nomme faute de mieux l'*hémophilie*, état dyscrasique dans lequel la structure des petits vaisseaux est peut-être en cause, mais dans lequel certainement le sang ne possède plus ses propriétés normales.

C'est en vertu de cet état spécial, dyscrasique, qu'une hémorrhagie qui serait insignifiante en toute autre circonstance peut devenir terrible et mortelle. Je lisais récemment une observation qui a trait au sujet qui nous occupe (*Paris médical*, 22 décembre 1883). Il s'agit d'un jeune garçon de vingt-deux ans, de nature hémophile, à qui on pratique l'extraction d'une dent. A la suite de l'opération une hémorrhagie se déclare au niveau de la plaie ; l'hémorrhagie est si tenace, qu'elle résiste à tous les moyens ; la compression, le tamponnement, la cautérisation au fer rouge sont vainement employés, l'hémorrhagie persiste toujours. Le pronostic devient tellement grave, qu'on se décide à pratiquer la *transfusion*, et l'hémorrhagie s'arrête. Peu de temps après, le ma-

(1) Pour le manuel opératoire de la transfusion voir page 42.

lade, complètement rétabli, pouvait assister aux grandes manœuvres.

Voilà des faits, et j'en pourrais citer d'autres, où les malades ont été sauvés par la transfusion. Ils ont été sauvés, non pas seulement parce qu'un apport de sang les a ranimés comme l'huile qu'on donne à la lampe qui va s'éteindre, la comparaison ne serait pas juste, mais parce que le sang qu'on leur a infusé a joué le rôle d'un agent en quelque sorte *hémostatique*.

Peu importerait, en effet, qu'on eût injecté à ces gens qui se mouraient d'hémorrhagie 100, 200, 300 grammes de sang, et plus encore, s'ils avaient continué à perdre ce sang nouveau comme ils perdaient leur propre sang; mais les choses se sont autrement passées, et, sous l'influence de la transfusion, leur hémorrhagie s'est arrêtée, parce qu'il suffit de transfuser une quantité de sang, même minime, 100 grammes et moins encore, pour modifier avantageusement la composition et la fabrication d'un sang qui semblait avoir perdu ses principales qualités.

En pareil cas, le sang infusé agit, je le répète, comme un agent hémostatique : c'est un puissant modificateur, il transforme rapidement un état dyscrasique préparé de longue date, il y a là une action spéciale dont le mécanisme est encore mal connu, mais dont le résultat est bien fait pour nous séduire. On n'a pas suffisamment fait ressortir toute l'importance de ces faits, qui me paraissent dominer l'histoire de la transfusion.

C'est en étudiant ces faits de plus près que je me suis demandé, comme bien d'autres, du reste, s'il n'y aurait pas lieu d'appliquer la transfusion à quelques états dyscrasiques où les altérations du sang semblent jouer un rôle important. Les dyscrasies hémorrhagiques, l'urémie et la maladie de Bright, le diabète et l'acétonémie, l'accès de goutte et de rhumatisme ne pourraient-ils pas bénéficier de cet agent modificateur, dont nous ignorons encore les effets, parce qu'ils n'ont pas été suffisamment étudiés?

Mais pour en arriver à manier facilement le sang comme on manie un médicament, pour ériger la transfusion en méthode thérapeutique, il faut la rendre facile et accessible; aussi me suis-je efforcé d'en simplifier le manuel opératoire au moyen d'un appareil dont on trouvera plus loin la description.

Pour le moment, je donne le résultat de mes recherches sur la transfusion appliquée à l'urémie et à la maladie de Bright :

OBS. I. *Deux transfusions chez une femme atteinte d'urémie d'origine brightique.* — Le 13 septembre 1883, je recevais dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, une jeune femme de vingt-sept ans atteinte d'accidents urémiques survenus dans le cours d'une maladie de Bright. Les premiers troubles brightiques avaient été appréciables il y a un an environ. A cette époque apparurent quelques maux de tête avec bourdonnements d'oreille; puis survint de la pollakiurie, bientôt suivie de polyurie. Vers la même époque, la malade eut des crampes douloureuses dans les jambes, et plus tard des troubles gastriques avec vomissements, des battements de cœur et des accès d'oppression revenant surtout la nuit.

Depuis un mois de nouveaux symptômes ont apparu : bouffissure des paupières, décoloration de la peau et des muqueuses. Il y a quinze jours, d'abondantes épistaxis ont nécessité le tamponnement antérieur des fosses nasales. La céphalalgie est devenue incessante, intolérable; les vomissements se répètent plusieurs fois par jour.

A l'examen de la malade, je constate que le cœur est volumineux, mais sans bruit de galop. Il n'y a pas de râles dans la poitrine. La quantité des urines, dont je donnerai plus loin la composition, atteint 2 litres en vingt-quatre heures. Les symptômes précédemment énumérés continuent avec intensité.

Je prescris le régime lacté absolu, et néanmoins la situation ne fait qu'empirer. Dans la nuit du 18, la malade est prise d'une *attaque épileptiforme* avec perte de connaissance, et à la visite du matin je la trouve prostrée et les paupières tuméfiées.

Dans la nuit du 19, l'insomnie est complète, la céphalalgie est encore plus vive que les jours précédents, les vomissements se répètent, l'intolérance stomacale est absolue, une légère épistaxis apparaît, la bouffissure gagne le visage. Le bruit de galop commence à se dessiner nettement.

La situation me paraît fort grave : c'est l'urémie avec tous ses symptômes, vomissements, céphalalgie, tendance aux attaques convulsives et au coma. Je pense qu'il y a lieu d'essayer la transfusion, et je décide l'opération pour le lendemain matin. A ce moment, les urines de vingt-quatre heures s'élevaient à 2 litres; elles contenaient 3gr,66 d'albumine et 24 grammes d'urée. L'examen du sang donna les résultats suivants :

Globules rouges................	2532700
Globules blancs..................	15159
Valeur globulaire en hémoglobine.	0gr,75

Pas d'augmentation de la fibrine du sang.

La transfusion est pratiquée le 20 septembre, à neuf heures du matin, avec le concours de mon collègue M. Segond. Elle fut de 125 grammes de sang sans qu'il y ait le moindre incident à signaler ni pendant ni après l'opération.

Le résultat de la transfusion ne se fit pas attendre. Dès la première journée, la céphalalgie diminua d'intensité, les vomissements s'arrêtèrent, la nuit fut meilleure, et l'œdème de la face diminua notablement. L'albumine subit une diminution considérable, car elle tomba de 3gr,66 à 1gr,82. Le lendemain matin, la malade se trouva mieux et supporta bien le lait. L'examen du sang donna les résultats suivants :

Globules rouges................	2650500
Globules blancs................	13981
Valeur globulaire..............	0gr,75

Le surlendemain de la transfusion, 22 septembre, l'état s'est encore amélioré, la céphalalgie a presque disparu, et la quantité d'albumine n'est plus que de 98 centigrammes. Je prescris alors une côtelette, deux potages, 1 litre de lait, 125 grammes de café et de l'eau vineuse (1). La malade, qui depuis plusieurs semaines ne pouvait prendre ni aliments, ni lait, sans être prise de nausées et de vomissements, accepte parfaitement son régime alimentaire et n'a pas un seul vomissement.

Le 23 septembre, la quantité d'albumine est encore moindre que la veille, et je dirai, pour n'y pas revenir, que l'albumine, malgré quelques oscillations, a progressivement diminué, au point qu'elle n'atteignait certains jours que 30 centigrammes; elle était même tombée à 18 centigrammes le jour où la malade a quitté l'hôpital. Mais l'urée, au lieu de subir un accroissement qui, théoriquement, semblait devoir exister, l'urée, de 20 à 25 grammes, qui était le chiffre des premiers jours, était descendue à une moyenne de 13 à 14 grammes.

L'amélioration de la malade fut graduelle; j'augmentai progressivement la quantité des aliments; la viande, le pain, le poisson, les fruits cuits, le café, le lait, le vin étaient pris avec appétence, sans qu'il y eût jamais de vomissements, et, chose vraiment remarquable, l'alimentation solide, qui, chez les brightiques, augmente d'habitude l'albuminurie et les autres symptômes, semblait ici inoffensive. Le bruit de galop, qui était nul les premiers jours, était maintenant fortement développé.

Bientôt la malade put se lever, aider l'infirmière dans le service de la salle, descendre au jardin, et remonter les escaliers sans difficulté. Toutefois cette amélioration fut interrompue par deux incidents : le 5 octobre, la malade ayant eu froid au jardin, fut prise en remontant dans la salle d'un accès convulsif suivi de coma; cet incident n'eut aucune suite et ne s'est pas reproduit. Le 2 novembre, la malade, qui n'était pas réglée depuis trois mois, eut une perte de sang avec vives douleurs, et fit une fausse couche de trois mois. Elle affirme qu'elle a déjà fait trois fausses couches sans qu'il nous ait été possible d'en retrouver la cause.

Malgré ces incidents, l'amélioration reprit son cours, aucun nouvel accident urémique ne reparut, et la malade fort désireuse de rentrer chez elle, quitta l'hôpital, à mon grand regret, le 11 novembre, la transfusion ayant été faite le 20 septembre, c'est-à-dire depuis cinquante jours.

(1) Je remercie M. Verdié, externe du service, de la scrupuleuse exactitude avec laquelle cette observation a été prise dans ses moindres détails, et M. Blanchard, interne en pharmacie, du soin avec lequel l'analyse des urines a été continuellement pratiquée.

A ce moment l'examen du sang donne les résultats suivants :

Globules rouges.................	3 131 000
Globules blancs.................	10 750
Valeur globulaire...............	0gr,64

Telle est la première partie de cette observation, et je me suis demandé depuis si je n'aurais pas dû pratiquer une deuxième et une troisième transfusion, malgré l'amélioration bien évidente qui a persisté jusqu'à la sortie de la malade.

Cette femme nous quitte donc le 11 novembre et part pour la campagne. Suivant sa promesse, elle revient nous voir quinze jours après, et elle reste vingt-quatre heures dans le service pour nous donner le temps d'examiner ses urines. Elle est très satisfaite de son état, elle a engraissé de 1 1/2 kilogramme; elle a pourtant quelques bourdonnements d'oreille, et l'examen des urines est moins satisfaisant; il y a 1gr,40 d'albumine et 14 grammes d'urée. J'insiste auprès de la malade pour qu'elle reste avec nous, mais elle nous quitte.

Le 3 décembre, on nous la rapporte dans un état lamentable. Depuis deux jours la céphalalgie a reparu avec une violente intensité, les vomissements sont incessants, il y a du hoquet, la température est tombée à 35°,8, et la malade est dans un état de torpeur voisin du coma. Elle ne peut répondre aux renseignements qu'on lui adresse; les renseignements sont donnés par les personnes qui l'accompagnent.

Malgré l'extrême gravité de la situation, je pense qu'il y a lieu de tenter encore la transfusion, et je décide l'opération pour le lendemain.

Le lendemain matin, 4 décembre, la malade est dans un tel état de prostration qu'elle est à peu près inconsciente de ce qui se passe; son estomac n'a rien pu tolérer, les vomissements sont fréquemment répétés, les urines des vingt-quatre heures atteignent à peine 650 grammes, et contiennent 4 1/2 grammes d'albumine et 11 grammes d'urée. Je pratique la transfusion à neuf heures et demie, et j'injecte dans la veine 110 grammes de sang.

Le résultat de la transfusion ne se fait pas attendre; un seul vomissement a lieu vers midi, et depuis ce moment la malade, dont la prostration a diminué, prend du lait et du thé. La céphalalgie est moindre, la température est à 36 degrés, et à cinq heures du soir, mon interne, M. Binet, trouve la malade assise sur son lit et causant sans difficulté.

Le lendemain de la transfusion, 5 décembre, je constate une amélioration notable; la quantité des urines a doublé et atteint 1300 grammes; la quantité d'urée a également doublé et arrive à 22 grammes; la proportion d'albumine atteint 5 1/2 grammes. L'état comateux de la veille a cédé, la céphalalgie persiste quoique moins vive, la malade répond qu'elle se trouve « remarquablement mieux ». Depuis la transfusion elle a pris deux potages, un demi-litre de lait, 2 litres de thé et une orange. Les vomissements n'ont pas reparu; la température est à 36 degrés le matin, et à 36°,5 le soir.

Le lendemain on donne 2 litres de lait; la céphalalgie a complètement disparu, et la température du soir est maintenant normale. Cette amélioration rapide, et, je dois le dire, inespérée, me permet de prescrire comme régime alimentaire une côtelette, un potage, un bouillon et 3 litres de lait. Tous ces aliments sont bien tolérés. On ajoute les jours suivants 125 grammes de café et du vin. La quantité des urines dépasse 2500 grammes; l'urée n'augmente pas, et la quantité d'albumine reste élevée et ne décroît pas progressivement, comme cela était arrivé après la première transfusion.

Cette amélioration persiste quelques jours, mais moins franche que l'amélioration obtenue il y a deux mois; elle est interrompue par des douleurs de tête, par des pesanteurs d'estomac, par des bourdonnements d'oreille. A partir du 14 décembre les urines diminuent et n'atteignent plus 1 litre en vingt-quatre heures. La malade se plaint d'étouffement et de dyspnée. Je constate à l'auscultation de la poitrine de nombreux râles d'œdème pulmonaire et de la pleurésie. L'anémie a fait de nouveaux progrès. Le 19 décembre, l'examen du sang donne les résultats suivants :

Globules rouges.................	2 170 000
Globules blancs.................	7750
Valeur globulaire...............	0gr,52

Les événements se précipitent, la dyspnée devient incessante, deux attaques épileptiformes éclatent le 24 décembre, la malade a du délire, la température retombe à 35°,6, et la malade succombe le 25 décembre.

L'*autopsie* est faite quarante heures après la mort. Nous trouvons les lésions de la néphrite interstitielle. Les reins sont petits, granuleux, et chaque rein pèse 90 grammes; la substance corticale a presque disparu et est réduite à une bandelette qui n'a que 1 millimètre ou 1 1/2 millimètre d'épaisseur; la substance médullaire a conservé son aspect normal.

Le cœur est très hypertrophié et pèse 480 grammes. L'hypertrophie porte principalement sur le ventricule gauche, dont la paroi mesure 2 1/4 centimètres; les bords de la valvule mitrale et des valvules aortiques sont légèrement athéromateux. Le péricarde contient un peu de liquide et porte quelques traces récentes de péricardite.

Les deux plèvres contiennent une assez grande quantité de liquide et sont tapissées par quelques fausses membranes. Etat légèrement œdémateux des poumons et persistance des empreintes costales (1).

Obs. II. *Transfusion chez un malade atteint d'urémie à la dernière période.* — Un malade, âgé de quarante-deux ans, entre le 20 octobre dans le service de mon collègue M. le docteur Sevestre, à l'hôpital Saint-Antoine. Ce malade est atteint de néphrite probablement d'origine saturnine. Il a de l'œdème des membres inférieurs et des parois thoraco-abdominales. Depuis quelques jours, il a été pris de dyspnée et de vomissements. Le cœur est hypertrophié et à l'auscultation on perçoit un bruit de galop. La quantité des urines n'est que de 300 grammes en vingt-quatre heures et cette petite quantité contient 2 grammes d'albumine et 2 1/2 grammes d'urée.

Les jours suivants, malgré le traitement employé, la quantité des urines diminue encore jusqu'à 200 grammes, la dyspnée est excessive, de nombreux râles existent dans la poitrine, la température est à 37°,2. Le 2 novembre le malade tombe dans un état voisin du collapsus, et, bien que la transfusion faite *in extremis* nous paraisse devoir être sans efficacité, nous désirons donner cette dernière chance au malade et nous décidons, M. Sevestre et moi, qu'elle sera pratiquée dans la journée.

Nous revenons à l'hôpital à deux heures, je pratique la transfusion et je fais passer dans la veine 110 grammes de sang. Aucun incident n'est à signaler, ni pendant ni après l'opération; l'état du malade reste stationnaire, son pouls néanmoins semble se relever un moment, mais les accidents continuent et la mort arrive le surlendemain.

A l'*autopsie* on trouve les lésions d'une néphrite mixte.

Obs. III. *Transfusion chez un malade atteint d'accidents dyspnéiques d'origine brightique.* — Je reçois dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, un homme de cinquante-cinq ans atteint de maladie de Bright. Les premiers troubles semblent remonter à un an. A cette époque, cet homme a éprouvé des battements de cœur et des accès d'oppression revenant surtout la nuit. Plus tard il a eu de l'œdème des paupières, des fourmillements des doigts et la sensation très accusée du *doigt mort*.

Il y a sept mois, étant à travailler à l'atelier, le malade fut pris de vertige, il tomba et perdit connaissance pendant dix minutes. A plusieurs reprises il s'est plaint de crampes, de bourdonnements d'oreille, et de céphalalgie.

Actuellement il a de l'œdème des jambes; je constate de l'hypertrophie cardiaque et un bruit de galop. Les urines sont en petite quantité, elles ne dépassent pas 900 grammes en vingt-quatre heures et contiennent 19 centigrammes d'albumine et 16 grammes d'urée par litre.

La *dyspnée* est le symptôme dominant, bien que je ne constate que peu de râles dans la poitrine. Cette dyspnée est continue mais s'accuse surtout la nuit. Le malade ne pouvant rester couché, s'assied sur le bord de son lit, les jambes sur une chaise, et passe ainsi une partie de la nuit.

Désirant savoir si la transfusion ne pourrait pas avoir raison de

(1) L'examen histologique a été fait par M. Giraudeau. Sur des coupes transversales de la substance corticale du rein, on voit un épaississement considérable du tissu conjonctif intertubulaire. Sur les points les plus malades, les tubes urinifères ont disparu; ailleurs les tubes sont rétrécis. Les glomérules ont un volume moitié moindre qu'à l'état normal. Les artères du rein, aussi bien les branches du grand cercle de Willis que celles de la substance corticale, présentent une tunique épaisse, irrégulière, bourgeonnante vers le centre du vaisseau, et la tunique externe, trois fois plus épaisse qu'à l'état normal, se confond sans ligne de démarcation avec le tissu conjonctif ambiant.

ces accidents dyspnéiques, qui sont presque *sine materia*, je propose l'opération au malade, et il l'accepte bien volontiers.

Je pratique la transfusion le 9 octobre, à neuf heures et demie du matin, et je fais passer dans la veine 100 grammes de sang. Aucun incident n'est à signaler ni pendant ni après l'opération.

L'alimentation est la suivante : côtelette, jaune d'œuf, 50 grammes de pain, 2 litres de lait.

La journée se passe bien, la nuit est meilleure que les nuits précédentes, le malade se trouve amélioré. Il a eu depuis la veille neuf mictions et a rendu 2500 grammes d'urine. J'augmente un peu la quantité des aliments.

Le 11 octobre, l'amélioration est notable, la dyspnée a pour ainsi dire disparu ; je ne trouve pas de râles dans la poitrine, le bruit de galop persiste. La quantité d'urée et la faible proportion d'albumine notées les premiers jours restent sensiblement stationnaires.

Le 15 octobre, la malade se trouvant bien demande à quitter l'hôpital.

RÉFLEXIONS. — Les observations que je possède sur la transfusion du sang dans le mal de Bright sont trop peu nombreuses pour qu'on en puisse tirer aucune conclusion. Dans un cas de Stohr la transfusion fut pratiquée pour des accidents urémiques aigus ; le malade succomba treize jours plus tard à des complications pleuro-pulmonaires, mais l'opération, dit Bartels (1), eut un succès éclatant contre les accidents urémiques. Dans un autre cas, Belina Swiouthowsky pratiqua la transfusion chez une femme en couches éclamptique et albuminurique; le succès fut complet et durable.

Ce qui me paraît démontré, c'est que la transfusion de 100 à 120 grammes de sang est inoffensive, même quand elle est pratiquée aux périodes ultimes de la maladie de Bright, avec lésions cardiaques, rénales et pulmonaires.

Ce qui me paraît également démontré, c'est que la transfusion a une influence salutaire sur les accidents urémiques; elle peut les enrayer pour une durée qui est probablement variable *suivant la nature et l'intensité des lésions*. Mais ce qui est surprenant, c'est de voir dans l'observation n° 1 l'amélioration survenir malgré l'intensité des lésions; le cœur était énormément hypertrophié, les reins étaient atrophiés, et néanmoins l'influence bienfaisante de la transfusion a été évidente, preuve nouvelle que dans le mal de Bright les altérations du sang jouent un rôle considérable. Il est évident que les 120 grammes de sang infusés dans la veine de cette femme n'ont pu modifier en rien des lésions organiques aussi avancées, mais les accidents urémiques tels que céphalées, vomissements, convulsions, état comateux, ont été enrayés ou modifiés parce que ces accidents sont évidemment liés au mauvais état du sang. La transfusion en pareil cas agit donc sur l'état dyscrasique du sang, et il suffit du mélange d'une petite quantité de sang de bonne qualité pour modifier la composition d'une masse sanguine de mauvaise qualité.

Nous ne pouvons, pour le moment, tirer d'autres conclusions, mais il est permis de se demander ce qui arriverait si, au lieu de pratiquer une seule tranfusion, on en pratiquait une série. On peut se demander aussi quel serait le résultat de ces transfusions, si au lieu d'être pratiquées à une période avancée, alors que les lésions organiques sont irrémédiables, elles étaient pratiquées à des périodes plus voisines du début de la maladie.

Je me garderai bien de me lancer dans des hypothèses, mais je crois qu'il y a là une étude à poursuivre et il m'a paru intéressant de faire connaître le résultat des recherches que j'ai entreprises dans cette direction.

(1) Bartels, *les Maladies des reins*, traduit par Edelman, additions de Lépine. Paris, 1884.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 7 JANVIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

M. *Sandras* donne lecture d'un mémoire portant pour titre : *Des inspirations ou inhalations antimicrobiques et médicamenteuses*. Ce mémoire a été lu à l'Académie de médecine (voy. *Gaz. hebd.*, 1883, à la table). (Commissaires : MM. Vulpian, Paul Bert, Charcot.)

CHOLÉRA. — M. *A. Mackenzie Cameron* adresse une nouvelle communication relative au choléra. (Renvoi à la commission du prix Bréant.)

DES MODIFICATIONS QUE PRÉSENTENT LES MUSCLES A LA SUITE DE LA SECTION DES NERFS QUI S'Y RENDENT. Note de M. *J. Babinski*. — Les modifications que présentent les muscles à la suite de la section des nerfs ont été étudiées déjà par plusieurs histologistes, parmi lesquels nous citerons Mantegazza, A. Vulpian, Erb, Bizzozero, Golgi. Les résultats auxquels ces auteurs sont arrivés sont que le travail pathologique du côté des faisceaux musculaires consiste essentiellement en une atrophie simple de la substance contractile avec multiplication des noyaux du sarcolemme. La nature intime du processus de destruction des fibres est encore un sujet de discussion. L'auteur a constaté, à la suite de la section du sciatique, chez le lapin, une disposition particulière des fibres musculaires altérées, qui paraît propre à faire comprendre la nature des lésions qu'elles ont subies. La conséquence à en tirer est celle-ci :

Sous l'influence de la section du nerf, le protoplasma non différencié de la fibre musculaire prend une vitalité plus grande, et c'est à cette suractivité nutritive qu'est due vraisemblablement l'atrophie de la substance contractile qui est absorbée par le protoplasma. Ainsi donc le mot *d'atrophie*, si l'on considère le processus intime de la lésion, ne convient pas plus à ce travail pathologique que le mot de *dégénération* ne convient aux phénomènes qui se passent dans le bout périphérique des nerfs après leur section. Si l'on compare la fibre musculaire altérée à la fibre musculaire normale, voici comment on peut comprendre le processus pathologique : à l'état normal, la fibre musculaire est un élément très différencié, dont la différenciation morphologique est en rapport avec la différenciation fonctionnelle; à la suite de la section du nerf, la fonction venant à être supprimée, la différenciation morphologique tend à s'effacer, l'élément tend à revenir à l'état embryonnaire.

DE LA MYOPATHIE ATROPHIQUE PROGRESSIVE (MYOPATHIE HÉRÉDITAIRE DÉBUTANT, DANS L'ENFANCE, PAR LA FACE, SANS ALTÉRATION DU SYSTÈME NERVEUX). Note de MM. *L. Landouzy* et *J. Dejerine*. — Il existe en clinique une forme rare d'atrophie musculaire progressive, débutant dans l'enfance, que Duchenne (de Boulogne) a décrite sous le nom d'*atrophie musculaire progressive de l'enfance*, et dont la symptomatologie est connue. L'affection débute dès les premières années par les muscles de la face, et, après un temps plus ou moins long, se montre dans les muscles des membres supérieurs, du tronc et des extrémités inférieures. Ce mode de début par la face marque une distinction absolue entre l'atrophie musculaire progressive de l'enfance et celle de l'adulte. Il y a dans tout le reste de la symptomatologie une similitude telle, que, n'était l'amyotrophie faciale, toute distinction clinique serait impossible, d'autant plus que, jusqu'à ce jour, en l'absence de toute autopsie d'atrophie musculaire progressive de l'enfance, on était naturellement porté à considérer cette affection comme dépendant de la lésion que l'on sait exister dans la moelle (atrophie lente des cellules des cornes antérieures) dans le type Aran-Duchenne.

Dans la Note actuelle, les auteurs se proposent de démon-

trer, à l'aide d'une observation dont ils donnent le résumé, que, malgré l'extrême ressemblance de ces deux affections, il s'agit, en réalité, de deux maladies toutes différentes, puisque l'atrophie musculaire progressive de l'enfance évolue sans aucune des altérations nerveuses que l'on a toujours rencontrées dans l'atrophie de l'adulte, type Aran-Duchenne.

Le malade ayant succombé, à vingt-quatre ans, à la tuberculose pulmonaire, l'autopsie a révélé les particularités suivantes : atrophie de tous les muscles du corps, à l'exception des muscles de la langue, du pharynx, du larynx, de l'œil, du diaphragme, des intercostaux et des sous-scapulaires.

Au microscope, on constate, dans les muscles malades, l'existence d'une atrophie simple des faisceaux primitifs. Les nerfs intramusculaires des muscles malades, aussi bien les nerfs des muscles de la face que ceux des muscles des membres, sont *absolument normaux*. Les racines antérieures, les racines et le tronc du facial le sont également. Cet examen a été pratiqué à l'état frais, après action de l'acide osmique et du picro-carmin. La moelle épinière et le bulbe rachidien, examinés après durcissement, ne présentent pas d'altérations. Les cellules motrices sont remarquablement saines.

Conclusions. — 1° Dans l'atrophie musculaire progressive de l'enfance, la moelle épinière et les nerfs périphériques sont indemnes : c'est une affection du système musculaire. — 2° Cette atrophie musculaire progressive de l'enfance diffère complètement, dans l'état actuel de la science, de la forme décrite chez l'adulte Aran-Duchenne, par les caractères suivants : *a*. Le début par les muscles de la face est constant; c'est là une des particularités des plus importantes, qui fait défaut dans l'atrophie musculaire progressive de l'adulte, type Aran-Duchenne. — *b*. Dans l'atrophie musculaire progressive de l'enfance, le système nerveux ne joue aucun rôle dans la pathogénie de la myopathie, ce qui est le contraire dans l'atrophie musculaire progressive de l'adulte, où la chaîne nervo-musculaire s'altère dans toute sa longueur. — 3° On doit donc désormais, en dépit de si grandes analogies cliniques, distinguer nettement l'atrophie musculaire progressive *myélopathique* de l'adulte, type Aran-Duchenne, de l'atrophie musculaire progressive *myopathique* de l'enfance, et faire de cette dernière une affection à part.

Pour éviter toute confusion, les auteurs donnent à cette affection le nom de *myopathie atrophique progressive*.

Recherches sur la rage. Deuxième Note de M. *P. Gibier*. — Ces recherches ont porté sur l'emploi de l'*ail* ou de la pilocarpine comme antirabiques. Les expériences ont été faites sur des rats et sur des chats, auxquels on pratiquait d'abord une inoculation avec une dilution aqueuse de matière cérébrale provenant de chiens enragés. On les nourrissait ensuite avec de la viande fortement mêlée d'ail, ou on leur injectait chaque jour de fortes doses de pilocarpine. La rage s'est développée comme à l'ordinaire.

Note accompagnant les photographies, de grandeur naturelle, de deux enfants extraits par laparotomie dans des grossesses extra-utérines, par M. Championnière, à l'hôpital Tenon. Note de M. *Just-Lucas Championnière*. — « Il s'agissait, dans les deux cas, de grossesse extra-utérine; dans les deux cas l'enfant s'était développé en dehors de l'utérus, en arrière et au-dessus de lui dans le péritoine. L'enfant s'était développé à peu près jusqu'à l'époque régulière du terme de la grossesse, puis il avait succombé. Des accidents d'inflammation et de putréfaction s'étaient plus tard développés, et les femmes, dans un état de santé général déplorable, étaient menacées dans leur vie à très courte échéance. Dans les deux cas, le même procédé fut adopté. L'abdomen fut largement ouvert, le kyste contenant l'enfant fut également ouvert, l'enfant fut extrait. Dans les deux cas le péritoine était compris dans les incisions. Les parois de la poche furent suturées à la paroi abdominale et la poche fut drainée largement. La guérison se fit sans accident aucun.

» Pour l'enfant de la planche I, M. Championnière opéra la femme Dumont (Noémi), âgée de trente et un ans, le 6 juin 1883, à l'hôpital Tenon. La grossesse datait de quinze mois. Le kyste contenait l'enfant nageant dans une quantité considérable de pus fétide, 5 à 6 litres environ.

» Pour l'enfant de la planche II, la femme Calratte (Julia) a été opérée par M. Championnière, à l'hôpital Tenon, le 3 août 1883. Cette femme était atteinte de grossesse extra-utérine depuis plus de vingt-six mois, avait passé onze mois dans le service de M. Depaul et, en dernier lieu, elle était en proie à des accidents si grands de fièvre continue avec émaciation, qu'elle paraissait sur le point de succomber. La peau de l'enfant était complètement fusionnée avec la paroi du kyste en de nombreux points. Elle se déchira souvent sur la tête, le cou, les bras, et pour les jambes il fut impossible de détacher du kyste la jambe gauche et le pied droit. Les deux opérées guérirent. »

Vérification des médicaments. — M. *H. Coiffin* adresse un Mémoire portant pour titre : *Esquisse d'une méthode simple et facile pour la vérification des médicaments*.

Académie de médecine.

Séance du 15 janvier 1884. — Présidence de M. Alphonse Guérin.

M. le docteur *Sanné* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

M. le docteur *Coiffier* (du Puy) envoie un mémoire manuscrit, intitulé : *Esquisse d'une méthode simple et facile sur la vérification des médicaments*.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Grellety*, un ouvrage sur les fièvres typhoïdes pour le concours du prix Godard de 1884; 2° de la part de M. *A. Lavocat* (de Toulouse), une brochure intitulée : *Quelques déterminations myologiques*.

M. *Larrey* présente, de la part de M. le docteur *A. Fort* : 1° un *Recueil de six observations avec opération (ovariotomie, hystérotomie, laparotomie) pour tumeurs utérines et ovariques et pour grossesse extra-utérine*; 2° une leçon sur l'*anus contre nature*.

M. *Dechambre* fait hommage, au nom de M. le docteur *Layet* (de Bordeaux), d'une *Étude sur le vanillisme*.

M. *Constantin Paul* dépose : 1° de la part de M. le docteur *Philbert*, un mémoire manuscrit, relatif aux *Observations météorologiques qu'il a recueillies en 1883 à Brides-les-Bains (Commission des eaux minérales)*; 2° au nom de M. le docteur *Emond*, diverses brochures sur les *Eaux du Mont-Dore (même Commission)*.

M. *Lagneau* présente, au nom de M. le docteur *Guelliot* (de Vouziers), deux brochures sur les *soins à donner aux nouveau-nés* et sur *le choléra*.

M. *Gariel* fait hommage, de la part de M. le docteur *Bardet*, d'un *Traité élémentaire et pratique d'électricité médicale*. — (Inscrit sous le n° 1 pour le concours du prix Buignet de 1884.)

M. *Bouley* dépose, au nom de M. le docteur de *Lacerda* (de Rio-de-Janeiro), une brochure *sur l'étiologie et la genèse du béribéri*. — (Renvoi à l'examen de M. Hochard.)

M. *Lancereaux* fait hommage, de la part de M. *Noël Gueneau de Mussy*, du 3e volume de sa *Clinique médicale*, et, en son nom personnel, d'une brochure qui est un extrait des *Leçons cliniques* qu'il a professées à l'hôpital de la Pitié en 1879.

M. *Duplay* dépose le premier fascicule du tome VII du *Traité élémentaire de pathologie externe*, par Follin et Duplay.

M. *Tarnier* présente la 2e édition du *Traité pratique de gynécologie et des maladies des femmes*, par M. le docteur de *Sinéty*.

Mécanisme du saut. — Dans cette nouvelle Note, M. *Giraud-Teulon* rend compte à l'Académie des épreuves dynamométriques auxquelles il a été convié par M. Marey, dans la séance du 9 octobre dernier, pour vérifier le fait du détachement des pieds du sol, par le simple retrait des jambes, sans l'intervention d'à-coup ou de ressaut musculaire.

Après avoir décrit sommairement les appareils nouveaux de M. Marey, l'auteur expose les relevés graphiques des premières expériences auxquelles il a été procédé, avec le concours de ce professeur, au sujet des modifications imprimées au degré de pression sur le sol par des mouvements d'élévation ou d'abaissement du centre de gravité, d'abord lents et mesurés, c'est-à-dire sans un ralentissement brusque, ni arrêt, puis brusquement ou tout à fait suspendus. Il arrive alors à cette conséquence que : dans les premiers (mouvements lents et mesurés), c'est-à-dire continuellement réguliers, se

terminant comme ils ont commencé, sans brusquerie ni secousses, nulle modification ne s'observe dans la pression dynamométrique. Mais, pour peu que ces mouvements se ralentissent brusquement ou s'arrêtent tout d'un coup, l'élévation du centre de gravité s'accompagne d'un accroissement de pression et son abaissement, d'une diminution de cette pression.

L'auteur aborde alors la description et l'analyse du graphique de l'acte *précipité* de flexion ou d'accroupissement par lequel M. Marey a cru pouvoir détacher ses pieds du sol, sans produire d'à-coup ou de ressaut musculaire. Il expose d'abord que : le seul moyen par lequel il soit parvenu à produire, lors de l'abaissement du tronc, cette séparation du corps d'avec le sol, a été d'arrêter brusquement ce mouvement accéléré d'accroupissement, après les 15 ou 20 premiers centimètres d'abaissement du tronc. Cette manière de procéder, ayant reçu le visa conforme de M. Marey, lui a fourni des relevés graphiques absolument du même type que ceux obtenus par ce dernier. De leur analyse il résulte que : 1° de même que le saut classique est produit par l'arrêt soudain d'un mouvement d'extension accéléré, par l'effet d'une soudaine tension des fléchisseurs, de même, ou plutôt successivement, le mode de séparation du corps et du sol, imaginé par M. Marey, est le simple effet de l'arrêt subit apporté au mouvement accéléré d'abaissement du tronc par une soudaine tension des extenseurs ; 2° qu'en aucun moment du mouvement d'accroupissement accéléré, les fléchisseurs ne fonctionnent *activement ;* leur unique rôle est donc celui d'antagonistes-toniques de l'extension, au point de vue du soutien constant du tronc ; 3° enfin, que l'arrêt soudain du mouvement nécessitant évidemment la présence de l'appui des pieds, ceux-ci ne sauraient abandonner le sol, que *postérieurement*, si peu que ce soit, à la production de cet arrêt.

TRANSFUSEUR ET TRANSFUSION. — M. le docteur *Dieulafoy* s'exprime en ces termes : « J'ai essayé de simplifier l'opération de la transfusion du sang et, afin de la rendre plus facile et plus accessible, je propose un nouvel appareil construit sur mes indications par M. Collin, et voici comment je conseille de pratiquer l'opération : Avant l'opération on commence d'abord par choisir chez les deux sujets le bras qui paraît le plus convenable, on explore la région du pli du coude, on cherche quelle est la veine la plus développée, la plus saillante, celle sur laquelle doit porter l'opération, et pour cela on applique momentanément au bras la ligature, qu'on enlève après cette exploration. Cette ligature est une bande de caoutchouc qui ne fait qu'une seule fois le tour du bras ; elle se place et s'enlève en un instant. Avant l'opération on doit également vérifier le *transfuseur*, et voir s'il est en bon état. Dans le cas où le piston serait desséché, on le ramollit avec un peu d'eau tiède, et de toute façon il est bon de simuler la transfusion avec un peu d'eau tiède pour s'assurer que toutes les pièces de l'appareil fonctionnent bien. Cela fait, il faut démonter l'appareil et en secouer les différentes parties afin qu'il reste sur les parois le moins d'eau possible. Les trocarts doivent être bien propres, la pointe du dard bien acérée, on les humecte très légèrement avec un peu d'huile phéniquée.

» Tout étant préparé, on commence l'opération : les deux sujets, celui qui va donner le sang, et celui qu'on va transfuser, sont couchés en sens inverse sur deux lits ou mieux sur deux brancards. On les couche en sens inverse pour que les deux bras sur lesquels on va opérer soient placés dans une direction opposée, mais assez rapprochés l'un de l'autre. La situation des bras est du reste indiquée dans la figure suivante ; elle a pour but de faciliter l'introduction des trocarts en sens différents, car le trocart du sujet qu'on va transfuser doit être introduit dans le sens du courant veineux, le trocart du sujet à qui on prend le sang est introduit au contraire à la rencontre du courant veineux (fig. 1). On place les ligatures aux bras, en vingt secondes la veine est gonflée et on introduit le premier trocart dans la veine du sujet qu'on va transfuser, et par conséquent dans le sens du courant veineux,

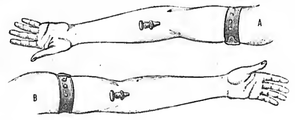


FIG. 1.

ainsi qu'on le voit à la figure A. En retirant le dard on reconnaît qu'on a pénétré dans la veine parce qu'il s'écoule un jet de sang qui vient du segment veineux compris entre la ligature et le trocart. On obture alors le trocart avec son petit bouchon, on le pousse un peu avant dans la veine et on le confie à un aide qui a également pour mission d'*enlever la ligature*.

» On introduit alors le second trocart dans la veine du sujet à qui on va puiser le sang, mais chez celui-ci le trocart est introduit, sa pointe tournée vers la périphérie, à la rencontre du courant veineux ; un jet de sang qui jaillit au moment où on retire le dard indique bien qu'on est dans la veine et la *ligature est laissée en place* pendant tout le temps de l'opération. Aussitôt que le dard de ce trocart est retiré, on met le trocart en communication avec le transfuseur, au moyen du tube en caoutchouc A. On aspire alors du sang qu'on repousse ensuite et qui vient apparaître dans le récipient C. A ce moment le récipient ne doit pas être encore muni du tube B ; ce tube va être placé un peu plus tard. On repousse donc le sang qui monte dans le récipient C *jusqu'à ce qu'il déborde*, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il ait

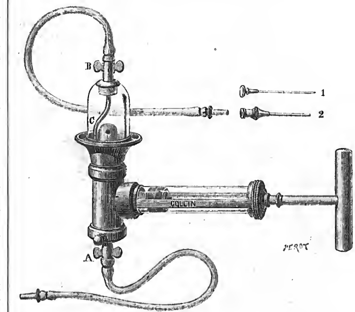


FIG. 2.

chassé tout l'air contenu dans l'appareil. C'est alors qu'on met en place le tube B, on donne encore un coup de piston pour que le sang chasse également l'air contenu dans ce tube, puis l'autre extrémité du tube est amorcée avec le trocart placé dans la veine du sujet à transfuser, et la transfusion commence. Il faut manœuvrer *lentement :* à

chaque coup de piston on aspire 10 grammes de sang qui sont aussitôt repoussés, et 120 grammes de sang sont transfusés sans se presser, en moins de deux minutes. L'opération étant terminée, on retire les trocarts et on fait, au moyen d'une éponge imbibée d'eau phéniquée, une compression qui dure deux ou trois minutes. Les trocarts n'ayant que 1 millimètre 1/3 de diamètre, la piqûre faite par eux est si minime, qu'il n'est nécessaire de faire aucun pansement (fig. 2).

» Ainsi pratiquée, la transfusion me paraît avoir les avantages suivants : 1° l'opération qui consistait à dénuder la veine du sujet à transfuser, et la saignée faite chez le sujet qui donne le sang, ces opérations sont remplacées par deux piqûres insignifiantes et absolument inoffensives. Ces piqûres, en ménageant les veines et la peau de la région, permettent de recommencer l'opération à bref délai et aussi souvent qu'on le juge nécessaire. Il y a néanmoins des cas où il sera nécessaire de mettre à nu la veine du sujet à transfuser, c'est quand, à la suite d'hémorrhagie ou par suite d'infiltration œdémateuse, il ne serait pas possible d'obtenir une veine assez saillante, assez volumineuse, ou assez superficielle pour y pénétrer d'emblée d'un coup de trocart ; 2° la transfusion se fait à l'abri du contact de l'air, puisque le vide est fait dans l'appareil et dans le récipient C, où le sang vient passer avant d'être transfusé ; 3° il est impossible d'injecter dans la veine la moindre bulle d'air, car en supposant que quelques bulles d'air passent à travers une des pièces de

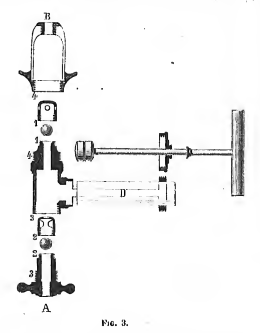


Fig. 3.

l'appareil, cet air monte et s'accumule à la partie supérieure du récipient, tandis que le sang est puisé à sa partie inférieure. Le jeu de l'appareil se fait sans soupapes ni clapets, il est assuré par deux flotteurs, petites boules en caoutchouc durci, si ingénieusement utilisées par M. Collin dans son transfuseur. Quand l'opération est terminée, il faut démonter les différentes pièces de l'appareil, ce qui est fort facile, et les nettoyer avec un pinceau ou un bâton muni de charpie, afin d'éviter que la moindre coagulation sanguine reste adhérente à l'une des parties de l'appareil (fig. 3). »

Trichines et trichinose. — Quelques observations sont échangées entre MM. *Chatin* et *Brouardel* sur la compétence des médecins et des docteurs non médecins au point de vue de l'étude de la trichinose. M. Brouardel en profite pour maintenir ses conclusions antérieures et déclarer que l'épidémie qu'on avait craint de constater à Liverdun est simplement une épidémie de fièvre typhoïde. M. *Larrey* ajoute qu'il possède une lettre que lui avait adressée M. Davaine et dans laquelle celui-ci se prononçait en faveur de la libre importation de la viande trichineuse, grâce à nos habitudes culinaires.

Bacilles de la tuberculose. — M. *Germain Sée*, revenant sur les objections que lui a adressées M. Colin (d'Alfort) dans l'avant-dernière séance, accuse celui-ci d'être incompétent dans cette question ; il se refuse à discuter plus longtemps avec lui, tant qu'il n'aura pas étudié et manié par lui-même les procédés de coloration des bacilles de la tuberculose, et tant qu'il n'aura pas examiné des malades eux-mêmes au point de vue clinique. Plus de 2500 cas observés dans les hôpitaux des deux mondes, démontrent que la présence des bacilles dans les crachats révèle la tuberculose. De même, on reconnaît de plus en plus que l'absence de bacilles permet d'éliminer le diagnostic de cette maladie. M. Germain Sée cite à cet égard une observation recueillie récemment dans le service de M. Bucquoy : il s'agit d'un homme atteint d'athérome artériel généralisé, chez lequel, pendant la vie, on constata les signes d'une excavation pulmonaire étendue, siégeant au niveau de la partie supérieure du poumon ; malgré l'absence de bacilles dans les crachats, on fit le diagnostic d'une caverne pulmonaire; or, à l'autopsie, on constata de la manière la plus nette qu'il ne s'agissait pas de tuberculose, mais bien de dilatation bronchique.

M. *Colin* (d'Alfort) ne croit pas qu'il soit nécessaire d'être un « coloriste de bacilles » pour les reconnaître. Il a vu, dans les produits de l'expectoration d'une foule de maladies diverses, des bacilles de tous ordre, et il ne saurait, par suite, admettre l'existence de bacilles spéciaux pour la tuberculose. D'ailleurs, en tout état de cause, on ne peut rien conclure de l'examen négatif d'un crachat à l'absence des microbes, car sous le microscope, avec grossissement de 500 diamètres, ce crachat se trouve disséminé sur une surface si considérable, que ceux-ci peuvent échapper, s'ils n'y sont qu'en petit nombre.

M. *Villemin* intervient à son tour dans cette discussion. M. Colin (d'Alfort) a prétendu, dit-il, que l'inoculation des matières non tuberculeuses pouvait produire la tuberculose elle-même. En effet, on a pu le croire il y a quinze ou dix-huit ans, alors que certains expérimentateurs, au lieu de pratiquer l'opération qui constitue une inoculation réelle, à savoir l'insertion sous la peau, par une plaie insignifiante, d'une pareille minime de matière à inoculer, ont fait de larges plaies avec décollement de la peau, dans lesquelles ils ont insinué de grosses masses de substances organiques de toutes sortes. Il s'est naturellement produit des plaies suppurantes et tous les phénomènes locaux et généraux de l'infection; mais il ne faudrait pas confondre ces sortes de lésions avec le tubercule. Sans doute, on pouvait s'y méprendre autrefois, on a longtemps cru que les lésions de l'infection purulente étaient des tubercules développés sous l'influence de l'inflammation traumatique ; chez les animaux on peut encore s'y tromper plus aisément ; souvent aussi l'on n'a pas assez pris garde au manque de précautions nécessaires pour éviter la contamination tuberculeuse soit par des instruments insuffisamment nettoyés, soit par la cohabitation des animaux tuberculeux avec les autres; enfin les tissus inoculés ont pu être pris sur des sujets phthisiques dont le sang est sans conteste susceptible de développer la tuberculose par inoculation, ainsi que l'ont montré divers observateurs. Mais de nouvelles recherches ont été instituées avec toutes les précautions nécessaires, de manière à pratiquer les inoculations dans le sens réel du mot, et les expérimentateurs qui avaient affirmé que la tuberculose pouvait être engendrée par des traumatismes banals, des plaies vulgaires comme celle des sétons, par l'inoculation de

liquides pyohémiques, de substances putrides, etc., ont reconnu successivement leur erreur; c'est ainsi qu'ont agi Conheim, Burdon Sanderson, Wilson Fox et autres. Il est aujourd'hui avéré que le tubercule et les matières, quoique non tuberculeuses, mais prises sur des sujets tuberculeux, donnent seuls la tuberculose par inoculation; si dans quelques cas, non imputables à la contamination, des substances étrangères à la tuberculose ont produit des lésions plus ou moins semblables au tubercule, il suffit alors de réinoculer ces pseudo-tubercules et l'on peut être certain qu'à l'encontre des lésions nées de l'inoculation des substances recueillies sur des sujets tuberculeux, ils sont entièrement et toujours stériles. Seul M. Colin persiste à ne pas vouloir admettre la virulence et la spécificité de la tuberculose et à croire encore, comme en 1868, dans son rapport sur le mémoire de M. Villemin, « qu'on ne peut tenir l'existence du virus tuberculeux que pour une fiction dépouillée même de toute vraisemblance ». M. Villemin voudrait ne pas désespérer de la conversion de M. Colin. — Celui-ci a ajouté qu'il ne pouvait admettre que la plus minime quantité de matière morbide tuberculeuse suffise pour reproduire la maladie par voie d'inoculation; il a toujours vu les tuberculisations très étendues résulter de l'absorption de masses considérables de matière tuberculeuse et réciproquement. C'est là, suivant M. Villemin, un fait qui n'est applicable qu'à certaines circonstances restreintes de l'histoire des virus; l'inoculation peut être stérile si la gouttelette du liquide ou la parcelle des matières, retenues sur la pointe de la lancette, ne contiennent pas l'élément figuré, siège de la virulence; d'autre part, cent microbes parviendront plus vite que deux ou trois à la création d'une nouvelle colonie destinée à envahir l'organisme; mais il n'en reste pas moins vrai que la plus minime quantité de matière morbide suffit pour reproduire la maladie par voie d'inoculation. M. Villemin cite à cet égard des expériences publiées par M. Colin lui-même dans le *Bulletin de l'Académie*, en 1879, et dans lesquelles il avait déterminé une tuberculisation généralisée à tous les parenchymes et à tous les tissus à la suite d'une très faible inoculation.

« Quoi qu'il en soit, déclare M. Villemin en terminant, l'heure n'est pas loin où il y aura unanimité sur les faits principaux; il ne restera bientôt plus que quelques dissidences touchant des points secondaires sur lesquels les interprétations continueront à varier. Nous allons encore, par exemple, discuter quelque peu sur les microbes dont l'histoire naturelle n'est point achevée; mais elle se complètera progressivement. Voyez comme la découverte du corpuscule-germe a éclairé la pathogénie du charbon! Il y a, très probablement, quelque chose d'analogue dans le bacille de la tuberculose, et dont la démonstration fera cesser bien des contradictions. Déjà MM. Malassez et Vignal ont soulevé un coin du voile. Je suis certain que ni l'Académie, ni M. Colin lui-même ne refuseront leurs encouragements aux recherches de ce genre. »

M. *Colin* (d'Alfort) se réserve de répondre longuement à M. Villemin dans la prochaine séance; l'expérience qu'il a publiée en 1879 était un fait rare de tuberculose osseuse; si l'animal avait été, il est vrai, inoculé avec une très petite quantité de matière, la généralisation de la maladie était due à l'introduction profonde dans le tissu cellulaire des produits inoculés; dans de telles conditions il se forme un foyer caséeux étendu qui, grâce aux voies lymphatiques, se généralise ultérieurement.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 11 JANVIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. BUCQUOY.

Transfusion du sang dans la maladie de Bright : M. Dieulafoy. — Rapport sur la revaccination obligatoire : M. Dumontpallier. (Discussion.)

M. *Millard* en quittant le fauteuil de la présidence adresse quelques paroles de remerciement aux membres du bureau sortant. Il invite M. Bucquoy à lui succéder. — M. *Bucquoy* prend la présidence de la Société pour l'année 1884.

— M. *Dieulafoy* donne lecture d'un mémoire sur *la transfusion du sang dans la maladie de Bright* (voy. p. 37).

M. *Dujardin-Beaumetz* est d'avis que la transfusion ne peut avoir d'utilité réelle que chez les individus affaiblis par une perte de sang considérable, et croit cette opération contre-indiquée lorsqu'il existe des lésions matérielles des organes. Depuis que la transfusion a été pratiquée pour la première fois, elle a été tour à tour l'objet d'un enthousiasme exagéré ou d'un discrédit excessif. On l'a employée sans succès dans la plupart des affections dyscrasiques et, dernièrement encore, elle a échoué, ou n'a produit qu'une amélioration passagère entre les mains de M. Hayem, dans un cas d'anémie pernicieuse progressive. Elle paraît en effet devoir échouer fatalement chez les malades atteints d'altérations organiques de quelque importance. Peut-être pourrait-elle avoir quelque utilité contre les accidents urémiques, mais on s'expliquerait difficilement son influence sur les lésions profondes des reins chez les brightiques. M. Dieulafoy propose les transfusions répétées chez ces malades comme méthode thérapeutique, mais peut-être admet-il trop facilement comme définitivement établie l'origine dyscrasique de la maladie de Bright?

M. *Dieulafoy* fait observer qu'il n'a voulu tirer aucune conclusion des faits rapportés dans son mémoire, et qui démontrent seulement, jusqu'ici, l'amélioration évidente de l'état des brightiques après la transfusion. Il a, pense-t-il, établi nettement qu'il n'y a aucun inconvénient à pratiquer chez ces malades la transfusion, dans de bonnes conditions, et que les accidents urémiques paraissent s'amender après l'opération.

M. *Albert Robin* est frappé de ce fait que la constitution élémentaire du sang d'un hémophilique semble modifiée par la transfusion d'une minime quantité de sang normal, puisque les hémorrhagies se suspendent. Il pense que les recherches pourraient, dès lors, s'engager dans une nouvelle voie. Peut-être, en effet, est-ce à une diminution de la plasmine qu'il faut attribuer la dyscrasie des hémophiliques; or, les travaux d'Alex. Schmidt ayant établi que la présence dans le sang d'une certaine quantité d'un ferment soluble est nécessaire pour transformer la sérine en plasmine, peut-être serait-il rationnel d'admettre que c'est par l'introduction de ce ferment dans le sang de l'individu transfusé que l'on a modifié la composition de son liquide sanguin. Des recherches chimiques précises sur la quantité de matière fibrinogène et de ferment soluble, avant et après l'opération, dans le sang du sujet transfusé, pourraient éclairer la question et démontrer que le ferment est seul utile dans la transfusion. Ce sont là, à coup sûr, des hypothèses, mais elles peuvent conduire à des découvertes d'une réelle importance.

— M. *Dumontpallier* lit un rapport au vice-recteur de l'Académie de Paris sur la *revaccination* obligatoire dans les lycées et collèges, en réponse à une lettre du docteur Ancelon (de Nancy) adressée le 11 octobre 1883 à M. le ministre de l'instruction publique. Il établit d'une façon indiscutable l'utilité de la revaccination au point de vue de la prophylaxie générale de la variole, et fait voir que l'argument tiré de l'atteinte à la liberté individuelle, pour combattre la revacci-

nation *obligatoire,* est sans valeur. « L'administration serait coupable, pour satisfaire la liberté d'un seul, de mettre en danger la sécurité de tous. » D'autre part, il démontre l'innocuité absolue de la revaccination, et fait voir que la syphilis vaccinale est extrêmement rare, et que l'on peut toujours éviter un semblable accident avec des précautions apportées dans le choix du vaccinifère. Il croit qu'il vaut mieux rejeter le vaccin animal, dans la pratique des *revaccinations,* les résultats positifs étant jusqu'alors moins nombreux que ceux fournis par le vaccin jennérien. Il formule, en terminant, les conclusions suivantes : 1° l'immunité antivarioleuse conférée par une première vaccination ayant une durée limitée, et le certificat de vaccination n'offrant qu'une garantie transitoire, la *revaccination est utile, nécessaire;* 2° la revaccination étant utile et nécessaire, elle doit être *obligatoire* dans les lycées et collèges.

Une discussion s'engage dans laquelle M. *Tenneson* émet l'opinion que la syphilis vaccinale est plus fréquente qu'on ne le croit, les observations de ce genre n'étant pas publiées, la plupart du temps par suite de considérations faciles à comprendre. Il pense, d'ailleurs, qu'on ne peut jamais être absolument certain que le sujet qui fournit le vaccin est indemne de syphilis communicable.

Telle n'est pas l'opinion de M. *Desnos,* qui fait observer que, chez les jeunes enfants de cinq à six mois, l'absence de tout accident antérieur de syphilis, et les apparences d'une belle santé, sont de sûrs garants contre tout danger de contamination syphilitique par le vaccin qu'ils fournissent. Après cet âge, on n'aura d'ailleurs affaire qu'à des accidents de syphilis tertiaire non inoculables.

M. *Dumontpallier* proteste contre la fréquence de la syphilis vaccinale; les statistiques et l'observation de tous les jours établissent clairement son extrême rareté. On a pris parfois pour des accidents de syphilis vaccinale, une évolution anormale de la vaccine, et, dans d'autres cas, la contamination a été produite, au niveau des boutons de vaccine légitime, par des contacts étrangers de nature diverse, postérieurs à la vaccination elle-même.

— Les conclusions du rapport de M. Dumontpallier sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

ANDRÉ PETIT.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 9 JANVIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Grossesses extra-utérines, fœtus extraits par la laparotomie ; M. Lucas Championnière.— Genu valgum ; M. Després.— Calcul uréthral, extraction, rapport : M. Guyon.— Pied plat valgus douloureux avec manifestations du côté de l'articulation péronéo-tibiale inférieure : M. Terrillon. — Pince porte-anse : M. Guyon.— Sarcome des fosses nasales : Terrillon.

M. *Lucas Championnière* présente les photographies de deux fœtus qu'il a extraits par la laparotomie dans deux cas de grossesse extra-utérine. Les deux mères avaient de la fièvre, de l'amaigrissement et tous les symptômes de l'hecticité; chez l'une la grossesse datait de quinze mois, l'enfant fut trouvé nageant librement dans un kyste purulent, dans un état de conservation relatif; chez l'autre la grossesse remontait à vingt-six mois, l'enfant était adhérent aux parois du kyste; on dut l'en séparer très laborieusement ; une jambe et un pied durent même être abandonnés dans la poche. Dans les deux cas, la guérison eut lieu sans ascension du thermomètre; elle est complète chez l'une des malades, chez l'autre, il reste une fistule. Les deux malades ont eu leurs règles depuis l'opération.

— M. *Després* montre un jeune homme atteint de genu valgum, qu'il a déjà présenté dans une séance précédente. Ce malade a été soumis à un traitement par l'électricité et déjà la déformation est moins prononcée; nul doute qu'elle ne disparaisse complètement, tandis que, si le malade était abandonné à lui-même, elle s'exagérerait et deviendrait alors justiciable de l'ostéotomie ou de l'ostéoclasie. C'est parce qu'on ne voit pas ces malades au début de l'affection, qu'on incrimine d'emblée le squelette alors que l'affaiblissement musculaire seul est le point de départ des déformations.

— M. *Guyon* lit un rapport sur une observation adressée par M. Follet (de Lille), relative à un calcul uréthral extrait par une boutonnière périnéale. Le malade, âgé de quinze ans, offrait depuis huit ans des troubles de la miction : fréquentes et impérieuses envies d'uriner, au point de produire les inconvénients de l'incontinence et de souiller continuellement les vêtements; jamais de rétention; depuis quelques semaines seulement, altération des urines. La physiologie du réservoir urinaire rend bien compte des phénomènes observés chez ce malade. En effet, insensible au contact, ce qui lui permet de remplir son rôle de réservoir, la vessie laisse se développer dans son intérieur de très gros calculs sans réaction, en dehors de celles déterminées par le traumatisme de la marche, de la voiture, etc.; il n'en est pas de même lorsque la pierre siège au niveau du col ou dans la partie profonde de l'urèthre. C'est ce qui s'est passé chez le jeune malade en question; l'excitation constante de la portion membraneuse le sollicitait sans cesse à la miction. L'absence de rétention d'urine s'explique facilement par la musculature très développée de la vessie dans le jeune âge; il se trouvait dans les conditions des jeunes rétrécis, qui vident parfaitement leur vessie, malgré la coarctation uréthrale. Enfin le développement tardif des altérations de l'urine ne doit pas surprendre, car ce sont les manœuvres intravésicales et le séjour prolongé de l'urine dans la vessie qui déterminent la cystite.

Le siège du calcul parfaitement déterminé par le cathétérisme, le toucher rectal et le palper périnéal imposait nécessairement la voie à suivre pour son extraction. L'incision hypogastrique, qui désormais est la méthode de choix pour les calculs vésicaux qui par leur volume ou leur dureté ne sont pas justiciables de la lithotritie, devait évidemment céder le pas à la boutonnière périnéale. C'est ce que comprit M. Follet, qui donna issue par ce procédé opératoire à un calcul du poids de 30 grammes, allongé et mesurant 4 centimètres sur 2 centimètres 1/2 de diamètre.

— M. *Terrillon* fait une communication sur le pied plat valgus douloureux par impotence musculaire avec manifestations du côté de l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Après avoir rappelé les travaux de Duchenne (de Boulogne) et de M. Gosselin sur la même question, il dit que ces auteurs n'ont pas signalé cette détermination secondaire possible. Dans trois cas qu'il a eu occasion d'observer chez des adolescents, deux jeunes gens et une jeune fille, il a trouvé une douleur vive, à la pression, au niveau de l'articulation péronéo-tibiale inférieure des deux côtés, et sur la face externe du calcanéum avec mobilité anormale, et même chez la jeune fille, il a constaté des fongosités articulaires d'un côté. Ces lésions secondaires sont le résultat de l'impotence du long et du court péronier latéral et surtout du jambier antérieur. Ce dernier muscle ne relevant plus le bord interne du pied, il en résulte que ce n'est plus seulement l'avant-pied, comme dans la tarsalgie, mais le pied tout entier qui se renverse en dehors, de sorte que la face externe du calcanéum vient appuyer sur la pointe de la malléole et que l'articulation péronéo-tibiale inférieure tend à s'écarter. La localisation de l'impotence musculaire a été déterminée au moyen de l'électricité, les courants faisaient disparaître la

difformité. Quant à l'origine de ce trouble fonctionnel, elle est non pas périphérique, mais centrale, ainsi que l'amélioration rapide par l'électrisation de la moelle l'a montré.

Les indications thérapeutiques qui découlent de la pathogénie de l'affection sont les suivantes : maintenir le pied au moyen d'une bottine à tuteurs; rappeler la contractilité musculaire par les courants induits, le massage et les douches.

M. *Trélat* demande pourquoi M. Terrillon n'a pas ajouté une quatrième phase à l'évolution de l'affection, celle de la subluxation astragalo-scaphoïdienne.

M. Trélat a beaucoup étudié cette question du pied plat valgus douloureux, et il est arrivé à se convaincre que le siège des arthralgies est multiple, de même que le siège et la nature des troubles fonctionnels des muscles. Dans son enseignement, il rend fréquemment les élèves témoins de ces localisations multiples. Il a trouvé malades les péroniers latéraux, le jambier antérieur et même le jambier postérieur. On peut avoir affaire, soit à de l'impotence musculaire, soit à de la contracture, soit à des raideurs articulaires, soit à des déformations ; toutes ces causes peuvent d'ailleurs se combiner chez le même malade. Pour arriver à reconnaître la lésion en cause, il faut multiplier les moyens d'investigation : l'électrisation révèlera l'impotence; l'anesthésie dévoilera les raideurs musculaires et articulaires.

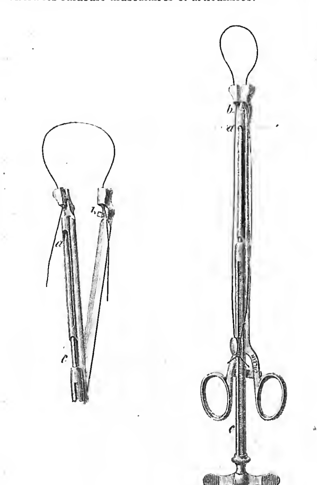


FIG. 1. FIG. 2.

M. *Monod* n'a pas trouvé la douleur au niveau de l'articulation péronéo-tibiale inférieure, bien qu'il l'ait recherchée chez une jeune fille de vingt ans, qu'il observe en ce moment. Il se demande pourquoi on ne trouve rien du côté de la face externe du calcanéum, venant par la renversement en dehors presser sur la malléole péronière.

M. *Desprès* considère les lésions articulaires du pied plat valgus douloureux comme tout à fait secondaires. Cette affection, comme Duchenne (de Boulogne) l'a bien vu, n'est autre qu'un affaiblissement des puissances musculaires cessant de se faire équilibre.

M. *Lannelongue* ne conteste pas la rigueur des observations de M. Terrillon; mais il fait remarquer que, si la tarsalgie peut aboutir, ce qui ne cesse pas de l'étonner, à des fongosités articulaires, bien plus souvent les arthrites tibiotarsiennes s'accompagnent de pied plat valgus douloureux, d'atrophie et d'impotence musculaires.

— M. *Guyon* présente à la Société de chirurgie, au nom de M. Collin, un nouveau serre-nœud destiné à l'ablation des polypes utérins. (Voir les figures ci-contre.)

Pour éviter les difficultés qu'éprouve le chirurgien en plaçant le fil de métal à la base du polype et pour bien saisir le pédicule, M. Collin, a réuni deux instruments en un seul.— Une pince (fig. 1), dont les mors creusés reçoivent le fil métallique, permet au chirurgien de disposer l'anse suivant le volume de la tumeur; les branches sont ouvertes pour porter le fil, on les rapproche lorsque ce dernier est bien en place, la tumeur est ainsi justement saisie à sa base. En poussant le serre-nœud *c c*, qui avance par glissement, on fixe solidement les deux mors au moyen du verrou *a b*, comme le montre la figure 2. Le fil de métal est ensuite fixé autour du curseur, puis on tourne la vis pour opérer la section.

— M. *Terrillon* présente un malade qu'il a opéré d'un sarcome des fosses nasales par la méthode de Chassaignac; le résultat est excellent.

M. *Guyon* rappelle à ce sujet qu'il a opéré de la même affection, il y a dix ans, un malade et qu'il n'y a pas eu de récidive.

Alfred POUSSON.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 9 JANVIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. DELPECH.

Inhalation d'acide carbonique dans la coqueluche : M. Campardon. — Curabilité de la méningite tuberculeuse. La laryngite spasmodique coqueluchoïde et son traitement (M. Séjourné) : M. Guyet. — Déformations : M. Dally. — Propriétés hypnotiques de la paraldéhydo : M. Dujardin-Beaumetz.

M. *Campardon* présente un appareil pour les inhalations d'acide carbonique, préconisées contre la coqueluche. (Voy. la séance du 24 octobre 1883.)

M. *Durand-Fardel* a observé les bons effets des inhalations de gaz carbonique dans le cas de coryza chronique.

M. *C. Paul* rappelle les propriétés analgésiques de ce gaz et les résultats satisfaisants de son emploi dans la phthisie laryngée douloureuse. Il préfère, cependant, dans ce cas, l'inhalation de vapeurs phéniquées.

— M. *Guyet* donne lecture d'un rapport sur deux mémoires adressés à la Société par M. Séjourné, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant. Ces mémoires sont intitulés : *De la curabilité de la méningite tuberculeuse* et *De la laryngite coqueluchoïde et de son traitement*. Le rapporteur conclut à l'inscription de M. Séjourné sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société. — Ces conclusions sont adoptées.

M. *Moutard-Martin*, membre de la commission chargée d'examiner ces mémoires, fait remarquer qu'il est prudent de formuler quelques réserves au sujet du diagnostic de *méningite tuberculeuse*, dans les deux cas rapportés par

l'auteur comme exemples de guérison de cette affection. En effet, ces deux malades étaient arrivés à un âge où la méningite simple est plus fréquente que la méningite tuberculeuse : celle-ci se montrant bien rarement entre vingt et vingt-cinq ans ; en outre, leur guérison est encore bien récente et, si l'on admettait l'exactitude absolue du diagnostic, on pourrait songer à une de ces améliorations parfois assez longues, à un de ces temps d'arrêt que présente l'évolution spontanée de la méningite tuberculeuse. Dans son second travail, M. Séjourné paraît admettre que la laryngite spasmodique et la toux coqueluchoïde peuvent être la cause efficiente de la tuberculose pulmonaire ; c'est là une erreur d'interprétation, et l'on doit établir entre ces divers accidents une relation précisément inverse. Il est un moyen de traitement que l'auteur a omis de signaler, et qui a fourni à M. Moutard-Martin d'excellents résultats dans des cas analogues, c'est le badigeonnage du fond de la gorge avec une solution concentrée de bromure de potassium.

— M. *Dally* dépose sur le bureau son article *Déformations*, publié dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

— M. *Dujardin-Beaumetz* a institué quelques recherches expérimentales sur le pouvoir hypnotique de la *paraldéhyde éthylique*. C'est un liquide, peu soluble dans l'eau, présentant une odeur de fruits fermentés analogue à celle de l'aldéhyde, et qui a été expérimenté en Italie par Cervello, Morselli, et en Belgique par Masius. La solution dont s'est servi M. Dujardin-Beaumetz a été préparée par M. Yvon d'après la formule suivante : paraldéhyde, 20 grammes ; alcool à 90 degrés, 100 grammes ; sirop simple, 75 grammes ; teinture de vanille, 5 grammes. — Cette solution est *au dixième*, et contient, par conséquent, 1 gramme de paraldéhyde par 10 grammes. M. Dujardin-Beaumetz a administré de 28 à 30 grammes de cette solution, dans un verre d'eau sucrée, à des malades femmes qui, précédemment, avaient fait usage de chloral aux mêmes doses, c'est-à-dire à 2 et 3 grammes. Une seule, atteinte de coliques hépatiques, a été prise de vomissements et n'a obtenu aucun soulagement ; mais toutes les autres ont été assez rapidement plongées dans un sommeil calme et profond, accompagné de rêves le plus souvent agréables, et suivi d'un réveil exempt de tout malaise. La dose de 2 grammes semble, jusqu'ici, devoir être préférée ; en effet, quelques malades ont présenté, avant le sommeil, une période d'excitation analogue à celle de l'ivresse, et cette période s'est montrée plus longue et plus bruyante lorsque la dose de paraldéhyde a été portée à 3 grammes. Cette période d'excitation paraît être susceptible d'une interprétation tout analogue à celle des mêmes phénomènes qui accompagnent l'ivresse ; on sait, en effet, que l'alcool ingéré subit des combustions dans l'économie et se transforme, en partie, en aldéhyde, dont la paraldéhyde n'est qu'un polymère. La solution de paraldéhyde présente, comme hypnotique, sur le chloral, un certain nombre d'avantages : elle n'a pas un goût aussi accusé, ne cause aucune irritation de la gorge, aucune douleur d'estomac, et produit un sommeil plus profond. — Ces résultats sont confirmatifs de ceux qu'ont publiés les auteurs étrangers ; mais une plus longue expérimentation est nécessaire pour établir si l'usage un peu prolongé de la paraldéhyde n'aurait pas des inconvénients analogues à ceux de l'ingestion répétée de l'alcool.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André PETIT.

REVUE DES JOURNAUX

Empoisonnement par le laburnum, par le docteur LANE. — Ce médecin a observé huit cas d'empoisonnement par les fruits de ce végétal chez des enfants. Leur facies était pâle, ils éprouvaient de violentes douleurs abdominales, des nausées, des vomissements et dans les matières vomies on constatait la présence des débris de ces fruits. Le pouls était filiforme ; il existait de la faiblesse musculaire et de l'agitation nocturne. Chez un des malades on constatait de la diarrhée. Les pupilles étaient normales ou faiblement dilatées.

Ces symptômes débutèrent une heure ou une heure et demie après l'ingestion du poison ; ils furent combattus avec succès par le vin d'ipécacuanha et le sulfate de zinc. Ce dernier déprimait moins que le vin vomitif. (*The British med. Journ.*, 1er septembre 1883, p. 431.)

De l'adénopathie bronchique comme cause d'irritation du nerf pneumogastrique, par Edward BRUEN. — La difficulté principale du diagnostic consiste à séparer ces cas de la phthisie vraie, dont les symptômes du début sont obscurs. D'ailleurs les modifications de la sonorité, la respiration bronchique, parfois la présence de râles humides et l'augmentation de la résonance vocale peuvent exister dans l'une et l'autre de ces maladies. La rachialgie et les troubles du rythme respiratoire font aussi souvent défaut dans la phthisie pulmonaire. L'hystérie et l'irritation spinale peuvent être mises hors de cause par le diagnostic. Si l'incertitude persistait, le traitement seul montrerait que le malade est en puissance d'adénopathie bronchique et que les accidents sont causés par l'irritation du pneumogastrique. (*The Amer. Journ. of med. Science*, juillet 1883.)

Une complication buccale des oreillons, par G. CLARKE. — Cette complication qui consiste dans la sécheresse, la rudesse et l'endurcissement de la muqueuse buccale, serait due à l'absence de lubréfaction des parois de la bouche par défaut de salive. La soif est insatiable, la chaleur buccale désagréable et la déglutition difficile. Le docteur Clarke recommande la galvanisation par les courants continus comme le plus efficace des moyens thérapeutiques. Le pôle positif est appliqué sur la nuque, et le pôle négatif consiste dans une aiguille d'argent introduite pendant dix minutes dans le conduit excréteur de chaque glande. Cette médication a été suivie en quelques jours de la guérison de ces accidents contre lesquels on avait inutilement fait usage de collutoires au chlorate de potasse et à la glycérine, du jaborandi, du mercure et de l'iodure de potassium. (*The Lancet*, 23 juin 1883.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

LA GÉOGRAPHIE MÉDICALE, par M. A. BORDIER. Paris, G. Reinwald. — La librairie C. Reinwald vient de mettre en vente le 10e volume de la *Bibliothèque des sciences contemporaines*. Ce volume contient la *Géographie médicale* de M. le docteur A. Bordier, professeur à l'Ecole d'anthropologie. Pour accompagner ce volume de 688 pages, l'auteur a dressé une série de 21 cartes, qui se vendent séparément, mais qui sont disposées de manière à pouvoir être reliées aux endroits utiles dans le volume. Ce livre répond à un besoin réel. Nous sommes à une époque où les relations de plus en plus fréquentes entre les peuples les plus éloignés ont rendu indispensable la connaissance de l'action des milieux, et il faut reconnaître que les ouvrages actuels sur la géographie médicale, bien que très méritants à beaucoup d'égards, renferment des lacunes que l'auteur s'est efforcé de combler, notamment en ce qui touche l'anthropologie et l'ethnologie.

VARIÉTÉS

Assistance publique. — Par décret en date du 26 décembre 1883, sont nommés membres du Conseil de surveillance : MM. de Salverte, maître des requêtes au Conseil d'Etat; les docteurs Béclard, doyen de la Faculté de médecine, et Moutard-Martin, médecin des hôpitaux de Paris; Goupy, représentant du conseil des prud'hommes, et Rochard, négociant, pris en dehors de toute catégorie.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 25 janvier). — Ordre du jour : M. Debove : Sur la pneumonie chronique. — M. Dieulafoy : Sur la transfusion du sang dans le diabète sucré. — M. Fernet : De la tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë.

Société française de tempérance. — La Société a formé son bureau comme il suit pour l'année 1884 : *président*, M. Jules Bergeron, de l'Académie de médecine; *vice-présidents*, MM. Duverger, Bouchardat, Fauvel et Barthélemy Saint-Hilaire; *secrétaire général*, M. le docteur L. Lunier; *secrétaires généraux adjoints*, MM. les docteurs Decaisne et Vidal; *secrétaires des séances*, MM. Guignard et Audigé; *bibliothécaire-archiviste*, M. le docteur A. Motet; *trésorier*, M. Jules Robyns.

Nous croyons devoir rappeler que la Société décerne chaque année, dans sa séance solennelle du mois de mars, un certain nombre de médailles et de livrets de Caisse d'épargne aux instituteurs, chefs d'atelier, contre-maîtres, ouvriers, serviteurs et toutes autres personnes qui lui sont signalées comme s'étant fait remarquer par leur sobriété exemplaire et leur propagande en faveur de la tempérance. Toutes les demandes de récompenses, avec pièces à l'appui, doivent être adressées, avant le 5 janvier 1884, au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, où sont également reçues les adhésions.

Médecine navale. — Ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de directeur : M. Bérenger-Féraud.
Au grade de médecin en chef : M. Fabre.
Au grade de médecin principal : 2e tour (choix). M. Le Grand.

Légion d'honneur. — Sont nommés chevaliers dans l'ordre national de la Légion d'honneur : MM. Straus, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, chargé d'une mission scientifique en Egypte pour y étudier le choléra; Nocard, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, chargé d'une mission scientifique en Egypte pour y étudier le choléra.

Professorat. — Par suite de l'admission à la retraite de M. Courty, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, et du décès de M. Michel, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, MM. les professeurs Castan (Montpellier) et Lallement (Nancy) sont promus de la quatrième à la troisième classe.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés *officiers de l'instruction publique :* MM. les docteurs Masse (Bordeaux), Fayet (Caen), Fredet (Clermont-Ferrand), Maillard et Viallanes (Dijon), Herbet (Amiens), Rambaud (Lyon), Gross (Nancy), Aubrée (Rennes), et Saillard (Besançon).

Sont nommés *officiers d'académie :* MM. Panis (Reims), Prunier (Paris), Chapoy (Besançon), Pitres (Bordeaux), Thierry (Rouen), Castiaux (Lille), Berlioz (Grenoble), Letiévant (Lyon), Bimar (Montpellier), Frébault (Toulouse), Arnaud (Paris), Boulard (Paris), Chamberland (Paris), et Moquin-Tandon (Besançon).

Faculté de médecine de Lyon. — La chaire d'anatomie pathologique de la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Lyon est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

École pratique des hautes études. — M. Roux, chargé des fonctions d'aide-préparateur au laboratoire de chimie physiologique, est chargé des fonctions de sous-directeur audit laboratoire.

Cours de l'École pratique. — M. le docteur Gillet de Grandmont commencera son cours d'ophthalmologie, à l'Ecole pratique, le mardi 5 février, à huit heures (amphithéâtre n° 3), et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Projections lumineuses. Reproductions graphiques.

Cours d'obstétrique. — MM. Bar, accoucheur des hôpitaux, et Auvard, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité, commenceront le 5 février un cours complet d'accouchements en cinquante leçons. Ce cours aura lieu tous les jours à quatre heures et demie, 20, rue Dauphine.

Pour se faire inscrire et pour les renseignements, s'adresser tous les jours, à quatre heures et demie, 20, rue Dauphine.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer que Mme Vulpian vient de succomber, après une très courte maladie; cette nouvelle sera accueillie avec une douloureuse émotion par tout le corps médical, où M. le professeur Vulpian est entouré du respect et de l'affection de tous.

— On annonce la mort de M. le docteur Antoine-Hippolyte Raymond, décédé à Sainte-Florine, le 6 décembre 1883, à l'âge de soixante-quatorze ans; — de M. le docteur Giraud, décédé à Paris le vendredi 4 janvier, à l'âge de soixante-dix-neuf ans. On lui doit des travaux sur la fécondation artificielle.

Mortalité a Paris (2e semaine, du vendredi 4 au jeudi 10 janvier 1884). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1055, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 21. — Variole, 2. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 12. — Diphthérie, croup, 41. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 1. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 43.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 197. — Autres tuberculoses, 21. — Autres affections générales, 72. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 57. — Bronchite aiguë, 40. — Pneumonie, 77. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 38; au sein et mixte, 19; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 106; de l'appareil circulatoire, 79; de l'appareil respiratoire, 60; de l'appareil digestif, 56; de l'appareil génito-urinaire, 19; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 11. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 39. — Causes non classées, 9.

Conclusions de la 2e semaine. — Le service de statistique a reçu notification, pendant la semaine actuelle, de 1055 décès, au lieu de 1017 signalés pendant la semaine précédente.

Fièvre typhoïde (21 décès); diphthérie (41); rougeole (19); variole (2); scarlatine (4); bronchite aiguë des enfants (40); pneumonie (77); athrepsie des jeunes enfants (59).

Dr Jacques Bertillon,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Histoire de la médecine d'Hippocrate. A. Broussais et ses successeurs, par M. S.-M. Guardia. 1 vol. in-18, cartonné diamant de 600 pages. O. Doin. 7 fr.

La longévité et les moyens de l'acquérir, par M. Joseph G. Richardson, traduit de l'anglais, par M. P. Barrué. 1 beau volume in-18 de 180 pages. Paris, Asselin et Cie. 2 fr.

La fièvre typhoïde chez le cheval et chez l'homme, par M. le docteur Servoles. 1 vol. in-8 avec planches. Paris, Asselin et Cie. 8 fr.

La fièvre typhoïde, étiologie, prophylaxie. Mesures à prendre pour se préserver des maladies infectieuses en général, par M. le docteur F. Vulliet. Paris, J.-B. Baillière et fils. 1 fr. 50

Manuel du laboratoire de physiologie, par MM. J. Burdon-Sanderson, Forster et Brunton. Traduit de l'anglais par M. G. Moquin-Tandon. 1 fort vol. in-8 avec 184 figures intercalées dans le texte. Paris, Félix Alcan. 14 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 24 janvier 1884.

LE PROJET DE LOI SUR LES ALIÉNÉS. — INOCULATION ACCIDENTELLE DE LA TUBERCULOSE. — IMPORTATION DE VIANDES TRICHINÉES. — L'ANESTHÉSIE CHLOROFORMIQUE PAR LA MÉTHODE DES MÉLANGES TITRÉS DE M. P. BERT. — DU RÔLE DES MICROBES DANS L'ÉVOLUTION DES PLAIES.

Académie de médecine : Le projet de loi sur les aliénés. — Inoculation accidentelle de la tuberculose à l'homme.

On se rappelle que l'Académie avait chargé une commission de lui présenter un rapport pour servir de base à une discussion sur les modifications que les pouvoirs publics projettent d'introduire dans la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. M. Blanche a lu mardi, au nom de cette commission, un rapport très étendu, très étudié, sur lequel les débats s'ouvriront probablement dès la séance prochaine.

— M. Verneuil a porté à la tribune de l'Académie l'observation d'un ancien externe de M. Cadet de Gassicourt qui, en juillet 1877, s'était piqué pendant une autopsie; au cinquième jour il ressent une légère douleur au niveau de la racine de l'ongle de l'annulaire droit, et il se forme une petite papule au sommet de laquelle apparaît un point blanchâtre qui s'ouvre et d'où il s'écoule une gouttelette de pus. La tumeur s'accroît et prend la forme du tubercule anatomique; puis, en 1880, lorsque M. Verneuil l'examine, elle a l'aspect d'un ulcère scrofuleux. L'amputation est pratiquée et l'on ouvre en même temps un abcès du dos de la main dont la paroi épaisse rappelle absolument les tissus tuberculeux décrits par M. Lannelongue. Depuis cette époque, apparition d'abcès froids au niveau des vertèbres lombaires, et plus tard éclatent tous les signes d'une méningite rachidienne produite par des collections ossifluentes. — M. Verneuil propose, pour expliquer la succession de ces phénomènes, l'hypothèse d'une inoculation accidentelle de la tuberculose; M. Vidal, le médecin de Saint-Louis, a, de son côté, affirmé déjà que la plupart des « tubercules anatomiques » sont de *vrais tubercules* inoculés au cours des autopsies. Certainement la démonstration rigoureuse est loin d'en être donnée, et M. Ver-

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Hollande : Congrès des médecins des colonies à Amsterdam. — Les premiers médecins hollandais aux colonies. — Procédés confraternels au dix-septième siècle. — Les frères Stalpart van der Viel et Cornelis Solingen. — Consultation frappante et Argumentatio fustis. — L'enseignement de la médecine dans les Universités hollandaises. — Nombre des médecins en Hollande. — Leur situation. — Faut-il unifier les grades et rendre libre l'exercice de la médecine? — Conséquences de la liberté en Allemagne.

L'exposition d'Amsterdam a eu, comme celle de Paris en 1878, ses congrès scientifiques; nous ne nous occuperons que d'un seul, celui des médecins des colonies. Présidé par le professeur Stokvis, qui prononça le discours d'ouverture en langue française, il comptait des médecins distingués de tous les pays : parmi les noms français, nous relevons ceux de MM. Le Roy de Méricourt et Cordes; l'Angleterre avait envoyé MM. Sydney Jonos, Norman Cheevers, le directeur de l'Ecole de médecine militaire de Nettley, M. de Chaumont; M. Hirsch était venu de Berlin; M. da Silva Amado, de Lisbonne. Les discussions, autant qu'on peut en juger par les comptes rendus, ont présenté un intérêt soutenu, on s'est même occupé de questions intéressant à la fois les colonies et leurs métropoles, de l'importation du choléra, par exemple. M. de Chaumont a réclamé pour la prévenir l'adoption de mesures hygiéniques sérieuses et la suppression des quarantaines; cette opinion n'a guère été partagée que par ses confrères anglais. Ce n'est pas ici la place pour donner une analyse, même brève, des séances, nous nous bornerons à indiquer la partie dans laquelle sont rappelées les origines de la médecine coloniale. Elle date de trois cents ans : le premier travail connu est peut-être le livre de Garcia de Orto, médecin à Goa, traduit en latin par Clusius en 1563. Au siècle suivant, la suprématie maritime des Hollandais s'af-

neuil insiste lui-même sur quelques lacunes forcées de son observation. Mais en tous cas son fait nous paraît autrement net que celui qui concerne Laennec et qu'on semble accepter sans conteste; car la tuberculose n'aurait éclaté que vingt ans après l'inoculation présumée. Or, lorsqu'on se rappelle la multiplicité des voies d'absorption que la clinique admet maintenant: le tube digestif, les voies respiratoires, toutes les muqueuses enflammées, on se demande pourquoi faire jouer un rôle prépondérant à une légère éraillure de la peau par une scie. Laennec s'était trouvé assez souvent, depuis son inoculation, dans des foyers infectieux, pour qu'on ne songeât pas à incriminer une piqûre aussi ancienne.

Société de médecine publique : Importation des viandes trichinées.

A la séance d'avant-hier soir, 23 janvier, de la Société de médecine publique, une discussion des plus remarquables s'est élevée entre MM. Paul Bert et Brouardel sur les dangers de l'importation des viandes étrangères de porcs trichinés. Le premier a fait valoir, avec une grande force d'argumentation et une grande habileté, les motifs qui devaient faire tout au moins surseoir à la libre importation de ces viandes jusqu'au jour où des mesures auront pu être prises pour en reconnaître commodément, et en assurer avec des garanties efficaces, la bonne qualité. M. Brouardel a reproduit les considérations de fait qu'il avait déjà fait valoir devant l'Académie.

Nous apprenons aussi que la commission de l'Académie s'est réunie hier matin, et qu'elle a chargé M. Proust de lui présenter un rapport dans le plus bref délai.

Académie des sciences et Société de biologie. — L'anesthésie chloroformique par la méthode des mélanges titrés de M. Paul Bert.

La méthode d'anesthésie par le chloroforme, imaginée par M. Paul Bert et soumise à la Société de biologie, dans les séances des 22 décembre 1883 et 5 janvier 1884, à l'Académie des sciences dans la séance du 14 janvier dernier, repose essentiellement sur le principe suivant : atténuer et régler la tension des vapeurs du chloroforme en les mélangeant à une quantité d'air déterminée et relativement considérable; par exemple, faire respirer le mélange des vapeurs fournies par 8 grammes de chloroforme dans 100 litres d'air, proportion que l'expérience a démontrée à la fois efficace et sans danger, chez les animaux et dans un certain nombre d'opérations chez l'homme.

Rappeler ici les idées théoriques qui ont conduit M. Bert à chercher dans cette voie la solution du problème de l'anesthésie chirurgicale, nous entraînerait au delà des limites d'un exposé général; il suffit de noter que le danger de la chloroformisation résidait beaucoup plutôt, selon l'auteur, dans le degré de tension des vapeurs du chloroforme administré par la méthode ordinaire que dans la quantité de chloroforme absorbée. En effet, avec la méthode des mélanges, on arrive, en renouvelant la provision de l'anesthésique, à en administrer des quantités assez grandes pour obtenir un sommeil prolongé, et cela sans qu'il en résulte d'accidents. C'est avec le gazomètre qu'on peut obtenir ces mélanges titrés : l'appareil avec lequel ont été faites toutes les expériences et les opérations sur l'homme, est celui que le docteur de Saint-Martin a inventé et qui consiste en un gazomètre à deux cylindres, disposés de telle sorte que l'un des deux corps se vide pendant que l'autre se remplit. Cependant M. Dubois, préparateur de M. Bert, et assisté de M. Tatin, ingénieur constructeur, a réalisé un nouvel appareil moins fragile et plus simple, plus mobile que le précédent et dont la description a été présentée, le 12 janvier dernier, à la Société de biologie.

Les résultats des heureux essais faits sur l'homme, dans le service du docteur Péan, à la suite d'un grand nombre d'expériences sur les animaux, peuvent être résumés, ainsi que l'a fait M. Bert, dans les propositions suivantes :

« Pas de période répulsive; période de délire toujours faible, même chez les alcooliques, quelquefois nulle, même chez les adultes; insensibilité absolue et régulière obtenue en six ou huit minutes; sommeil calme, respiration, circulation, température normales; pas de nausée; aspect normal et tout à fait tranquillisant du malade qui dort; *anesthésie de retour* constante et souvent très prolongée; réveil calme, bien-être consécutif, rarement quelques nausées très faibles... »

Tel est le tableau séduisant tracé par l'auteur lui-même, qui se sent dès lors autorisé à formuler l'appréciation suivante : « La méthode que je viens de décrire me paraît, je le dis sans autre précaution de langage, résoudre complètement

---

firma; leurs médecins de marine sont à peu près les seuls qui aient étudié les maladies exotiques. Dès 1627, Bontius arrivait à Batavia sur un navire de la Compagnie des Indes. Il ne résista pas longtemps au climat et mourut à trente-six ans, après avoir réuni les matériaux d'un traité général sur la médecine des colonies publié après sa mort; puis vint Gulielmus Piso, ancien élève de Heurnius et de Screvelius, à Leide, docteur de la Faculté de Caen. Envoyé par la Compagnie au Brésil comme médecin en chef du gouverneur Jean-Maurice de Nassau, il fit d'intéressantes études sur la médecine, la faune et la flore du pays. Le dix-septième siècle a été certainement la période la plus brillante de l'histoire de la Hollande. Malgré ses dissensions politiques et ses malheurs, elle n'a jamais connu depuis pareille activité, ni dans les arts, ni dans les sciences; jamais ses peintres n'ont tant produit, jamais ses médecins n'ont tant écrit. Dissertations, observations et réflexions en langue vulgaire; opuscules, *adversaria*, traités complets sur la botanique ou l'anatomie, rien n'y manque. Il fallut cent ans pour que cette agitation s'arrêtât, et que les Facultés s'endormissent sous le stathoudérat de Boerhaave. Une époque active et féconde n'est presque jamais calme; on dirait que les luttes courantes impriment au caractère une irascibilité dont les effets se manifestent dans les rapports sociaux. Le docteur B. Krul vient d'exhumer un document qui jette un jour curieux sur la confraternité médicale vers le temps dont nous parlons. En 1677, les médecins les plus recherchés de La Haye étaient les frères Johann et Cornelis Stalpart van der Viel. Tous deux étaient docteurs de Leyde : le premier, qui enseignait l'anatomie à l'Ecole de médecine de la ville, s'occupait surtout de pathologie interne; le second, de chirurgie et d'accouchements. Leur concurrent le plus heureux était Cornelis Solingen; bon observateur, chirurgien habile et hardi, il écrivait souvent et ses travaux sont encore lus. Solingen était bourru, violent; il ne pouvait supporter ni discussion, ni contradiction. Au début, ses rapports avec les frères Stalpart van der

problème de la chloroformisation. Elle joint l'innocuité à la simplicité... » (Soc. biol., 5 janvier 1884.)

A coup sûr un grand pas vient d'être fait : quel que soit le procédé d'administration qui pourra varier, c'est en tenant compte du principe énoncé par M. Bert qu'on réalisera les plus grandes conditions de sécurité. Dire d'une façon formelle que le chirurgien sera désormais garanti contre tous les accidents de la chloroformisation, serait toutefois s'aventurer un peu : il en est évidemment du chloroforme comme de toutes les substances toxiques pour lesquelles il y a une moyenne de tolérance générale, mais qui cependant, aux doses le plus ordinairement inoffensives, produisent parfois des accidents graves chez certains sujets moins résistants. Qu'il s'agisse beaucoup plutôt de tension de vapeur que de quantité de substance active, nous l'acceptons volontiers, mais telle tension de vapeur chloroformique tolérée sans inconvénient par la plupart des opérés, peut ne pas l'être par quelques-uns, et ce sont ces exceptions qui préoccuperont toujours l'opérateur. Sur ce point, du reste, l'avenir seul pourra prononcer, et la simple réserve que nous désirions faire ici consisterait à atténuer la formule absolue de M. Bert : « ...(La méthode) *joint l'innocuité à la simplicité*, » dit l'auteur ; nous rendrons notre pensée en disant : « Dans les expériences très nombreuses sur les animaux, l'innocuité s'est montrée parfaite ; il en a été de même dans les essais faits jusqu'ici sur l'homme et qui sont en nombre suffisant pour inspirer une grande confiance. » Cette réserve n'est autre, du reste, que celle qui a été exprimée par M. Gosselin, à l'Académie des sciences.

La question de la simplicité du procédé d'administration a paru moins complètement tranchée à l'auteur que celle de l'innocuité : il a parfaitement reconnu qu'un double gazomètre, même réduit en volume, était trop encombrant pour certains cas de pratique civile, et surtout pour la pratique des chirurgiens de campagne ; les appareils sont, en outre, d'un prix encore élevé ; ils peuvent ne pas se maintenir en bon état de service. Aussi M. Bert a-t-il cherché à réaliser un moyen plus simple qui conservât le bénéfice du titrage des vapeurs ; celui qu'il a proposé, sans le considérer encore comme définitif, mérite d'être signalé ici : dans un flacon de 1 litre de capacité, à deux tubulures, on introduit un mélange de 0gr,50 de chloroforme et de 100 grammes d'huile d'olive. Par une des tubulures arrive un tube plongeant qui fera barboter l'air ; par l'autre sort le tube qui conduira l'air chargé de vapeurs chloroformiques au sujet à anesthésier ; un jeu de soupapes empêche le reflux de l'air expiré. C'est avec un semblable dispositif qu'ont été obtenus déjà d'excellents résultats sur le chien, et il y a lieu d'espérer que, dans ce cas encore, l'application pratique suivra de près l'expérimentation. « Si mes prévisions se réalisent, dit M. Bert, il sera possible de déterminer la composition d'un mélange qui devra, chez un enfant, un adolescent, un adulte, produire et entretenir l'anesthésie pendant un temps déterminé. »

On aurait ainsi le « procédé de campagne » en opposition avec l'autre, qui est un « procédé de ville ».

Du rôle des microbes dans l'évolution des plaies.

Une théorie qui compte, à cette heure, de nombreux adeptes, veut que les microbes soient la cause essentielle de la plupart des complications des plaies. L'inflammation, la fièvre traumatique, les septicémies, l'érysipèle, la pyohémie, la pourriture d'hôpital, les hémorrhagies secondaires, seraient dues à la pénétration dans nos tissus de germes, dont la pullulation provoquerait ces accidents redoutables. Nous ne pouvons entrer dans les discussions que soulève encore cette conception pathogénique, et, sans tenir compte des objections qu'on lui oppose, nous allons l'exposer simplement, d'après un bon mémoire du docteur Léopold Dandois, sur *le rôle des organismes inférieurs dans les complications des plaies.*

I

Une plaie est enflammée lorsqu'elle est rouge, chaude, tuméfiée et douloureuse. *Douleur, tuméfaction, chaleur* et *rougeur* sont en effet les quatre termes qu'invoque toujours la clinique. Mais cette définition ne nous disait rien sur la cause essentielle de l'inflammation. Vinrent les mémorables recherches de Cohnheim. Elles nous apprirent que, au niveau des régions enflammées, on observe la dilatation des petits vaisseaux, le ralentissement du courant sanguin dans les réseaux capillaires, la tendance des globules blancs à traîner le long de la membrane interne des petites veines, à y rester adhérents, et enfin à traverser les parois vasculaires pour s'accumuler dans les mailles du tissu conjonctif en amas plus ou moins considérables. Le bruit de cette découverte n'est pas calmé qu'on ajoute : l'issue des globules blancs « la diapédèse », est sous la dépendance de micro-organismes, et voici la définition nouvelle qu'on propose : *l'inflammation est le*

Viel étaient satisfaisants ; il parle d'eux en bons termes, et ceux-ci lui rendent la pareille. Comment cet accord se changea-t-il en une rivalité jalouse ? C'est ce que nous ne saurions dire. Toujours est-il qu'au mois de septembre 1677 Solingen fut appelé pour traiter une plaie qu'avait déjà pansée Johann Stalpart van der Viel. Il commença par déclarer que les docteurs en médecine n'entendaient rien à de pareilles choses, et remplaça l'appareil de son collègue par un autre de son invention. L'amélioration n'en marcha pas plus vite. Le malade, assez inquiet, eut la malheureuse idée de demander à Solingen d'avoir une consultation avec Cornelis Stalpart. Solingen entra dans un véritable accès de fureur, injuria son confrère, et déclara qu'il ne voulait avoir aucune communication avec un pareil singe. Grâce à l'intervention des deux frères, il se calma, et rendez-vous fut pris pour le 6 septembre, à sept heures du soir. Solingen arriva le premier, fit le pansement et se répandit en invectives nouvelles contre ses collègues. Johann arriva bientôt ; à sa vue, la fureur du chirurgien ne connut plus de bornes : « Pourquoi vous permettez-vous de défaire mes pansements ? » cria-t-il au docteur dès qu'il l'aperçut. Avant que le pauvre diable eût pu répondre, il saisit par le petit bout sa canne à pomme d'argent, et lui administra une volée de coups si bien, appliqués qu'il l'eût certainement tué, déclarait plus tard Berckhout, malade et témoin oculaire, s'il l'eût attrapé aux tempes. Johann Stalpart se bornait à protéger le mieux qu'il pouvait son chef avec le bras ; il réussit même assez bien pour que Solingen, furieux de produire si peu d'effet, abandonnât sa canne et continuât l'attaque par une série de coups de pied habilement dirigés vers la région dont on n'écrit plus le nom depuis Molière. Sa rage était telle, que cette double correction ne le satisfit point ; saisissant Stalpart aux cheveux, il l'aurait étranglé si Middelbercq et un autre bourgeois n'avaient tiré de ses mains la victime, qui put s'échapper sans plus graves avaries. Tout cela a été dûment relaté dans plusieurs actes notariés rédigés le lendemain de la scène. Malheureu-

résultat d'une action spécifique exercée sur les tissus vivants par des microbes qui provoquent la migration des leucocytes hors des vaisseaux.

On a remarqué de tout temps la guérison rapide des foyers traumatiques sous-cutanés : un os est brisé, le périoste, les muscles qui l'entourent sont déchirés, si la peau est intacte la réparation se fait d'ordinaire sans réaction inflammatoire ; mais, qu'une solution de continuité des téguments permette à l'air d'arriver jusqu'à la fracture, et les plus grandes complications peuvent survenir. En tous cas les tissus se tuméfient, s'échauffent et du pus s'amasse dans la plaie. Or ce n'est point l'oxygène ou l'azote, ou le mélange de ces deux gaz qu'il faut incriminer, puisque sous les pansements de Lister et de Guérin qui suppriment non l'air, mais les germes que renferme l'atmosphère, la plaie évolue sans inflammation.

On a imaginé alors d'examiner le pus au microscope et il a été trouvé rempli de microbes. On a objecté, il est vrai, que leur apparition était postérieure à la suppuration et qu'ils n'étaient pour rien dans la genèse du pus. Les expérimentateurs nous répondent alors que non seulement les traumatismes, mais les substances les plus irritantes, les acides, les alcalis, les cautérisations énergiques au fer rouge sont incapables de produire la suppuration si l'accès des tissus est interdit aux germes. Strauss, dans des recherches toutes récentes, a prouvé que, si on purifie la peau de l'animal, les instruments, les liquides à injecter, essence de térébenthine, huile de croton, mercure, il ne se forme pas de pus dans les foyers d'injection, tandis qu'un abcès apparaît bien vite pour peu qu'il y ait eu contamination quelconque par l'atmosphère.

Ce n'est pas tout ; on sait depuis longtemps que les injections de pus dans le sang ou dans le tissu cellulaire provoquent des accès ; mais cette puissance « phlogogène » du pus est-elle due à tous les éléments réunis du liquide ou bien à une seule de ses parties, sérum, globules ou microbes ? On a, par des cultures successives, selon la méthode de Pasteur, isolé les germes et, lorsqu'il ne restait plus que ceux du pus primitif, on a injecté, par des procédés spéciaux, les micro-organismes dans le tissu cellulaire et, au point de pénétration, un abcès s'est collecté. Voilà, en quelques mots, sur quelles constatations et sur quelles expériences se base la théorie nouvelle et voici maintenant les phénomènes que l'on observe dans les régions enflammées.

Lorsqu'une plaie est découverte ou mal protégée par un pansement, les germes tombent sur elle avec les poussières de l'air. Ceux qui pullulent le plus rapidement et auxquels sont dus les phénomènes inflammatoires sont des éléments à la fois *aérobie* et *anaérobie*, de moins de 1 μ et associés deux par deux ; souvent ces diplococcus se réunissent et forment de courtes chaînettes ou des masses de zooglées. Leurs mouvements sont des plus vifs, aussi arrivent-ils facilement jusqu'aux petites veines et jusqu'au réseau capillaire qu'ils pénètrent par les lacunes qui existent entre les cellules endothéliales. Dès ce moment on peut constater la dilatation des vaisseaux du foyer traumatique.

Cette dilatation aurait pour cause, d'après Hueter, la destruction par les microbes des fibres musculaires lisses des parois vasculaires ; d'après Cornil, il s'agirait de thromboses ou d'oblitération par des embolies. Les micrococcus, nous dit-il, ont provoqué dans les vaisseaux des coagulations fibrineuses dont les unes, les thromboses, restent sur place, tandis que les autres, les embolies entraînées par le courant sanguin, vont obstruer quelques réseaux. Ces obstacles développent nécessairement la circulation collatérale, les canaux se dilatent, le courant devient irrégulier, se ralentit et les globules blancs, déjà envahis par les germes, adhèrent aux parois. Grâce à leurs mouvements amiboïdes, ils sortent par les ouvertures que les monades ont déjà franchies en sens inverse. Cette diapédèse est considérable et les leucocytes forment de véritables amas qui étouffent toutes les dernières ramifications nerveuses, les fibrilles du tissu conjonctif et élastique et les réseaux vasculaires eux-mêmes.

Les globules purulents ne sont donc pas, comme on l'a prétendu, semblables aux leucocytes qui, à l'état normal, circulent dans les vaisseaux ; ils en diffèrent par la présence des microbes au milieu de leur protoplasma qui d'ailleurs a changé d'aspect : il était dense, homogène, à fines granulations grisâtres peu distinctes ; il présente maintenant des corpuscules sombres, bien isolés, à contour net. C'est bien un élément nouveau, il est désormais capable d'engendrer la fièvre, et cette action « pyrogène » il l'exerce par ceux des globules infectés de microbes qui n'ont pas obéi à la diapédèse et qui sont restés dans les vaisseaux ; le courant sanguin les entraîne dans la circulation générale et c'est là qu'ils allument la fièvre inflammatoire.

Ces phénomènes n'ont qu'un temps : la pénétration des microbes dans les petits vaisseaux, la diapédèse intense que les micro-organismes y provoquent et la fièvre qu'ils allument par leur passage dans la circulation générale cessent lorsque

---

sement rien ne nous apprend les suites de cette affaire ; le médecin pardonna-t-il, obtint-il contre son adversaire un jugement sérieusement motivé ? L'histoire ne le dit pas.

—Dans le cours de l'année 1883, une controverse d'une certaine vivacité s'est élevée à propos de l'enseignement et de l'exercice de la médecine entre le professeur Koster et plusieurs de ses confrères. La nature et l'étendue de ces chroniques ne nous permettent pas de suivre les différentes passes d'armes de la lutte, nous allons seulement essayer d'en donner une idée. L'organisation de la médecine en Hollande est une organisation mixte, qui se rapproche à la fois de la simplicité allemande et de la complexité si embrouillée des Anglais. La législation impériale se résume en deux mots : exercice libre dans les limites du droit commun, titre unique délivré par les Facultés. En Angleterre, il y a presque autant d'écoles que de villes importantes, infiniment plus de corps graduants que d'universités ; les qualifications sont si nombreuses, qu'il est bien difficile de savoir au juste quelle est la valeur de l'une d'elles, et quels droits elle confère. A côté du docteur de Londres, Dublin, Édimbourg ou Durham, il y a les gradués de l'Université de Saint-André, ceux du Collège des chirurgiens, de la Société de médecine, des maîtres en chirurgie, des accoucheurs dûment qualifiés, des physiciens, enfin le praticien général qui possède des titres reconnus en médecine, chirurgie ou obstétrique. La Hollande a un doctorat unique, puis des grades d'ordre inférieur, sorte de monnaie du titre d'officier de santé français destinée comme lui aux praticiens des campagnes ; ils confèrent le droit d'exercer en tout ou en partie la médecine, la chirurgie et les accouchements dans une région donnée.

Dans une brochure publiée au commencement de l'année dernière et qui fit sensation, le professeur Koster se plaignait de la négligence avec laquelle l'État s'occupe aujourd'hui de l'enseignement supérieur ; de l'insuffisance des ressources dont il dispose.

se sont formés les bourgeons charnus. Aux limites de la peau enflammée, les cellules fixes du tissu conjonctif prolifèrent, et avec les globules blancs que n'ont pas contaminés les germes, elles constituent bientôt une couche molle, embryonnaire que vont bientôt parcourir des anses de formation nouvelle, des diverticules en doigt de gant, émanation du réseau capillaire. Cette membrane granuleuse, ces bourgeons charnus sont un obstacle qui s'oppose à la pénétration de nouveaux microbes; aussi du quatrième au huitième jour, lorsque cette barrière est constituée, la suppuration se limite, la fièvre inflammatoire cesse et les germes qui tombent à la surface de la plaie deviennent innocents; la fièvre traumatique, toutes les septicémies, l'érysipèle ne sont plus à craindre, à moins toutefois qu'une cause quelconque ne vienne entamer la couche granuleuse et rouvrir la porte à l'infection.

On voit en quoi diffère de la conception ancienne la théorie actuelle de l'inflammation; il y a une dizaine d'années on la considérait comme l'exagération des phénomènes physiologiques de la nutrition générale. Sous une influence irritante, les éléments cellulaires se formaient en beaucoup plus grande abondance, la diapédèse qui s'observe normalement s'activait et voilà tout. Entre l'inflammation la plus vive et la nutrition normale, il n'y avait qu'une question de degré. Maintenant un élément nouveau s'ajoute qui fait de l'inflammation un phénomène essentiellement spécifique : la pénétration des microbes dans les vaisseaux et dans les leucocytes : le globule de pus n'est plus le globule blanc, la cellule lymphatique ou embryonnaire banale, elle renferme un micro-organisme; sa nature et ses fonctions sont changées.

II

On a défini la fièvre traumatique, la fièvre qui survient après le traumatisme et qui coïncide avec le début des phénomènes de réparation de la plaie. Mais Gabriel Maunoury a établi rigoureusement que bien des fièvres surviennent après le traumatisme, qui ne sont pas sous la dépendance directe du traumatisme et il a montré qu'à côté de la fièvre traumatique proprement dite, il y avait : 1° des fièvres dues à une phlegmasie intercurrente, angine, amygdalite après opération ou blessure de la cavité buccale, arthrite lors des violences aux alentours des jointures, adénite, phlegmon du tissu cellulaire, pneumonie, vaginalite, péritonite, pleurésie; 2° des fièvres qui traduisent le rappel d'une maladie fébrile antérieure. On sait, en effet, depuis les recherches de Verneuil, qu'un traumatisme peut provoquer, chez un rhumatisant ou un goutteux, une attaque de rhumatisme ou de goutte, chez un tuberculeux une poussée aiguë de granulations, des accès intermittents chez un paludique; 3° des fièvres dites inflammatoires suscitées par l'inflammation simple des organes blessés, c'est-à-dire par la pénétration dans le torrent circulatoire de globules de pus infiltrés de microbes.

M. Verneuil, dans des articles récemment publiés pas la *Gazette hebdomadaire*, donne à ces trois genres de fièvres le nom d'*épitraumatique* pour montrer qu'elles accompagnent la blessure, mais qu'elles ne procèdent pas d'elle, et nous aurions alors les fièvres *épitraumatiques*, par affection intercurrente, par affection rappelée et par inflammation de la blessure, et les fièvres *traumatiques* par pénétration dans le sang de germes infectieux. La première définition qui avait le seul mérite de ne rien préjuger de la nature de la fièvre, devrait donc être modifiée ainsi : *la fièvre traumatique est celle que provoque l'absorption d'un poison septique par le foyer d'une blessure.*

Dans ce cas, les germes infectieux seraient des vibrions spéciaux, découverts par Pasteur. Ils ont été trouvés dans le pus et dans le sang des blessés. Lorsqu'on les injecte, après les avoir isolés par des cultures successives, ils provoquent des accidents en tout semblables à ceux de la septicémie humaine, et si on évite maintenant fièvre traumatique et septicémie, c'est que les pansements actuels tuent les microbes ou empêchent leur pénétration dans la plaie. Telles sont les preuves que l'on invoque pour défendre la théorie de l'infection par les bactériens, et l'on admet que, lorsque les liquides de la plaie contaminée par les microbes, sont absorbés, la fièvre s'allume; elle éclate dès le deuxième ou troisième jour. Du quatrième au huitième la plaie s'organise et les bourgeons charnus opposent une barrière aux germes infectieux : la fièvre doit s'éteindre. Mais que par une cause quelconque la membrane granuleuse ne se forme pas, les vibrions continueront à pénétrer dans nos tissus et la fièvre persistera, *fièvre traumatique* si elle est légère et cesse vers le huitième jour, *septicémie* proprement dite si elle s'aggrave; alors selon sa marche elle sera *aiguë*, *suraiguë* ou *chronique*.

Grâce à ce qui précède on s'explique maintenant pourquoi la fièvre traumatique et la septicémie manquent après l'emploi des pansements de Guérin et de Lister, pourquoi elles sont plus fréquentes et plus vives lorsque la plaie, par son

---

Les dispositions universitaires actuelles ne valent plus rien parce que le nombre des étudiants a triplé. Ceux qui ont visité Groningen et Leide, sont obligés d'avouer que les bâtiments destinés aux cliniques sont trop petits, que le matériel est défectueux.

En voyant ce qui se passe ailleurs, on est encore plus frappé de la parcimonie avec laquelle l'enseignement médical est traité dans les Pays-Bas. Les Universités allemandes d'importance moyenne, Bonn par exemple, disposent d'un budget notablement plus élevé qu'en Hollande. A Halle, on a déjà dépensé 4 millions de marcs, pour réunir dans un même terrain tous les services de la Faculté de médecine, tandis qu'il a fallu remuer ciel et terre pour obtenir à Leide un modeste institut anatomo-pathologique; et tout est plus cher en Hollande qu'en Allemagne. Pour arriver à l'égalité budgétaire dans les deux pays, il faudrait un chiffre beaucoup plus élevé à Utrecht qu'à Bonn ou à Halle. La même remarque s'applique aux dépenses annuelles et régulières : l'université de Halle coûte à l'État 365 887 florins néerlandais (600 813 marcs), celle d'Utrecht 287 000 seulement et il n'y a que 13 étudiants en médecine de plus dans la première Faculté que dans la seconde (193 à Halle, 180 à Utrecht).

Pourtant, ajoutait l'auteur, en substance et sous forme de conclusion la santé du peuple a bien son prix. Quand vous aurez prélevé, pour les services publics, et surtout pour l'armée et la marine leur coefficient annuel, il ne vous restera plus qu'un nombre de sujets insuffisant pour la pratique privée. Pourquoi cette multiplicité de grades et de qualifications dont les limites sont si difficiles à fixer ? Ne vaudrait-il pas mieux les supprimer et, en attendant que des traités aient établi dans toute l'Europe une législation unique, ne vaudrait-il pas mieux essayer comme l'Allemagne la liberté absolue? Ces arguments appuyés pourtant sur des faits n'ont pas convaincu tout le monde. L'auteur a trouvé des contradicteurs; des brochures ont répondu à la sienne. Un de ses adversaires les plus énergiques a été le docteur Bruinsma.

étendue, offre une plus large surface à l'absorption, lorsque des corps étrangers la souillent et empêchent le libre écoulement du pus contaminé; pourquoi, comme l'ont établi Maunoury et Verneuil, la température s'élève dès les premiers jours, même dès les premières heures, lorsque la blessure porte sur des tissus, déjà malades, des tumeurs ramollies, un foyer de nécroses, un clapier, une vieille collection purulente qu'habitent les microbes. Dans ces cas, pour éviter que la fièvre éclate, il faut, avant toute intervention chirurgicale, nettoyer et désinfecter les parties avec une rare persistance.

Certes, nous acceptons cette théorie, mais la clinique démontre de plus en plus que, si les germes sont la condition nécessaire, ils ne sont pas toujours la condition suffisante de la septicémie; il faut que le terrain organique soit apte à leur culture et la fertilité de nos tissus peut varier à l'infini; tantôt ils sont tout à fait stériles et l'infection n'a pas lieu malgré un ensemencement incontestable de microbes; tantôt ils ne permettent qu'une végétation peu abondante et tantôt au contraire ils sont un sol des plus favorables. L'observation a démontré que les plaies ouvertes, plates, sans anfractuosités et dont le pus s'écoule facilement, sont ingrates aux vibrions de Pasteur qui sont *anaérobies* et meurent par conséquent au contact de l'oxygène atmosphérique. Il n'en est pas de même pour les plaies par armes à feu, profondes et déchiquetées, les larges contusions, les écrasements de tout un membre : les germes y prospèrent, et si, à ces convenances locales, s'ajoutent certains états diathésiques ou constitutionnels qui prédisposent à la mortification, le diabète, l'alcoolisme, l'albuminurie, les formes les plus graves, les septicémies foudroyantes peuvent éclater.

III

Les recherches contemporaines sur l'infection purulente confirment l'opinion la plus ancienne et la plus soutenue, d'après laquelle les accidents que l'on observe seraient provoqués par le passage du pus dans le sang.

Nous savons, depuis Cohnheim, que les globules de pus sont des globules blancs sortant des vaisseaux par diapédèse et, depuis les travaux de Klebs, de Cornil, de Birch-Hirchsfeld et de Boulommié, pour n'en citer que quelques-uns, nous savons en outre que ces globules de pus s'infiltrent de microbes. Il sont alors « phlogogènes », c'est-à-dire que leur présence dans les tissus déterminera la formation de pus nouveau. Si la surface de la plaie est bien protégée par des bourgeons charnus, les microbes s'en iront avec les pièces du pansement; mais, si la membrane granuleuse disparaît, ils peuvent rentrer dans les vaisseaux, et pour peu que l'absorption soit active, la pyohémie éclatera.

La disparition de la couche granuleuse est parfois traumatique. M. Verneuil a montré qu'une exploration intempestive, un pansement mal fait pouvait déchirer les bourgeons charnus, et quelques heures après éclatait le premier frisson de la pyohémie. Mais d'ordinaire la destruction est spontanée, les bourgeons s'affaissent et se fondent; la barrière qui s'opposait à l'absorption est levée, et les microbes que contient le foyer pénétreraient alors jusqu'aux viscères selon les trois modes suivants : d'après le premier, mis surtout en lumière par Virchow, le caillot de veines thrombosées qui émanent de la blessure serait miné par le flot sanguin, au-dessus de la première collatérale importante; des détritus sont entraînés dans le courant et arrivent dans le cœur droit, qui les lance dans le poumon, où ils s'arrêtent dès que leur diamètre dépasse celui du vaisseau qu'ils parcourent. Ce mécanisme explique bien les gros infarctus du poumon; mais on ne comprend plus les abcès métastatiques du foie, de la rate et des autres viscères. Comment l'embolie aurait-elle pu franchir, pour arriver au cœur gauche et dans la grande circulation, les capillaires si fins du réseau pulmonaire?

Le deuxième mode de pénétration a été surtout étudié par Wagner et Gosselin. Dans la fracture des os, lorsque la cavité médullaire est atteinte, des corpuscules de graisse devenus libres par la déchirure, sont absorbés par les veines et arrivent jusqu'aux poumons, où ils forment des embolies; le fait n'est pas contesté. Des gouttelettes huileuses sont même assez fines pour traverser les capillaires et arriver ainsi jusqu'au cœur gauche qui les livre à la grande circulation, et cette théorie ne se heurte pas, de ce fait, aux difficultés de la précédente. Elle n'a contre elle qu'un tort, c'est de ne s'appliquer tout au plus qu'aux pyohémies consécutives à des lésions profondes de l'os. D'ailleurs, dans le premier comme dans le second mode, qu'il s'agisse de débris de caillots ou d'embolies graisseuses, celles-ci et ceux-là ne sont que des véhicules; ils entraînent avec eux les leucocytes gorgés de microbes puisés dans la plaie, et c'est en définitive la bactérie et non le sang et la graisse, corps indifférents par eux-mêmes, qui provoqueront la pyohémie.

Aussi pourrait-on, à la rigueur, ne parler ni d'embolie graisseuse, ni d'embolie sanguine, et ne s'occuper que du troisième mode de pénétration, de beaucoup le plus fréquent. Les leucocytes devenus globules de pus depuis leur infiltra-

---

M. Koster avait pris la question de haut; son thème était probablement cet adage politique dont la traduction pratique a donné lieu à de si tristes choses : *Salus populi, suprema lex.* « Et l'intérêt du médecin donc! répond M. Bruinsma, il paraît que vous en tenez peu de compte. La raison d'État me touche autant que vous; on ne doit pourtant pas exposer les praticiens à mourir de faim sous prétexte que le salut du peuple l'exige. Il résulte des rapports des curateurs de nos Universités que de 1855 à 1864, le nombre des médecins diplômés a été de 305; il s'est élevé à 467 de 1868 à 1880; faites toutes les déductions que vous voudrez, c'est une moyenne annuelle de 75 médecins par an, et j'affirme qu'elle répond largement aux besoins. Pour la même quantité d'habitants, il y a moins de médecins en Belgique qu'en Hollande, et personne ne s'en plaint. Vous voulez une augmentation du nombre chez nous, autant condamner à mort les praticiens actuels, qui ont déjà toutes les peines du monde à élever leurs familles; s'ils sont frappés avant l'heure, c'est pour elles le dénûment dans ce qu'il y a de plus affreux. L'auteur cite à l'appui de sa thèse des exemples, choisis de préférence dans son voisinage.

Dans un rayon assez faible et pour une population de 11 000 habitants il y a 10 médecins; un d'eux vint à mourir en 1874, après quarante ans d'exercice. Sa succession fut liquidée avec un passif tel, que les créanciers ne touchèrent que 40 pour 100.; la veuve d'un autre fut tout heureuse d'épouser l'horloger du village. Des deux enfants qu'elle avait en premières noces, l'un est laitier, l'autre pêcheur. Le fils d'un troisième médecin est ouvrier charpentier. Ce ne sont sûrement pas là les conséquences d'une profession lucrative. « Pour un médecin de campagne auquel la pratique a donné l'aisance, j'en citerai dix, ajoute M. Bruinsma, qui, sans accidents, sans goût de dépense, sans avoir été malades, n'ont jamais pu mettre rien, absolument rien de côté. » Ces conditions ne sont pas particulières à la Hollande. L'auteur, qui ne veut pas de

tion par les microbes rentrent dans les vaisseaux après la désorganisation des bourgeons charnus; grâce aux mouvements amiboïdes qu'ils conservent encore, ils traversent les parois des veinules et des lymphatiques; ils arrivent au cœur droit et sont projetés dans le poumon; là, comme Hayem l'a montré, ces globules moins actifs, moins souples que les vrais leucocytes, circulent plus difficilement, s'arrêtent dans les capillaires fins, les obstruent par leur agglomération; leur puissance phlogogène s'exerce là; les bactéries pullulent, envahissent les vaisseaux voisins; les globules blancs s'accumulent par diapédèse et forment un infarctus. On assiste ainsi à un véritable processus inflammatoire, tant est exact le vieil aphorisme : le pus appelle le pus.

Cette théorie nous explique la plus grande fréquence des infarctus dans le poumon; mais elle nous permet de comprendre aussi le passage de leucocytes infectieux jusque dans le cœur gauche et la grande circulation. Du reste comme le pus est « pyrogène », sa pénétration dans le sang provoquera un frisson, et comme cette pénétration n'est pas continue, les frissons seront irréguliers. Nous pouvons, avec elle, accepter les observations de pyohémie sans foyers traumatiques ouverts; une phlébite suppurée, une endocardite ulcéreuse, une ostéomyélite diffuse peuvent, en effet, verser dans la circulation des leucocytes incessamment contaminés par les bactéries, puisque nous admettons qu'elles sont indispensables à toute suppuration; les microbes sont alors arrivés dans le sang par la muqueuse bronchique ou par la muqueuse digestive; leur épithélium sera tombé sous l'influence de quelque catarrhe, et les germes phlogogènes pénètrent dans les vaisseaux, qu'ils parcourent jusqu'au réseau capillaire où les infarctus se déposeront.

Mais un point capital sur lequel insistent les expérimentateurs, c'est que, si les organismes trouvés dans les foyers pyohémiques, ont tous la même forme ronde de la bactérie globulaire, il est probable que leur puissance de pénétration et d'envahissement est différente. La vitalité de ces vibrions peut s'accroître, et en définitive il existe des variétés plus énergiques les unes que les autres. Si ces bactéries nombreuses et proliférantes s'attaquent à des tissus qui se défendent mal, si le blessé est cachectique ou surmené, si son état constitutionnel offre au microbe un terrain plus fertile, on comprend l'extension que l'intoxication prendra. Enfin les cliniciens reconnaissent qu'avec la bactérie phlogogène le même pus renferme, le plus souvent, le vibrion septique. La première produit l'infarctus, mais la seconde donne à cet infarctus un caractère putride. Il est donc probable que la plupart des cas observés au lit du malade devraient, au point de vue pathogénique, s'appeler des *septico-pyohémies*.

Paul Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Nouveaux faits de lipome sus-claviculaire, par le docteur L. H. Petit, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine.

(Fin. — Voy. le numéro 51) (1883).

C'est par hasard, en feuilletant un volume de *The Lancet*, que nous avons trouvé, dans un travail sur les pansements, un fait analogue à celui de Nélaton, bien que la tumeur fût moins volumineuse dans le nouveau cas (1).

Obs. IV.— Femme de soixante et un ans, de bonne santé, admise à Queen's Hospital le 18 septembre 1879 pour une tumeur située sur l'épaule et le côté gauche du cou, étendue latéralement depuis l'aisselle jusqu'au niveau du larynx, recouvrant le triangle postérieur (sus-claviculaire) et la moitié inférieure de l'antérieur (sous-claviculaire), toute la clavicule et la partie supérieure du grand pectoral. Le diamètre antéro-postérieur était le plus long, et mesurait 13 pouces.

La tumeur s'était accrue lentement pendant dix ans, et rapidement les six derniers mois. Elle était élastique et assez mobile et ne gênait que par son volume et son poids. Peau sus-jacente rétractée. Diagnostic : lipome.

Opération le 24 septembre après éthérisation. Incision à partir d'un pouce en dehors de la fossette épisternale jusque vers la partie moyenne de l'épine de l'omoplate; dissection de la tumeur des tissus sous-jacents, d'arrière en avant; adhérence très grande à l'acromion; la tumeur est libre et lobulée en avant; elle s'étend jusqu'au trapèze et profondément dans le triangle antérieur du cou, mettant à découvert, après son ablation, le sommet de la plèvre et les gros vaisseaux et nerfs de la tête et du membre supérieur.

La malade ne perdit que quelques gouttes de sang; pas de vaisseaux liés. Immédiatement après l'ablation de la tumeur, la plaie mesurait en superficie 8 pouces et demi en long et en large; badigeonnage externe avec le collodion styptique; réunion des bords avec sept sutures d'argent; tube à drainage et compression avec un spica de l'aisselle par-dessus des tampons d'étoupe.

Nuit bonne. Le lendemain matin, température 38°,6; pouls 118; respiration 32. Aucun symptôme fâcheux.

1er octobre (septième jour). Pouls 94; respiration 24; température absolument normale; elle le demeura jusqu'à la fin, sauf un jour (13 octobre) où la malade toussa pendant quelques heures;

(1) Sampson Gamgee, *Absorbant and medicated surgical dressings* (*The Lancet*, 1880, vol. II, p. 127).

---

l'exercice libre, essaye de réfuter la théorie de son adversaire par les faits. Il est facile de combattre un principe ou une idée par une anecdote; mais on peut tout aussi bien trouver une anecdote amusante et démonstrative en faveur de l'opinion contraire; ce sont là des procédés de palais ou d'Assemblée. On fait rire quand l'anecdote est gaie, on émeut quand elle est triste, on convainc souvent, mais la vérité n'y gagne rien; ces démonstrations prétendues directes n'ont en réalité pour but que de dissimuler l'esprit de routine et de retarder l'application de principes rationnels. Les faits de M. Bruinsma, empruntés pour la plupart à des documents officiels, n'en sont pas moins curieux. L'expérience de la liberté absolue succédant brutalement, sans transition, à des législations nombreuses, qui punissaient presque toutes de l'amende et de la prison l'exercice illégal, a eu pour premier effet de donner au charlatanisme, en Allemagne, des développements inconnus auparavant. Dans la Silésie supérieure, tous les médecins se plaignent amèrement de l'abaissement dans lequel la loi a fait tomber leur art. Le paysan ne connaît guère la valeur d'un titre académique. Si l'empirique a de l'aplomb, de la faconde, il le choisit d'autant plus volontiers, qu'il donne ses soins pour moins cher et parle une langue que tout le monde croit comprendre. « On supposerait difficilement, dit le médecin d'un grand hôpital, qu'un ouvrier tisserand qui se donne comme rebouteur, et jouit sous ce rapport d'une réputation étendue fait des amputations et des désarticulations pour des lésions légères des membres. En Thuringe un médecin hésite à enlever une grosse tumeur du cou. « Vous savez, lui dit le malade, si vous ne voulez pas le faire, j'irai trouver Mme X... et elle m'opérera. » Mme X... est une vieille logeuse qui exerce effectivement toute la médecine et toute la chirurgie sans même savoir lire.

D'autres fois les empiriques font mieux, ils fondent des maisons de santé, et, au lieu de se borner à l'administration, ils économisent les honoraires d'un médecin en

elle s'éleva alors à 38°,4 le soir, pour revenir à la normale le lendemain matin.

Au bout d'une semaine, on permit à la malade de se lever, après l'ablation du drain et des sutures et l'application d'un nouveau pansement compressif. Les bords étaient réunis dans presque toute leur étendue, mais la semaine suivante ils se désunirent un peu. On les rapprocha avec des bandelettes de diachylon, des tampons compressifs, de la mousseline absorbante et du coton. On n'y toucha pas pendant une semaine, et la cicatrice était alors très solide. (A ce travail sont annexées deux planches; une avant l'opération, une après la guérison.)

Chez la malade opérée par M. Verneuil, la tumeur était aussi profonde, et la compression du plexus brachial avait donné lieu à des fourmillements douloureux.

Obs. V. — Mme J..., cinquante-six ans, présente dans le triangle sus-claviculaire droit une tumeur à contours arrondis, ayant 8 centimètres de diamètre en tous sens, et faisant une saillie de 3 à 4 centimètres au-dessus du plan normal, comparé à celui du côté gauche. Elle est limitée en dedans par le sterno-mastoïdien, en dehors et en arrière par le bord antérieur du trapèze, en bas par la moitié interne de la clavicule. Elle est uniformément molle, de consistance pâteuse, non fluctuante, mobile sous la peau, qui n'a contracté avec elle aucune adhérence; les veines de la partie supérieure du thorax sont un peu dilatées de ce côté.

Cette tumeur a débuté il y a six ans, au moment de la ménopause, s'est développée très lentement pendant cinq ans, un peu plus rapidement depuis un an, et a doublé de volume depuis trois mois.

Mme J... est grande, robuste; teint coloré, rougissant facilement; la peau de la poitrine se couvre subitement de roséole dès qu'on la découvre. Bonne santé habituelle; pas de maladies antérieures; tempérament névropathique excessif; pas de rhumatisme articulaire, pas de migraine, mais déformation des deux gros orteils (oignon).

M. Verneuil, consulté, diagnostique un lipome vrai de la région. La tumeur ne fait pas saillie sous la clavicule, mais il est probable qu'elle s'est développée profondément et comprime le plexus brachial, à cause de fourmillements douloureux qui existent dans tout le membre supérieur. Ces phénomènes se sont manifestés pour la première fois il y a trois ans, à la suite d'une application de collodion sur la tumeur; celle-ci avait alors diminué considérablement de volume, avait même presque disparu, mais avait fait place à une douleur assez vive dans le bras et le côté droit de la poitrine, qui, avec les fourmillements, persista avec plus ou moins d'intensité depuis cette époque.

Le diagnostic fut confirmé par une ponction exploratrice qui ne ramena qu'un peu de tissu graisseux, et par la présence d'un autre lipome moins volumineux, situé à la face antéro-interne du coude droit.

Opération le 8 *novembre* 1883. — Incision de 8 centimètres, presque verticale, suivant l'axe de la tumeur, en dehors du sterno-mastoïdien et en dedans de la jugulaire externe; division de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané; ouverture de quelques artérioles qu'on saisit avec des pinces hémostatiques; la tumeur, renfermée dans une capsule très épaisse, est isolée facilement avec le doigt après l'incision de cette capsule. On éprouve quelque difficulté à l'extraire de sa loge à cause d'un prolongement très large développé sous les deux branches supérieures du plexus brachial, et de telle sorte qu'en suivant la limite profonde du lipome de bas en haut pour effectuer la séparation, avec l'index recourbé en crochet, celui-ci passa sous les deux branches susdites du plexus, qui furent un peu tiraillées.

La tumeur enlevée, le fond du creux sus-claviculaire était si bien disséqué, qu'on voyait à travers la lame profonde de la capsule le plexus brachial, l'artère sous-clavière et l'extrémité du tronc brachio-céphalique. Le lipome, comme dans tous les cas de ce genre, s'étendait donc jusqu'au sommet de la plèvre, mais n'était pas encore assez développé pour faire saillie sous la clavicule.

Lavage du foyer avec l'eau phéniquée à 5 pour 100. Tube à drainage en caoutchouc rouge, couché verticalement, suivant toute la longueur de la plaie et sortant par l'angle inférieur; réunion des lèvres par des sutures d'argent; pansement légèrement compressif avec des éponges, de la ouate et un spica de l'épaule.

Aucun accident général à la suite. Les urines furent chargées d'urates pendant quelques jours. La réunion primitive manqua, et il y eut un peu d'inflammation de la partie supérieure de la plaie; quelques cataplasmes la firent disparaître, et un mois après l'opération Mme J... était entièrement guérie.

Il ne reste actuellement (18 décembre) qu'un léger engourdissement douloureux dans l'épaule et le bras du côté opéré.

Toutes les observations rapportées dans cet article et dans ceux qui ont déjà été publiés antérieurement dans la *Gazette hebdomadaire*, permettent de résumer assez nettement l'histoire des lipomes sus-claviculaires.

Nous n'avons que peu de chose à ajouter à ce que nous avons dit au sujet du pseudo-lipome.

Le docteur Emil von Stoffella a publié, dans le *Wiener med. Wochenschrift* de 1878 (col. 380 et suiv.), trois observations de tuméfaction sus-claviculaire chez des sujets atteints de troubles nerveux : le premier d'ataxie locomotrice, le second de névralgie cervico-brachiale, le troisième de névralgie thoraco-cervico-brachiale, rappelant assez les phénomènes douloureux de l'angine de poitrine. L'auteur rapproche ces tuméfactions des lésions de nutrition qui sont sous la dépendance d'affections nerveuses, mais il ne se prononce ni sur leur nature, ni sur leur anatomie pathologique, et les caractères cliniques de ses observations sont si peu détaillés, qu'il ne nous est pas possible de chercher à en donner une interprétation plus exacte. Il ajoute d'ailleurs qu'en publiant ces faits il n'a voulu qu'attirer l'attention des observateurs sur la coïncidence qu'il a signalée entre les troubles nerveux et la tuméfaction sus-claviculaire.

Au point de vue de l'étiologie et de la pathogénie, on peut admettre que les tumeurs graisseuses, les amas de graisse, encapsulés ou non, sont le résultat de lésions de nutrition, et que, comme toutes les autres tumeurs ou néoplasmes, elles

---

traitant les malades eux-mêmes. Un rapport officiel, relatif aux provinces rhénanes, est tout à fait curieux. La tenue d'un registre mentionnant le nom des admis et leurs maladies étant obligatoire les inspecteurs relèvent parfois de singuliers diagnostics. Pour une vieille dame atteinte d'une affection abdominale et de cataracte, le directeur a écrit : Maladie de la tête et du ventre; personne complètement aveugle. Comme on lui demandait ce qu'il pensait faire : « Nous nous occuperons du gros ventre d'abord, répondit-il, plus tard nous aviserons pour les yeux. » Le gros ventre est traité dans ces établissements comme la plupart des maladies, par les bains et le jus d'herbe. Une névralgie du trijumeau est une affection de la tête et de l'estomac justiciable de la même médication.

Après avoir rapporté ces faits et bien d'autres, l'auteur triomphe sur toute la ligne. Vous voulez qu'on augmente le nombre des médecins en Hollande; cherchez plutôt un moyen d'améliorer la situation de ceux qui existent; avec l'exercice libre, c'est le développement sans frein du charlatanisme que vous aurez assuré.

Dr L. Thomas.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés officiers de l'instruction publique : MM. les docteurs Vollant (Paris); Fauquez et Napias (Paris).

Sont nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Auffret, médecin-professeur de la marine; Frère, Boillet, Calvo, Jouin, Philbert et Poncet (Paris); Roux (Tournon-sur-Garonne); Bontemps (Jussey); Bouret (Ribécourt); Canuet (Paris); Chabrier (Aix); Coste (Langogne); Coste (Saint-Jullien-du-Sault); Doisneau (Laval); Duclos (Vitré); Lemée (Saint-Sever); Marchand (Durtal); Masson (Fraize); Morel (Gacé); Thonion (Annecy); Villard (Guéret); Hurst (Versailles); La Vieille (Beaumont); Seailles (Paris); Gavoy (Versailles); Guichard de Choisity (Marseille); Pauthier.

surviennent chez les arthritiques. Les trois malades de M. Chertier, de M. Holliet et de M. Verneuil, comme la plupart des malades cités dans mes premiers articles, l'étaient nettement; chez les deux autres, l'état constitutionnel n'est pas indiqué. Le sexe féminin paraît jouir d'une singulière prédisposition à ce genre de tumeur, puisque les sujets des cinq observations que nous venons de rapporter étaient des femmes. Dans le dernier cas, l'influence de la ménopause sur la marche du lipome a été des plus évidentes.

Le mode de développement de ces tumeurs est aussi très remarquable. Débutant généralement vers la partie moyenne du creux sus-claviculaire, elles se développent de préférence soit vers la superficie, comme dans le cas de Nélaton, soit vers la profondeur. Dans le premier cas, qui est le plus rare, elles peuvent acquérir un volume considérable; dans le second, gênées par les aponévroses, elles passent sous la clavicule, font saillie dans le creux sous-claviculaire, et alors seulement acquièrent de grandes dimensions, comme dans les faits rapportés par M. Ollier et par M. Holliet, dans leur segment inférieur, le supérieur restant toujours le plus petit.

Le siège de ces tumeurs, leurs rapports avec le plexus brachial et les gros vaisseaux du cou, mentionnés dans tous les cas, rend compte des phénomènes de compression signalés soit du côté des nerfs, soit du côté des veines. Ces rapports constants ont une grande importance au point de vue chirurgical, puisque l'ablation de la tumeur entraîne toujours la dénudation de ces vaisseaux et nerfs. Le prolongement du lipome entre les branches du plexus brachial, rencontré par M. Verneuil, indique qu'il faut apporter une grande prudence dans l'opération, à cause du danger auquel il expose de sectionner ces branches nerveuses.

Le voisinage du cul-de-sac pleural, mentionné également dans presque tous les cas, et surtout dans celui de M. S. Gamgee, est encore une particularité dont l'importance ne doit pas échapper aux opérateurs.

Signalons encore, au point de vue du diagnostic, la réductibilité de ces tumeurs à la pression, qui s'explique par la possibilité du passage de ces tissus mous dans les espaces voisins sous-claviculaire et sous-scapulaire, et qui a fait songer, dans quelques cas, à une hernie du poumon dans le creux sus-claviculaire. C'est certainement à cette réductibilité qu'il faut attribuer aussi l'opinion de M. Langdon Down, qui crut avoir affaire à des tumeurs veineuses (*Gaz. hebd.*, 5 janvier 1883, p. 5).

P.-S. — Depuis la publication de mon premier article sur le pseudo-lipome sus-claviculaire (*Gaz hebd.*, 5 janvier 1883, n° 1), MM. Reverdin (de Genève) et Kocher (de Berne) ont publié d'intéressants travaux sur l'extirpation du corps thyroïde, et ont attiré l'attention sur un effet éloigné de cette opération : la dégénérescence physique et intellectuelle des opérés, qui tombent dans cet état que sir William Gull a décrit sous le nom d'*état crétinoïde*, et auquel on a donné depuis celui de *myxœdème*.

Ces auteurs pensent qu'il y a une relation de cause à effet entre l'extirpation du corps thyroïde et le myxœdème, dont ils font le résultat d'une altération de la nutrition générale provoquée par la cessation des fonctions de la glande.

Cette relation a déjà été signalée, en 1850, par M. Curling, chez deux sujets atteints à la fois d'absence du corps thyroïde et de tumeurs symétriques situées sur les parties latérales du cou, avec arrêt de développement du cerveau.

Dans l'article auquel j'ai fait allusion plus haut, j'ai rappelé cette opinion de M. Curling. Comme son travail est resté un peu trop dans l'oubli, je crois devoir attirer de nouveau l'attention sur le passage concernant la relation en question, et dont voici la traduction littérale :

« Je ne connais aucun autre cas dans lequel l'absence du corps thyroïde ait été observée chez l'homme. Outre l'intérêt que peuvent avoir les faits que je viens de rapporter, à cause de leur grande rareté, le développement du tissu adipeux, formant des tumeurs symétriques au cou, ne peut manquer d'ajouter à leur importance; car il est très probable que cette sécrétion anormale de graisse dépendait de l'absence des modifications qui résultent de l'action du corps thyroïde ou de quelque altération dans le processus d'assimilation consécutif à l'absence de cette glande; et les faits dont les détails précèdent pourront peut-être servir à diriger les recherches des futurs observateurs sur l'usage de cet organe. Dans les contrées où règnent le goitre et le crétinisme, on a longtemps supposé qu'il y avait quelque rapport entre l'état morbide du cerveau et l'hypertrophie de la thyroïde. Les pathologistes ont été récemment portés à considérer la coïncidence de ces deux affections comme accidentelle, et sans aucune relation directe entre elles. Les cas précédents sont des exemples de conditions tout à fait opposées, savoir : un état pathologique du cerveau, ou crétinisme, combiné avec une absence totale du corps thyroïde, qui peut être regardée comme tendant à confirmer l'opinion plus moderne touchant les rapports entre le crétinisme et le goitre. »

Les observations nouvelles de MM. Kocher et Reverdin sont évidemment la confirmation de l'idée émise en 1850 par M. Curling (*Med. chir. Trans.*, 1850, vol. XXXIII, p. 303).

L'ablation chirurgicale du corps thyroïde a réalisé de véritables conditions d'expérimentation, et a donné lieu aux deux termes du problème soulevé par M. Curling, savoir, l'absence du corps thyroïde comme cause, et le développement de l'état crétinoïde comme effet.

CORRESPONDANCE

A MONSIEUR LE PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Physiologie de la locomotion.

Paris, le 14 janvier 1884.

Mon cher directeur et ami,

Votre excellente feuille a inséré, dans les premiers numéros de novembre, une analyse raisonnée du débat ouvert, le mois précédent, devant l'Académie de médecine, entre M. Marey et moi, analyse due à mon collègue et camarade M. Gariel.

Vous voulez bien m'ouvrir vos colonnes pour apporter, en regard de ses remarques, celles que leur lecture me semble devoir appeler de ma part; je vous en remercie.

Ne croyez point que ce soit en esprit revêche devant la critique que je vienne prolonger devant les lecteurs de la *Gazette*, une discussion qui se fait fatigante. L'intervention dans le débat d'un esprit aussi éclairé et d'une compétence aussi assurée que celui de M. Gariel, ne peut que largement profiter à tous; et à moi d'abord, à qui elle apporte le secours d'un redressement heureux en un point délicat et insuffisamment étudié de mon argumentation. Je m'assure qu'il accueillera dans le même esprit quelques revendications que j'aurai à exercer sur son impartialité. De toutes parts la science en retirera bénéfice.

I

Tous ceux de vos lecteurs, mon cher directeur, qui auront eu le courage de suivre cette bataille académique auront pu remarquer qu'après un engagement qui a rempli trois séances, le débat s'est vu inopinément renfermé dans l'examen expérimental d'un point de fait.

Ce point de fait, notre collègue et ami, M. Gariel, l'expose excellemment ainsi qu'il suit :

« Il ne s'agit plus de savoir absolument comment s'exécute

» la course, si elle est, oui ou non, constituée par la suc-
» cession d'une série de sauts; il faut seulement décider
» maintenant, si le corps de l'homme peut être tout entier
» flottant dans l'air, sans détente brusque des muscles, pro-
» voquant une réaction du sol, ou si ce résultat est impos-
» sible. »

M. Marey présentait à ce sujet une épreuve expérimentale prouvant irrésistiblement, à ses yeux, cette possibilité de détacher les jambes du sol, sans ressaut ni à-coup; il croyait la rencontrer dans un mouvement précipité d'abaissement, dans lequel on imprimerait aux jambes une vitesse ascensionnelle supérieure à celle qui entraîne le tronc en sens contraire.

Et nous contestions cette faculté à notre honorable adversaire, et au point de vue physiologique, et sous le rapport de la mécanique pure.

Or, à ce dernier égard, l'aspect exclusivement mathématique de la question, discutant notre argumentation, M. Gariel nous fait observer (numéro du 2 novembre) que nous ne pouvions déduire de notre appel à la mécanique géométrique la conclusion que nous en avions tirée; qu'au point de vue théorique pur, cette possibilité de faire mouvoir les jambes plus rapidement que le tronc n'était pas inadmissible; et que si nous avions cru le contraire, c'était faute d'avoir tenu compte des différences de masse du tronc et des jambes.

Nous n'hésitons pas à reconnaître qu'à ce point de vue de la mécanique pure, dégagée des éléments anatomiques et physiologiques qui lui servent d'organes ou qui gouvernent son application, le reproche de notre collègue est des plus fondés. Nous ne nous retrancherons pas, pour nous justifier, derrière les inconnues et les complexités innombrables qui nous voilaient ce rapport des masses. M. Gariel a su écarter cette difficulté, il nous était donc possible de nous en affranchir également. Mais nous avons eu un bien plus grand tort que celui-ci; c'est d'avoir mis trop de temps à reconnaître où s'arrêtaient les territoires respectifs de la mécanique abstraite et de la mécanique biologique.

Nous devons donc tous nos remerciements à notre ami M. Gariel pour le service qu'il nous a rendu, non seulement en signalant, dans notre argumentation, une tache de nature à en affecter la portée, mais encore, par l'obligation où il nous a mis de reprendre notre analyse, en nous permettant d'établir à priori, c'est-à-dire indépendamment de toute expérience dynamométrique, que la proposition de M. Marey, si elle est, en toute rigueur, admissible en théorie abstraite, est, par contre, *radicalement incompatible* avec les nécessités physiologiques de la question.

Admettons donc, avec M. Marey, que les jambes puissent, sous l'influence des seuls fléchisseurs, acquérir cette vitesse ascensionnelle qui procurerait leur séparation du sol.

Nous allons, à l'instant, nous briser contre les résultats amenés fatalement par cette supposition. Une première conséquence s'impose en effet: celle-ci, « c'est que cette séparation s'effectuera *dès les premiers instants du mouvement précipité d'abaissement.* »

Ainsi le veulent les deux principes suivants:

Le premier, mécanique, établit que toute force accélératrice constante agit, à tout moment, et quelle que soit la vitesse dont le corps soit animé, avec une même intensité. (Est-il utile d'ajouter que, si cette force varie par elle-même, ses plus grands effets accélérateurs correspondront à son propre maximum ?)

Le second, physiologique, nous apprend que lorsqu'un muscle accomplit un travail, qu'il se raccourcit, le maximum relatif de ce raccourcissement, et par suite du travail produit, s'observe dès le début de ce raccourcissement. La proportion relative du raccourcissement diminue avec la durée de ce raccourcissement (expériences de Schwann, Helmholtz).

Mais alors, voilà donc, dès le début du mouvement, le tronc en l'air, sans soutien, descendant avec la vitesse accélérée de la pesanteur, tandis que les jambes s'élèvent vers lui avec une vitesse plus ou moins supérieure à cette dernière.

Résultat final: une chute, et même une chute violente du tronc accroupi, tout pelotonné, venant s'aplatir sur le sol. Il descend, en effet, de près de 60 centimètres.

Est-ce là un objectif physiologique?

Peut-on admettre qu'un mouvement si précipité qu'il puisse être, d'abaissement du tronc, exempt, d'ailleurs, de toute idée de fuite, doive inévitablement conduire à une chute violente avec aplatissement sur le sol?

Il sera loisible, il est vrai, de nous objecter qu'à l'approche de cette chute imminente, les jambes ne manqueront pas de s'étendre promptement pour revenir au contact du sol et parer au danger.

Cette prudence instinctive est admissible; mais ce qui ne l'est pas, c'est que la nature ait présidé à la physiologie de la locomotion pour le plaisir de produire ces affolements dans la mécanique animale. Puisque les jambes doivent être ramenées à terre, plus précipitamment encore qu'elles ne s'en sont écartées, et cela sans nul objectif utile, il est plus logique de penser qu'elles ne doivent pas commencer par l'abandonner.

Et qu'on ne croie pas pouvoir nous objecter non plus, que cette accélération supérieure imprimée aux jambes puisse prendre naissance, à un moment donné, et à volonté, par l'entrée en mouvement subite et obéissante des fléchisseurs. Cet argument serait en complète opposition avec les autres lois de la physiologie, celles qui rattachent nos mouvements à nos instincts ou à notre volonté.

Une des premières difficultés que l'on rencontre dans l'étude des mécanismes de ces mouvements est l'indépendance complète de ces mécanismes de notre conscience intellectuelle. Nous n'avons de rapport mutuel avec eux que la conscience de notre volonté de les voir s'accomplir. Au mode suivant lequel ils seront obtenus, nous n'avons nulle participation; nous donnons l'ordre, et c'est tout; de la manière dont il sera rempli, nulle notion nous n'avons.

Avec beaucoup d'études et d'observations, le savant peut, en quelques cas simples, s'en faire une idée plus ou moins probable; mais sans arriver jamais à mettre en branle isolément et *directement* tel ou tel de nos agents moteurs.

Ainsi passerions-nous une journée entière à ordonner à l'un des muscles les plus connus et les plus simples à étudier, le biceps, par exemple, de se contracter, nous savons tous qu'il ne fera pas même mine de nous obéir. Mais prescrivons à notre main de ramasser un poids, ou bien de se porter vers l'épaule, à l'instant se manifeste la contraction du biceps.

De même, quand la machine humaine a reçu l'ordre de procurer l'abaissement rapide ou lent du tronc, elle obéit aussitôt, assurément, mais sans que le sensorium ait la moindre conscience des actes particuliers qu'elle accomplit, des agents qu'elle met en œuvre.

Où prendrait-il occasion d'exercer une action plus grande ou plus petite, ou même quelconque sur des moteurs qu'il ne connaît pas?

Dans la question actuelle, le sujet ne sait même pas si ses fléchisseurs prennent ou non part au mouvement; comment agirait-il sur eux?

D'autre part, cet ordre, envoyé par la volonté, d'abaisser le tronc, précipitamment ou non, ne saurait comprendre la volonté d'être projeté violemment à terre; le seul ordre de s'abaisser ne peut être interprété par le mécanisme que sous la condition implicite de maintenir, en même temps, le *corps à l'appui sur son soutien naturel, le membre inférieur.*

Le mouvement conçu et décrit par M. Marey excluait donc, par la force même des choses, la possibilité d'aboutir à un détachement du sol. La constance de l'interposition du

support y était comprise, et, par suite, celle du contact des pieds.

Voilà ce que dès le début de cette discussion nous affirmions et que nous répétons aujourd'hui avec plus d'assurance encore, au nom de la physiologie, après avoir fait une part plus exacte entre la mécanique abstraite et son application à la biologie.

A l'objet que nous venons de traiter ne se bornent pas les griefs relevés par notre honoré critique. Il nous fait encore un très courtois reproche pour avoir employé dans notre argumentation des termes mal définis, tels que : *énergie* d'une *force*, *rapidité* d'une *tendance*.

Nous lui devons également sur ce point une explication.

En ce qui concerne la première de ces expressions, nous ne nous mettrons pas en peine de rechercher où nous avons pu l'employer. C'est évidemment un lapsus, une incorrection grammaticale, un simple pléonasme. Dans un tel sujet, la chose ne nous paraît pas nécessiter une apologie; à peine plaiderais-je les circonstances atténuantes.

Quant à la seconde, *rapidité d'une tendance*, c'est autre chose; l'expression est plus ou moins heureuse; mais si elle n'est pas correcte en mécanique rationnelle, elle renferme cependant une idée, ou plutôt elle répond à un fait positif en physiologie.

Le début et la fin des mouvements physiologiques n'ont pas le caractère de netteté de leurs similaires en mécanique inorganique. Il existe, entre le départ de l'ordre envoyé par la volonté et l'obéissance du muscle, un temps appréciable et qui a même donné lieu à des mesures plus ou moins approchées. Le temps est-il, toutes choses égales d'ailleurs, le même pour l'exécution d'un ordre pressant, précipité, que pour un mouvement pacifique? Nous ne soulevons pas cette question; mais nous indiquons l'idée. Le terme à employer ne pouvait guère être plus mathématique que le fait lui-même.

Giraud-Teulon.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 14 JANVIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

L'anesthésie par la méthode des mélanges titrés de vapeurs et d'air; son application a l'homme pour les vapeurs de chloroforme, par M. *Paul Bert* (voy. les derniers numéros et le numéro actuel, p. 50, de la *Gazette hebdomadaire*). — La présente communication se termine par les propositions suivantes :

I. Le mélange employé a toujours été de 8 grammes de chloroforme vaporisés dans 100 litres d'air. Quand on l'abaisse à 7, le sommeil est moins profond. Il m'a paru absolument inutile d'essayer une dose supérieure.

II. Ce mélange n'est pas désagréable à respirer; quelques malades même le trouvent *bon*. Il en résulte que la phase de *répulsion* est complètement supprimée : point de toux, de suffocation, d'arrêts respiratoires.

III. La phase d'*excitation* est toujours très médiocre et très courte. Même chez les alcooliques, elle n'a jamais amené de lutte; un seul aide suffisait aisément pour maintenir les bras; elle n'a duré au plus que deux ou trois minutes. Chez les autres personnes elle est très faible et ne dépasse pas une ou deux minutes; et même dans plus d'un tiers des cas, chez des adultes, elle n'a pas existé, le malade étant arrivé sans aucun mouvement à l'anesthésie et à la résolution musculaire.

IV. L'insensibilité complète est produite en six ou huit minutes au plus. Elle se maintient très régulière pendant toute la durée de la respiration du mélange anesthésique. Le pouls, qui s'est un peu accéléré généralement au moment de la période d'excitation, redevient tout à fait calme et régulier pendant le sommeil... La respiration se comporte comme la circulation... La pupille se contracte au moment de l'anesthésie, et l'œil se retourne en dehors et en haut... Il n'y a jamais eu, pendant l'anesthésie, de nausées ni de vomissements. La salivation est très faible... La température n'est pas sensiblement modifiée... En un mot, à aucun moment de l'anesthésie, le chirurgien n'éprouve aucune inquiétude sur l'état du malade, qui dort et respire avec le plus grand calme.

V. Lorsque l'embouchure par laquelle arrive le mélange anesthésique est enlevée, on observe *toujours* une prolongation considérable de l'état d'insensibilité. Cette prolongation paraît être en rapport avec le temps pendant lequel on a fait respirer le mélange; on comprend qu'il faudra de très nombreuses observations pour permettre d'établir une loi...

VI. Les vapeurs que respire le malade étant très diluées, leur proportion dans l'air ambiant devient extrêmement faible, et l'odeur de chloroforme ne peut arriver à gêner l'opérateur et les assistants...

VII. L'appareil, imaginé et construit par M. le docteur de Saint-Martin, que j'ai mis en usage dans ces essais, comme dans mes dernières expériences sur les animaux, est simple, peu encombrant, assez commode à manier et d'un prix modéré. Il consiste en deux gazomètres cylindriques à réservoir annulaire, de 150 litres chacun, dont, par le jeu de contrepoids, l'un se remplit pendant que le malade épuise l'autre. L'air, en entrant dans le gazomètre, traverse un petit flacon contenant la dose voulue de chloroforme et la réduit en vapeur. La respiration se fait à l'aide d'une embouchure de caoutchouc à deux soupapes, semblables à celles dont se servent les dentistes. Dans les opérations sur la bouche, si l'anesthésie consécutive n'est pas suffisante, il est très facile, l'embouchure enlevée, de porter le tuyau de caoutchouc jusque dans l'arrière-bouche, et de faire ainsi respirer le patient dans l'atmosphère anesthésique que pousse le gazomètre...

VIII. Revenant maintenant aux résultats de la méthode des mélanges titrés, je les résumerai dans les termes suivants : Pas de période répulsive. Période de délire toujours faible, même chez les alcooliques; quelquefois nulle, même chez les adultes. Insensibilité absolue et régulière, obtenue en six ou huit minutes. Sommeil calme, respiration, circulation, température normales; pas de nausées; aspect normal et tout à fait tranquillisant du malade qui dort. *Anesthésie consécutive* constante et toujours très prolongée; réveil calme, bien-être consécutif, rarement quelques nausées très faibles. Notable économie sur la dépense en chloroforme.

Appareil a inhalations. — M. *Duroy* adresse une réclamation de priorité au sujet de l'appareil décrit par M. Sandras dans le mémoire qu'il a lu devant l'Académie sur les « Inhalations médicamenteuses ». (Renvoi à la commission nommée pour examiner le Mémoire de M. Sandras.)

Académie de médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1883.

CÉPHALOTRIPSIE.

M. *Tarnier* présente un *basiotribe* destiné à broyer la tête du fœtus. Cet instrument, fabriqué par M. Collin, se compose de trois branches d'inégale longueur, étagées, et d'une vis d'écrasement; sa longueur totale est de 41 centimètres. Quand il est articulé et serré, sa largeur, d'un côté à l'autre, est de 4 centimètres. Si on le mesure d'avant en arrière, on trouve 4 1/2 centimètres dans sa partie la plus large, près de l'extrémité des cuillers. Son poids total est de 1200 grammes. La branche médiane, la plus courte, porte un perforateur quadrangulaire, que l'on fait pénétrer dans le crâne par un mouvement de rotation. Ce perforateur agit comme un alésoir, et fait au crâne une ouverture arrondie. Dès que l'extrémité olivaire de ce perforateur a pénétré dans la cavité crânienne, on arrête le mouvement de rotation, et l'on pousse doucement cette branche jusqu'à ce que sa pointe soit arrêtée par la résistance de la base du crâne, avec laquelle elle devra rester en contact jusqu'à la fin de l'opération. La branche gauche, analogue à la branche gauche d'un forceps, est ensuite appliquée comme s'il s'agissait de forceps, et articulée avec la branche médiane. Branche médiane et branche gauche sont alors rapprochées par la vis d'écrasement, et broient une moitié de la tête. Un petit

crochet maintient ces deux branches rapprochées pendant qu'on enlève la vis d'écrasement.

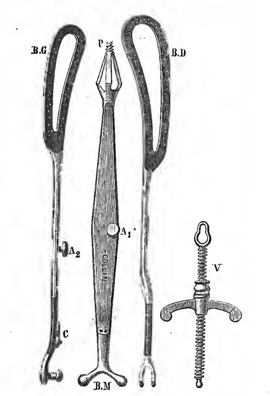


FIG. 1. — BM, branche médiane; BG, branche gauche; BD, branche droite; A, articulation; C, crochet; P, perforateur alésoir; V, vis de pression.

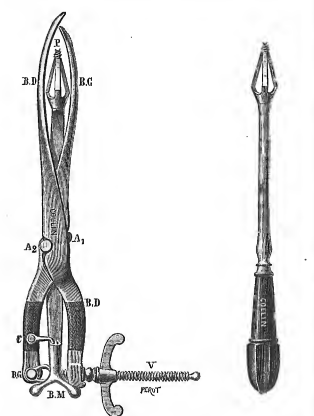


FIG. 2 et 2 *bis*. — BM, branche médiane; BG, branche gauche; BD, branche droite; A, articulation; C, crochet; P, perforateur alésoir; V, vis de pression.

La branche droite, la plus longue de toutes, est ensuite appliquée et articulée comme la branche droite d'un forceps, et la vis d'écrasement, mise de nouveau en place et en action, rapproche cette branche des deux premières.

La tête est ainsi écrasée en deux broiements successifs, moitié par moitié; puis l'on procède à son extraction. Le maniement de cet instrument est d'ailleurs analogue à celui du céphalotribe et du cranioclaste; mais il leur est supérieur, et offre comparativement de très grands avantages, si je m'en rapporte aux expériences cadavériques que j'ai faites.

SÉANCE DU 22 JANVIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ALPHONSE GUÉRIN.

M. le ministre du commerce prie l'Académie de faire connaître « la doctrine qu'elle professe sur l'importation des viandes américaines de porc salées » et de « délibérer sur les analogies symptomatiques qui peuvent exister entre la trichinose et la fièvre typhoïde ». — La lettre de M. le ministre est renvoyée à la Commission précédemment nommée pour examiner cette question.

M. le docteur *Burq* envoie un dossier comprenant les résultats d'une nouvelle enquête faite par M. Tétrel, maire de Villedieu-les-Poêles, et M. Boscher, pharmacien inspecteur, sur les épidémies observées chez les ouvriers de cette localité; il y joint une lettre de M. Nocard au sujet de la mort de M. Thuillier, et des précautions prises par celui-ci au moyen d'un traitement empirique, lors de leur mission en Egypte. (Renvoi à la Commission précédemment nommée.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *A.-J. Martin*, le tome I de son *Étude sur l'administration sanitaire civile à l'étranger et en France;* 2° de la part de M. le docteur *Trousseau*, une brochure sur *l'élongation du nerf nasal externe dans le traitement du glaucome ;* 3° au nom de M. le docteur *Mœller*, une *Note sur l'emploi des appareils dits respirateurs dans le traitement des affections de poitrine ;* 4° de la part de M. le docteur *Van den Corput*, deux brochures intitulées : *Considérations sur l'étiologie du cancer et sur sa prophylaxie* et *Organisation d'une Ligue sanitaire internationale.*

M. *Dujardin-Beaumetz* présente une brochure de M. le docteur *Moncorvo* (de Rio-de-Janeiro) sur *la nature de la coqueluche et son traitement par la résorcine.*

M. *Brouardel* dépose, de la part de M. le docteur *Layet* : 1° un Rapport sur la découverte d'un nouveau cas de cowpox spontané (*Commission de vaccine*); 2° les premiers numéros de la *Revue sanitaire de Bordeaux et du Sud-Ouest.*

M. *Chatin* présente plusieurs ouvrages de M. *Périer*, agrégé à la Faculté de Bordeaux, sur divers sujets d'histoire naturelle, de géologie et de chimie.

M. *Chéreau* fait hommage de ses *Notes sur Xavier Bichat.*

M. *Fournier* présente, au nom de M. le docteur *Siredey*, un livre ayant pour titre : *Les maladies puerpérales.*

INOCULATION DE LA TUBERCULOSE A L'HOMME. — Depuis la découverte de M. Villemin, on sait que la tuberculose est inoculable aux animaux; l'est-elle à l'homme et en dehors des conditions d'hérédité, de misère, de contagion, de traumatisme; peut-elle provenir de l'inoculation sous la peau de produits tuberculeux? Telle est la question soulevée par M. *Verneuil* et pour la solution de laquelle il relate une observation qu'il vient d'avoir l'occasion de relever sur la personne d'un confrère.

Celui-ci, étant externe à l'hôpital Trousseau en 1877, faisait toutes les autopsies du service, lorsqu'au mois de juillet, quatre ou cinq jours après une piqûre, il ressentit une légère douleur au niveau de la racine de l'ongle de l'annulaire droit, et il aperçut aussitôt au point malade une petite papule non inflammatoire au sommet de laquelle apparut, quelques jours après, un petit point blanchâtre qui s'ouvrit et donna lieu à l'écoulement d'une petite gouttelette de pus, écoulement qui continua pendant environ un mois, malgré l'application de topiques divers; la papule prit alors l'aspect de certains tubercules anatomiques, puis elle s'accrut pendant trois ans de la manière suivante : au voisinage de la partie malade se montrait un petit point blanc qui suppurait, s'agrandissait, prenant l'aspect d'un petit papillome, et finalement se réunissait à la masse principale. Aucun traitement, ni local, ni général, n'avait donné de résultat, lorsque M. Verneuil vit le malade en 1880; l'aspect primitif du mal avait disparu; il ne ressemblait plus à un tubercule anatomique, mais bien à un ulcère scrofuleux, avec son liséré bleuâtre, son fond fongueux, etc.; il n'y avait cependant aucun retentissement ganglionnaire; de plus, à la face dorsale de la main, il s'était manifesté, depuis peu, un abcès ayant tous les caractères de l'écrouelle cutanée. M. Verneuil pratiqua alors l'amputation dans la continuité de la deuxième

phalange, et ouvrit l'abcès du dos de la main; cet abcès avait tous les caractères de l'abcès tuberculeux; la paroi était recouverte d'une capsule épaisse, gris rosé, parsemée de cette semoule tuberculeuse si caractéristique; les suites opératoires furent simples, cependant la guérison de la plaie d'amputation, tout comme celle du dos de la main, fut de longue durée. L'état général s'améliora assez pour permettre au malade de passer ses examens et d'aller se fixer en province. Ayant à subir de grandes fatigues pour l'exercice de sa profession, il ne tarda pas à éprouver, du côté de la région lombaire, une douleur vive, se traduisant bientôt par l'apparition de deux abcès froids qui s'ouvrirent, devinrent fistuleux, et les bords de la fistule ne tardèrent pas à prendre les caractères des fistules tuberculeuses. Au commencement de 1883, à la suite d'une contusion du moignon amputé, la cicatrice s'enflamma, suppura, s'ouvrit, et la portion de phalange conservée sortit; elle était blanche, d'un aspect en tout semblable à celui des séquestres tuberculeux. La santé générale avait faibli à ce moment, mais les viscères : poumon, foie, etc., étaient sains. — M. Verneuil revit le malade en novembre 1883; son état avait empiré : le rachis et toute la partie inférieure du corps étaient le siège de douleurs intolérables; il y avait une vive hyperesthésie cutanée, des mouvements cloniques des membres inférieurs sans contracture; en un mot, tous les signes d'une méningite rachidienne produite par abcès ossifluents. Depuis cette époque, le malade va beaucoup mieux, mais ses abcès suppurent encore.

M. Verneuil reconnaît tout le premier les lacunes de cette observation; le malade ne se rappelle pas la nature du mal dont est mort l'enfant qu'il autopsiait au moment où il s'est blessé; mais il faisait toutes les autopsies du service et la tuberculose est bien commune dans les hôpitaux d'enfants. De plus, les caractères de la lésion ressemblent complètement aux lésions tuberculeuses, et l'on ne peut songer dans ce cas ni à la syphilis ni au tubercule anatomique. Sans doute, le malade a plus souffert qu'il n'est d'habitude à la suite des lésions tuberculeuses; mais il s'agit d'un arthritique, d'un névropathe. Faudrait-il invoquer la résistance de la maladie à toute espèce de traitement! N'est-il pas des lésions tuberculeuses, les tubercules de la langue, par exemple, qui sont, pour ainsi dire, incurables? Il n'y a pas eu, il est vrai, d'engorgement ganglionnaire; mais il faut l'attribuer au mode d'inoculation; l'affection a dû pénétrer par la voie des glandules de la peau, comme le prouve l'ulcération sous forme de petits points blancs suppurants et se réunissant les uns aux autres. — En résumé, M. Verneuil considère ce fait comme celui d'une lésion tuberculeuse consécutive à une inoculation locale qui s'est ensuite généralisée; et il le rapproche de l'observation de Laennec qui mourut tuberculeux vingt ans après qu'il lui était survenu une petite tumeur à la main, à la suite d'une blessure faite pendant l'autopsie d'un tuberculeux; il le rapproche enfin du résultat d'une inoculation faite intentionnellement sur un moribond, dans son pays et par des hommes dont il veut taire les noms.

LÉGISLATION RELATIVE AUX ALIÉNÉS. — Au nom de la Commission chargée d'examiner le nouveau projet de loi, déposé au Sénat, sur les réformes de la législation relative aux aliénés, M. *Blanche* lit un rapport considérable, dont voici les conclusions :

1° La loi du 30 juin 1838, inspirée par les sentiments les plus élevés de l'humanité et de respect de la liberté individuelle, a été un bienfait pour les aliénés, elle a assuré la protection de leurs personnes et de leurs biens, en même temps qu'elle leur a procuré les soins médicaux dont ils étaient privés jusque-là. Elle ne mérite pas les accusations dont elle a été l'objet, mais on doit reconnaître que depuis l'époque où elle a été promulguée, certains besoins se sont produits ou se sont développés, auxquels elle ne donne pas conplètement satisfaction;

2° Parmi les dispositions des projets de loi destinés à remplir ces nouvelles obligations, les unes constituent des améliorations positives à l'état de choses actuel, d'autres peuvent prêter à la critique, certaines enfin nous paraissent devoir être, dans la pratique, d'une application difficile. Nous devons, en outre, faire remarquer que plusieurs d'entre elles auront pour effet d'augmenter notablement les dépenses de l'État et des départements;

3° Le principe fondamental du nouveau projet de loi est l'intervention de la justice dans toutes les mesures concernant les aliénés. Ce principe est juste. La folie entraîne presque toujours pour celui qui est atteint la privation plus ou moins complète de sa liberté en même temps que l'impossibilité de gérer ses affaires et veiller à ses intérêts. Or, d'après les règles judiciaires de notre droit, c'est à l'autorité judiciaire seule qu'il appartient de suspendre ou de supprimer la liberté individuelle; c'est elle qui, seule aussi, a qualité pour protéger les incapables. Il y a donc un double motif pour que toutes les mesures relatives aux aliénés soient prises par la justice ou soumises à son contrôle;

4° C'est par application de ce principe que le projet de loi assimile à un asile, sous le rapport de la surveillance, toute maison dans laquelle un aliéné sera traité, même lorsque ce sera dans l'intérieur de sa famille. Si la proposition de la Commission du Sénat est adoptée, cette prescription légale, toute nouvelle en France, quoiqu'elle existe déjà dans d'autres pays, est de nature à froisser des sentiments très respectables; mais en raison des abus qu'elle a pour but de rendre impossibles, nous ne pouvons qu'y souscrire avec l'espérance qu'elle sera appliquée d'une manière discrète et modérée;

5° Une autre innovation consiste dans l'obligation de présenter à l'avenir deux certificats distincts ou un certificat signé de deux médecins, pour l'admission d'un aliéné dans un asile. Malgré les difficultés qui existent à ce propos, nous l'adoptons cependant, parce qu'elle offre une garantie de plus à la liberté individuelle;

6° En vertu d'une disposition nouvelle, tout placement d'un aliéné dans un asile, que ce placement soit volontaire ou d'office, ne sera d'abord que provisoire et ne deviendra définitif qu'après la sanction de la justice. C'est là un corollaire de la pensée principale qui a présidé à la préparation du projet de loi; mais les moyens proposés pour l'application de ce principe se heurteront à des inconvénients et à de sérieux obstacles; aussi espérons-nous qu'il y sera apporté de notables améliorations;

7° Quant aux placements d'office et aux placements d'urgence, nous nous félicitons, pour la sécurité publique, que le projet de loi les rende plus prompts et plus faciles, et nous n'avons eu qu'à formuler certains désirs dont nous ne doutons pas qu'il soit tenu compte;

8° Pour ce qui concerne les condamnés devenus aliénés pendant qu'ils subissaient leur peine et les aliénés dits criminels ou ceux considérés comme dangereux, nous sommes absolument partisans de la création d'un ou de plusieurs asiles d'État, et nous n'avons qu'à approuver toutes les garanties d'examen et de contrôle que l'on exigera dorénavant pour la mise en liberté de ces aliénés, que la justice pourra seule ordonner;

9° Nous donnons aussi notre approbation à de nouvelles mesures proposées, soit pour permettre aux interdits de présenter directement à la justice leur requête à fin de mise en liberté, soit pour garantir d'une façon plus efficace la gestion des biens et les intérêts des aliénés;

10° Enfin nous demandons que toutes les affaires concernant le service des aliénés soient centralisées au ministère de l'Intérieur et qu'il y soit créé, soit une division, soit une direction assistée d'un conseil supérieur.

La discussion de ce rapport commencera dans la prochaine séance.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 16 JANVIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Pied plat valgus douloureux : M. Le Fort. — Pronostic des mutilations de la main produites par les engrenages : M. Guermonprez (de Lille). — Élections.

M. *Léon Le Fort* lit une note sur la pathogénie du pied plat valgus douloureux. Il prend d'abord soin de distinguer cette forme douloureuse du pied plat, d'une autre forme absolument indolente consistant seulement dans l'affaissement de la voûte du pied, sans renversement de l'avant-pied en dehors et n'entraînant aucune gêne fonctionnelle. C'est le pied plat qu'on rencontre si souvent chez les gens de la campagne et qui est déterminé par l'absence à peu près constante du port de chaussures. Dans ces conditions, dès l'enfance, le pied s'habitue à reposer presque par toute sa surface sur le sol ordinairement meuble des champs : les ligaments, les articulations se prêtent sans effort à ce rôle. Le pied est si bien fait pour ce genre de marche, que, si on vient à l'emprisonner dans une chaussure, il refuse son service. Tel paysan qui fait les pieds nus 20 kilomètres et plus sans fatigue, est incapable de fournir une course de quelques kilomètres avec des chaussures. Ces pieds plats ne sont et ne seront jamais douloureux.

Le pied plat valgus douloureux se rencontre chez les jeunes gens qui, ayant jusqu'alors porté des chaussures cambrées et résistantes, les abandonnent tout à coup pour ne plus user que de pantoufles ou d'escarpins à talons bas et à semelles plates et souples : tels sont les garçons de salle, de café, les valets de chambre, etc. Ce sont, d'après les observations de M. Le Fort, ces professions qui fournissent le plus de pieds plats valgus douloureux. Par contre, des professions autrements pénibles, les maçons, les terrassiers, par exemple, ne donnent qu'un petit nombre de pieds plats : ces ouvriers en effet gardent leurs chaussures du premier âge.

Ces faits d'observation clinique établis, comment interpréter la pathogénie de l'affection? Les ligaments puissants de la plante du pied sont destinés à maintenir la concavité de la voûte, ils y parviennent parce que la conformation de la chaussure leur vient en aide; que ce secours leur fasse *brusquement* défaut, ils se laisseront allonger, forcer et deviendront douloureux. C'est alors qu'apparaîtront d'abord la contraction des péroniers, particulièrement du long péronier latéral, suppléant l'appareil ligamenteux, puis bientôt la contracture, en dernier lieu enfin le renversement du pied en dehors.

Avant d'être arrivé à cette conception pathogénique du pied plat valgus douloureux, M. Le Fort employait comme tout le monde l'immobilisation et la faradisation du groupe contracturé. Dans les quelques cas où ce traitement a réussi, il ne doute pas que tout l'honneur en revienne à l'immobilisation. Maintenant il étançonne le bord interne du pied en disposant dans la chaussure ordinaire plusieurs épaisseurs de liège superposées, ou en faisant porter des chaussures spéciales à semelles métalliques très cambrées. Les malades, qu'il gardait d'abord au lit, peuvent marcher dès les premiers jours du traitement.

M. *Verneuil* dit qu'il est impossible d'expliquer toutes les variétés du pied plat valgus douloureux par le même mode pathogénique. Il y a, selon lui, trois grandes catégories de lésions. Dans une première catégorie on a affaire à une contracture des péroniers; c'est ce que l'on observe particulièrement chez les jeunes filles adolescentes; une simple pulvérisation éthérée fait cesser le spasme, soit temporairement, soit pour toujours. Dans une seconde catégorie, il s'agit de paralysie des jambiers; au lit les malades ne présentent aucune déviation du pied; dès qu'ils sont debout, leur pied tourne par prédominance fonctionnelle des péroniers. Cette forme peut au début exister sans douleur, puis elle devient douloureuse par tiraillement des ligaments. Dans une troisième catégorie enfin, il existe une arthrite tarsienne primitive, la contracture n'est que secondaire. Cette dernière variété est encore fréquente et en plus des conditions d'âge des malades atteints du pied plat vulgus douloureux, il faut admettre aussi les conditions hygiéniques dans lesquelles ils sont placés : à Paris ce sont les petits pâtissiers, les marmitons, les laveurs de vaisselle si exposés au froid humide qui forment le contingent de l'affection.

M. *Trélat* conteste l'assertion de M. Le Fort lorsqu'il prétend que les pieds plats non douloureux sont très fréquents chez les gens de la campagne. Il ne croit pas non plus à l'influence de la chaussure sur le développement du pied plat valgus douloureux. Il se rapprocherait plutôt de M. Verneuil et serait disposé à croire que les causes de l'affection sont multiples. Il cite l'exemple d'un petit charpentier de navire ayant le pied bien chaussé et bien conformé, qui fut subitement atteint de pied plat valgus douloureux après s'être exposé au froid et à l'humidité en lavant un bateau.

M. *Tillaux* se rattache à la théorie ligamenteuse de M. Le Fort, c'est du reste l'opinion qu'il a émise dans son livre. Le relâchement des ligaments plantaires est le point de départ de l'affection, il peut consécutivement survenir de la contracture musculaire et de l'arthrite, mais au début ces lésions n'existent certainement pas, car l'immobilisation et le repos seuls font cesser rapidement les accidents.

M. *Sée* a remarqué que les pieds plats sont plus fréquents dans les races du Nord et qu'on les observe plus particulièrement chez les hommes de grande taille et peu musclés. La longueur des os du pied prédispose à cette affection.

M. *de Saint-Germain* est de l'avis de M. Le Fort et il prescrit à la consultation orthopédique du Bureau central l'usage de bottines fortement cambrées.

M. *Després* ne veut aujourd'hui répondre que quelques mots à M. Le Fort. Ce que ce chirurgien a vu chez des malades de la campagne, c'est la quatrième période du pied plat valgus, période non douloureuse. A ce degré le mal est fait : les ligaments plantaires se sont distendus, les articulations sont plus ou moins subluxées; les muscles ne réagissent plus; bref le malade vivra avec sa déformation sans en ressentir la moindre gêne. Nouvelle preuve du degré avancé de l'affection, c'est que la faradisation ne réussit pas.

— M. *Guermonprez* (de Lille) présente des tableaux et lit une note sur le pronostic des mutilations de la main produites par les engrenages. Cette note fait ressortir les résultats inespérés qu'on peut attendre de la suppléance mutuelle des doigts conservés.

— *Élections*. — A l'unanimité sont nommés membres associés étrangers : MM. *Corradi* (de Milan) et *Soupart* (de Gand).

— Sont nommés membres correspondants étrangers : MM. *Julliard* (de Genève) et *Clément Lucas* (de Londres).

— Sont nommés membres correspondants nationaux : MM. *Dieu*, *Queyrel* (de Marseille), *Follet* (de Lille).

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 12 JANVIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Épidémie de trichinose : M. Grancher. — Appareil pour l'anesthésie par la méthode des mélanges : M. Dubois. — Catalepsie dans l'hypnotisme : M. Brémaud. — Élection d'un membre titulaire : M. Gellé.

M. *Grancher* entretient la Société de l'épidémie de trichinose qu'il a récemment observée en Allemagne (Emersleben) avec M. Brouardel. Il insiste surtout sur les caractères anatomiques des lésions constatées dans deux autopsies.

La trichinose a été rencontrée dans presque tous les muscles, particulièrement dans le diaphragme et les intercostaux; on trouve là les kystes calcifiés, bien décrits déjà par Virchow. Les altérations portent sur le périmysium, le myolemme et les faisceaux primitifs. Le périmysium subit une irritation diffuse qui se traduit par une abondante multiplication de ses noyaux, surtout autour des vaisseaux sanguins. Le myolemme de la plupart des faisceaux primitifs reste tout à fait sain; quand il est atteint, il subit la néoformation nucléaire ou présente des altérations profondes «qui préparent le nid où la trichine va se fixer, grandir et s'enkyster ».

Les réactifs colorants indiquent une altération profonde de la fibre musculaire dans laquelle va se développer et s'enkyster la trichine. Au voisinage du kyste, les faisceaux musculaires restent intacts, seulement refoulés, sans traces de dégénérescence cireuse ou granuleuse.

— M. *Dubois* présente la description d'un nouvel appareil médical pour l'anesthésie par les mélanges d'air et de chloroforme; cet appareil est destiné à remplacer comme plus portatif, plus simple, moins fragile, celui de M. de Saint-Martin, qui avait été jusque-là exclusivement employé par M. P. Bert.

— M. *Brémaud*, étudiant la catalepsie hypnotique chez des sujets sains, a pu provoquer chez eux un état de contracture qui ne se manifestait point chez les malades étudiés par MM. Charcot et Richer : un choc léger provoqua immédiatement la contracture des masses musculaires percutées; un courant d'air dirigé sur la nuque produisit une contracture générale.

Un incident soulevé par M. *Rabuteau* au sujet de la fréquence des communications faites à la Société sur les questions de somnambulisme, aboutit à une discussion entre MM. Bert et Rabuteau, discussion toute personnelle, sans intérêt pour un compte rendu scientifique.

La séance se termine par l'élection de M. Gellé comme membre titulaire, avec 21 voix sur 39 votants; 15 voix à M. Vignal, 2 à M. Déjérine, 1 à M. Blanchard.

SÉANCE DU 19 JANVIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. PAUL BERT.

Action de l'atropine sur le cœur; applications au pouls lent permanent : M. François-Franck. — Immunité cuprique : M. Burq. — Sensations tactiles et pulmonaires : M. Bloch.

M. *François-Franck*, rappelant la théorie du mode d'action de l'atropine sur l'innervation cardiaque, cite quelques faits expérimentaux qui ne sont pas conciliables avec les opinions courantes. L'atropine supprime, dit-on, l'influence modératrice des nerfs pneumogastriques sur le cœur en paralysant les ganglions modérateurs intra-cardiaques; ou bien, comme l'a surtout défendu M. Gaskell (1883), le poison surexcite à ce point l'activité musculaire cardiaque, qu'il rend le myocarde capable de résister efficacement aux incitations nerveuses tendant à supprimer sa fonction rythmique.

Avec l'une ou l'autre hypothèse, on ne peut comprendre comment, malgré une atropinisation suffisante pour supprimer l'effet modérateur du pneumogastrique, les fortes irritations traumatiques produites à l'intérieur du cœur par les chocs d'un valvulotome, provoquent encore des arrêts immédiats plus ou moins prolongés : s'il s'agissait d'une paralysie d'éléments ganglionnaires modérateurs ou d'une exagération d'activité du muscle cardiaque, il est bien clair que les irritations endocardiaques ne pourraient plus produire d'arrêt.

M. François-Franck admettrait plutôt que l'atropine sépare des appareils ganglionnaires les nerfs d'arrêt et respecte l'innervation intrinsèque du cœur : elle opérerait une sorte de *section physiologique* du pneumogastrique.

Dès lors on peut l'employer méthodiquement et non d'une façon tout empirique pour déterminer, dans les cas de *véritable* pouls lent permanent (cœur ralenti dans la mesure de 1 sur 2, ainsi que M. Franck en observe actuellement un cas) si le point de départ du ralentissement est cardiaque ou cérébral.

— M. *Burq* apporte des documents contradictoires de ceux que M. Bochefontaine a précédemment présentés au sujet de l'immunité cuprique (voy. le compte rendu détaillé aux *Bulletins* de la Société, G. Masson).

— M. *A. M. Bloch* communique une série d'expériences relatives aux sensations de contractions musculaires.

Il divise son travail en deux parties : la première comprenant la recherche des *sensations musculaires dans les mouvements actifs*, la seconde établie sur l'étude des *sensations qui résultent de la résistance musculaire à des charges variables*.

1° L'auteur s'est servi du dispositif suivant : il se place devant un paravent à deux feuilles dont les faces, couvertes de papier blanc, sont divisées en carrés de 5 centimètres de côté. Il cherche à poser les deux mains symétriquement sur les deux papiers quadrillés et marque au fusain les points qui lui semblent correspondants.

Reportant tous ces points sur une feuille quadrillée aux 2/3 de la réalité, il observe des *écarts inégaux :* de 1 à 2 centimètres dans les régions voisines du corps et situées à la hauteur du visage et de la poitrine; des erreurs entre les deux mains atteignant de 5 à 7 centimètres dans les zones éloignées du corps et qui, pour être touchées par les fusains, ont nécessité une extension plus ou moins grande des bras.

Cela posé, il recommence l'expérience, en faisant porter un bras par un aide, tandis qu'en même temps il place l'autre bras dans une situation qui lui paraît symétrique avec celle du membre passif.

Il est bien entendu que toutes ces épreuves se font les yeux fermés.

Or, dans ce dernier cas, les tracés sont semblables aux premiers. D'où il conclut que la *sensation musculaire est de peu d'effet dans l'appréciation des mouvements que nos membres exécutent* et que les modifications des articulations, de la peau, etc., suffisent à nous indiquer la position d'une partie du corps, sans que la contraction musculaire nous aide dans la connaissance de cette notion.

2° Les sensations de résistance ont été étudiées par l'auteur, soit en suspendant aux deux index des charges variées, jusqu'à ce que la différence de poids se manifeste, soit en augmentant progressivement un poids suspendu à un doigt, jusqu'à ce que cet accroissement se fasse sentir.

L'effet sensoriel est dû à deux facteurs : la pression à la peau et la sensation de résistance musculaire.

L'auteur estime la constante proportionnelle qui donne la sensation de différence à 1/8ᵉ du poids total.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 23 JANVIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. DELPECH.

Applications respectives des différentes sources de Vichy : M. Durand-Fardel. — Paraldéhyde : M. Yvon.

M. *E. Labbée* fait hommage à la Société de son article STRYCHNINE, publié dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

— M. *Durand-Fardel* lit un travail sur les *applications respectives des différentes sources de Vichy*. Il pense que cette étude offre un certain intérêt au point de vue des règles de la médication thermale prise dans son ensemble. En effet, si les indications du traitement par les eaux minérales sont presque toujours assez précises pour qu'il n'existe aucune hésitation dans le choix de la station qui convient au malade, il est peut-être plus dificile de préciser, dans chaque station, la source dont il faudra faire usage, et de régler le mode d'administration pour chaque cas en particulier. Lorsqu'il s'agit de certaines stations possédant des sources peu nombreuses à thermalité élevée, faisant partie de la classe des chlorurées sodiques ou des indéterminées, le choix de la source spéciale ne présente pas un intérêt majeur, mais il n'en est plus ainsi lorsqu'on a recours aux eaux sulfurées ou aux bicarbonatées, surtout aux bicarbonatées sodiques. Lorsque l'on jette les yeux sur le tableau des différentes sources de Vichy, elles ne paraissent, tout d'abord, offrir que de minimes différences dans leur composition ; elles ne se distinguent nettement que par leur thermalité et leur richesse en principes ferrugineux. Or il faut bien savoir que, dans une même station, les sources à thermalité élevée possèdent une efficacité supérieure à celle des sources froides de même composition, ce qui est dû, peut-être, à un état d'intégrité plus parfait du médicament composé qui constitue une eau minérale, résultant précisément de sa haute thermalité. Cette hypothèse trouve, en effet, un appui dans ce fait d'observation que les eaux minérales renferment, à leur émergence du sol, *quelque chose d'indéfini*, leur communiquant des propriétés spéciales qu'elles perdent avec le temps ou par suite de leur transportation loin de la source : la moindre efficacité des eaux à basse thermalité semblent, dès lors, démontrer que le degré de température d'une eau minérale est d'autant plus élevé qu'elle est plus voisine de son origine souterraine et, par suite, qu'elle possède une action plus énergique. — Les trois sources principales de Vichy offrent une spécialisation pour ainsi dire traditionnelle : l'*Hôpital*, pour les affections gastriques; la *Grande-Grille*, pour les maladies du foie; les *Célestins*, pour les troubles des voies urinaires et la goutte. Ces spécialisations comportent un certain nombre d'erreurs que vient rectifier l'observation clinique. Il faut tout d'abord distinguer, dans l'action thérapeutique des eaux minérales, une action *générale*, altérante ou reconstituante, sur l'ensemble de l'économie, et une action *locale*, sur un système déterminé, résolutive ou substitutive; ces distinctions sont importantes, bien que ces diverses actions tendent souvent à se confondre dans leurs résultats. Ainsi, l'action altérante des eaux de Vichy appartient à toutes les sources, mais, en particulier aux sources chaudes; il ne faut donc pas employer dans ce but les eaux froides des Célestins et les prescrire aux goutteux, ainsi qu'on a l'habitude de le faire. Quant à la spécialisation des trois principales sources de Vichy, elle comporte des conditions multiples; trois points importants doivent être tout d'abord établis : 1° l'état des voies digestives; 2° l'état général du système (excitabilité ou torpidité); 3° l'état de l'appareil à modifier. L'éatt de l'appareil à modifier. L'état de l'estomac est indispensable à connaître puisque c'est sur lui que porte l'action directe de l'eau minérale dans le traitement interne; d'ailleurs, à Vichy, la réaction immédiate de ce viscère contre l'ingestion d'une eau non appropriée ne permet guère de faire fausse route. La source qui semble le mieux supportée est celle de l'*Hôpital*; cette source mérite la qualification de *douce*, et doit sans doute ses propriétés particulières à la proportion de matières organiques qu'elle renferme. L'eau de la *Grande-Grille* présente une indication générale contre les affections hépatiques, mais il existe, dans certaines conditions inhérentes à la forme même de la maladie, des contre-indications importantes. En effet, l'action de cette eau paraît comporter une excitation de l'appareil hépathique; aussi, toutes les fois qu'il existe un état d'irritabilité de cet appareil, devra-t-on remplacer la *Grande-Grille* par l'*Hôpital*, et l'on évitera de la sorte les crises douloureuses de coliques hépatiques ou les retours de poussées d'hépatite plus ou moins aiguë. De même, l'eau des *Celestins*, qui est indiquée d'une façon générale dans les maladies de l'appareil urinaire, sera contre-indiquée toutes les fois qu'il existera dans cet appareil, depuis le rein jusqu'à la vessie, un état d'irritabilité évident; on devra, dès lors, lui substituer les sources de la *Grande-Grille* ou de l'*Hôpital*. Ces contre-indications à la spécialisation traditionnelle des sources de Vichy résultent de ce que leur appropriation, bonne pour les états torpides, devient dangereuse lors d'irritabilité. — Ces considérations n'ont plus de valeur lorsqu'il s'agit des eaux transportées à distance; « les eaux transportées ne sont plus que des cadavres d'eaux minérales ». Les eaux froides des Célestins sont celles qui se conservent le mieux et restent le plus actives.

— M. *Yvon* donne lecture d'une note sur la *paraldéhyde* (voy. le compte rendu de la séance du 9 janvier). L'aldéhyde éthylique, ou hydrure d'acétyle C^2H^4O, est de l'alcool privé de deux atomes d'hydrogène; c'est un liquide doué d'une forte odeur de fruits fermentés, qui bout à $+22°$, est miscible à l'eau, à l'alcool et à l'éther en toute proportion, et qui s'altère assez rapidement à l'air, en formant de l'acide acétique par fixation d'un atome d'oxygène (acide acétique $=C^2H^4O^2$); il se prépare facilement en distillant de l'alcool éthylique en présence d'acide sulfurique et de bichromate de potasse. La condensation de deux molécules d'aldéhyde donne la métaldéhyde ($C^4H^8O^2$) ; et celle de trois molécules, la paraldéhyde ($C^6H^{12}O^3$). C'est un corps solide qui fond à $+10°$ et bout à 124°, mais se décompose assez facilement par la chaleur. Sa densité, presque identique avec celle de l'eau, est de 0,998. Elle est est soluble dans l'alcool, l'éther et l'eau; sa solubilité dans l'eau, à la température de $+12°$, est de 1 pour 9. On peut donc obtenir une solution au dixième, puisque un centimère cube de paraldéhyde se dissout dans 9 centimètres cubes d'eau; du reste, fait curieux, son coefficient de solubilité diminue avec l'élévation de température. On trouve dans le commerce deux variétés de paraldéhyde : l'une cristallise à $+10°$; l'autre ne cristallise qu'au-dessous de 0°; celle-ci est le liquide décanté après cristallisation de la première variété à $+10°$, elle est donc moins concentrée. On peut préparer avec la paraldéhyde des solutions alcooliques ou aqueuses, des potions, etc. Il est bon de la dissoudre dans l'eau bouillie, afin d'éviter son oxygénation et sa transformation partielle en acide acétique. A la formule indiquée par M. Dujardin-Beaumetz dans la dernière séance (voy. le n° du 18 janvier), on peut ajouter celle de la solution aqueuse : eau distillée bouillie, 140 grammes; paraldéhyde, 10 grammes. Cette solution renferme 1 gramme de paraldéhyde par 15 grammes, ou cuillerée à soupe. Dans les potions, c'est surtout à la vanille qu'il faudra recourir pour masquer le goût du médicament.

M. *Dujardin-Beaumetz*. L'aldéhyde ne peut être employée chez l'homme à cause de son odeur insupportable; elle ne peut être non plus utilisée en injections hypodermiques, car elle est trop irritante et donne lieu à des accidents locaux; peut-être pourrait-on se servir, pour les injections, de l'aldé-

hydate d'ammoniaque. La stabilité plus grande de la paraldéhyde permet de l'utiliser en thérapeutique; c'est, ainsi que je l'ai dit précédemment, un excellent hypnotique à la dose de 2 à 3 grammes; il est inférieur cependant au chloral et à la morphine, en ce qu'il ne produit pas l'analgésie dans les cas de violentes douleurs. Je l'ai vu échouer contre la névralgie faciale, les coliques hépatiques et les crises douloureuses accompagnant le mal de Pott. Il a l'avantage de n'être pas irritant pour l'estomac, mais il offre le grave inconvénient de communiquer, pendant assez lontemps, à l'haleine des malades une forte odeur d'aldéhyde, analogue à celle que répandent les ivrognes.

M. *Limousin* pense que c'est à la décomposition facile de la paraldéhyde en aldéhyde que sont dus le sommeil et l'odeur de l'haleine; en effet, l'alcool ingéré par les ivrognes subit une combustion partielle qui le transforme en paraldéhyde, et c'est au moment où l'odeur révélatrice apparaît dans leur respiration qu'on voit se produire le sommeil de l'ivresse.

M. *C. Paul* a pu, avec la paraldéhyde, calmer suffisamment les souffrances, peu vives d'ailleurs, d'une de ses malades morphiomane endurcie, et lui procurer un sommeil assez profond pour obtenir d'elle de renoncer, au moins momentanément, à l'usage de la morphine.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Cas d'ataxie locomotrice à symptômes rares et à marche intermittente, par Webber. — Le premier cas avait été marqué par trois crises gastriques, caractérisées par la flatulence et la douleur épigastrique; le second par de la dyspnée; le troisième par de la glycosurie; le quatrième par une surdité qu'aucune lésion des voies auditives ne pouvait expliquer. Dans les quatre autres observations on constatait le retour des malades à la santé.

Cette série de cas montre que le pronostic de l'ataxie est d'autant moins favorable, que l'instauration des symptômes est plus rapide. (*American neurological Association,* 21 juin 1883, et *N.-Y. med. Journ.*, p. 721, 30 juin 1833.)

Des souffles présystoliques avec intégrité de l'orifice mitral, par Keyt. — On observe ces souffles à la pointe, l'orifice mitral étant intact, mais les valvules aortiques étant insuffisantes. Quelle est la cause de ces souffles présystoliques?

L'auteur propose l'explication suivante de ces phénomènes morbides. On sait que normalement le cardiographe enregistre la systole ventriculaire un quinzième de seconde avant la perception par le stéthoscope du premier bruit cardiaque. L'appareil valvulaire aortique est-il intact? Le cheminement du sang à travers cet orifice n'aura lieu qu'au moment où la systole ventriculaire est au maximum, c'est-à-dire coïncidera avec le premier bruit. Le souffle sera donc systolique.

Si au contraire l'orifice aortique est insuffisant, le sang franchira l'orifice dès le début de la contraction ventriculaire, et par conséquent le souffle produit précédera le premier bruit. Il sera donc présystolique. (*The Boston med. and surg. Journ.*, 12 juillet 1883.)

Orchite avec élimination d'une partie du testicule à la suite de la fièvre typhoïde, par Harrison. — Un homme qui avait fait la campagne d'Egypte fut atteint de fièvre typhoïde. Convalescent, il rentrait dans ses foyers, quand il eut un retour de diarrhée pendant la traversée. Trois jours après avoir été exposé au froid, il avait éprouvé tout à coup une violente douleur testiculaire et les symptômes d'une orchite suppurée. Celle-ci guérit après l'expulsion d'une portion nécrosée du testicule. Il n'avait pas été atteint de gonflement parotidien. Le cas était analogue à celui qui a été publié dans la clinique de l'*Union médicale* de novembre 1882. (*The Lancet,* juin 1883, p. 997.)

De l'influence de la caféine sur la quantité d'urée contenue dans l'urine, par Fubini et Ottolenghi. — Il y a longtemps que Frérichs, Roux, Lehmann observaient l'augmentation de l'urée par l'usage du café et que Rabuteau et Bœcker notaient sa diminution, tandis que Voit, Squarey déclaraient qu'à ce point de vue leurs observations étaient négatives. Dans trente expériences nouvelles les auteurs constatèrent une augmentation de l'urée sous l'influence de doses de caféine de 20 ou 25 centigrammes ou d'une infusion de café contenant la même proportion d'alcaloïde. Si on représente par 100 la quantité normale d'urée excrétée par un individu, cette quantité s'élève à 117 par l'emploi du café, les évaluations étant faites par la méthode de Liebig. (*Giorn. della Acad. de med.*, 1883.)

Des rapports entre les maladies de l'abdomen et celles du cœur droit, par Passerini. — Depuis le travail de M. Potain en 1878 et les recherches de MM. Tessier et Frank en 1879 et 1880, cette question a été peu étudiée. L'auteur signale trois cas d'insuffisance tricuspidienne consécutifs à un épanchement péritonéal. A l'auscultation, on entendait le prolongement du premier bruit et un murmure; le second bruit était renforcé vers l'orifice pulmonaire; la disparition de l'épanchement péritonéal fit cesser ces bruits. La cause de ces troubles cardiaques serait purement mécanique, la compression des viscères abdominaux provoquant l'ischémie veineuse et au contraire l'encombrement et l'hyperhémie des organes thoraciques. A l'appui de cette explication, on peut invoquer les observations de Larcher, de Depaul pendant la grossesse, qui remarquaient l'accentuation du premier bruit vers l'orifice pulmonaire en même temps que son prolongement au niveau de la base du cartilage xyphoïde. Il en a été de même dans deux cas de kystes de l'ovaire et de vastes tumeurs abdominales. De plus on a pu encore produire cette même modification du premier bruit à l'orifice pulmonaire en comprimant la paroi abdominale. (*Gazzet. degli Ospitali,* 3 janvier 1883.)

Du traitement de l'urticaire, par Fox. — Dans cette communication à la Société médicale de New-York, l'auteur fait remarquer que le traitement de l'urticaire n'est pas un et qu'il varie suivant les manifestations morbides et l'état général du malade. Dans la diathèse goutteuse, on emploie le carbonate de soude, la colchique et l'abstention d'aliments azotés. S'il existe des troubles gastro-intestinaux, la rhubarbe, le bismuth et les eaux sulfureuses sont indiqués. M. Fox a vu des urticaires rebelles céder rapidement aux bains alcalins et aux eaux sulfureuses.

Les médicaments qui agissent directement sur le système nerveux peuvent guérir l'urticaire ou bien la produire. Telle est la quinine qui, chez des malades qui ne peuvent la supporter, donne lieu à des éruptions ortiées. Mais d'autre part le docteur Lenté a vu un cas d'urticaire malarique céder à son emploi. Le salicylate de soude, l'atropine, la belladone ont produit les mêmes phénomènes. L'arsenic a donné des résultats variables, tandis que le bromure de potassium a été plus efficace. Il en aurait été de même de l'ergot de seigle; moyen empirique d'ailleurs. Enfin le docteur Rochester déclare obtenir de bons effets de l'ipécacuanha et de l'émétique, et dans d'autre cas, de la diète lactée. (*The N.-Y. med. Journal,* 10 février 1883, p. 181.)

Des propriétés hypnotiques du paraldéhyde, par Albertini. — Les conclusions de l'auteur confirment les recherches de Cervello et de Morselli. On doit donc préférer cet agent médicamenteux au chloral, parce qu'il n'abaisse pas la pression sanguine et ne trouble pas la circulation. A un autre point de vue, il est inférieur à cet agent hypnotique parce que l'accoutumance est rapide et que les doses doivent s'élever à 3 ou 9 grammes et même de préférence à 8 et 9 grammes (*Revista di chirurg., med. e farmac.*, février-mars 1883.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies paludéennes à la Guyane, par le docteur E. Maurel, médecin de 1[re] classe de la marine. — Paris, 1883. O. Doin.

Essai de géographie médicale de Nossi-Bé (côte nord-ouest de Madagascar), thèse pour le doctorat.— Paris, 1883. A. Parent.

Si tous les médecins de la marine, ou, plus généralement, si tous ceux que leurs fonctions appellent dans les contrées lointaines apportaient autant de zèle que MM. Maurel et Deblenne à l'étude des questions médicales de tout ordre qui se posent sur ces nouveaux théâtres, la pathologie exotique serait bientôt aussi connue que celle du centre de l'Europe; et l'hygiène générale, l'anthropologie, l'ethnologie s'éclaireraient de précieuses lumières. On devait déjà au premier des travaux sur l'existence de l'homme préhistorique à la Guyane, sur la pathologie dentaire chez les Indiens Galibis, sur les greffes dermo-épidermiques des différentes races humaines, sur le bassin des femmes coolies, sur une épidémie de fièvre typhoïde et de fièvres à rechutes à Saint-Laurent-du-Maroni, sur l'hydrographie de la Guyane, etc.; et nous avons de lui sous les yeux une histoire complète, un véritable *Traité* des maladies paludéennes propres à cette dernière possession. L'*Essai de géographie médicale* que nous donne le second auteur est une thèse de doctorat (ce qui, dans la marine, n'implique pas un noviciat médical), et peut-être doit-on à M. Deblenne quelque ouvrage antérieur; mais celui-ci, qui contient près de 300 pages in-8°, est à lui seul un gage sérieux d'ardeur et d'aptitude scientifiques.

La Guyane française offre un terrain propice à l'étude des affections maremmatiques. Les endémies et le paludisme y dominent de beaucoup la pathologie. Sur 29 178 malades traités à l'hôpital de Cayenne de 1858 à 1867, 16 666 appartiennent aux endémies; et sur 7111 cas relevés dans le même hôpital en 1858, dans les trois premiers trimestres de 1859 et dans le cours de 1861, 4576 sont paludéens. On voit à quoi se trouvent réduits les autres cadres de la pathologie.

La difficulté, dans ce genre de travail, consiste à bien distinguer, dans le complexus pathologique, l'élément paludéen des autres éléments qui s'y trouvent plus ou moins mêlés: à savoir l'élément fourni par toutes les conditions de milieu autres que le marais, et l'élément banal, ubiquiste, qu'on peut rencontrer en tout pays et dans tout climat. Cette distinction faite, et le paludisme nettement dégagé, il s'agit d'en reconnaître et d'en classer les diverses formes. Ici, le meilleur critérium est encore la localisation. A bien considérer les choses, si, dans les contrées palustres, les localisations morbides peuvent être et ont été longtemps comme des lueurs trompeuses, égarant l'esprit de l'observateur loin de la vraie origine et de la vraie nature du mal, on peut admettre aussi que, cette origine une fois reconnue, la nature essentielle de la cause une fois constatée, la *fièvre* paludéenne enfin n'étant plus méconnue, la diversité des effets d'une même cause se caractérise mieux dans les grandes perturbations viscérales que dans les types de la fièvre. Que la fièvre soit quotidienne, ou intermittente ou rémittente, qu'elle soit bénigne ou pernicieuse, cela ne suppose pas dans les modalités de l'agent miasmatique d'autre différence qu'un degré plus ou moins grand de nocuité, en présence d'organismes diversement impressionnables. Au contraire, ne doit-il pas y avoir dans cet agent, si on peut le dire, de graves *motifs de modalité* ou de *spécificité* pour qu'il porte son action tantôt du côté des centres nerveux, tantôt sur les intestins, ici sur le système hépatique, là sur le système respiratoire, à peu près comme font les poisons minéraux; et, dans ces cas aussi, la thérapeutique adjuvante ne prend-elle pas un rôle plus important à côté de la médication antipériodique que dans celui d'une différence de type ou d'intensité morbide.

M. Maurel annonce qu'il a été conduit à cette classification organique par des considérations scientifiques « dont l'exposé trouvera mieux sa place ailleurs ». Ces considérations ont-elles quelque rapport avec les précédentes? C'est ce que nous ignorons. M. Deblenne, lui, n'hésite pas à se prononcer sur cette question délicate; et il le fait en médecin *militaire*. « On pourrait, dit-il, comparer l'attaque de l'organisme par l'infection tellurique au siège d'une place forte par un ennemi puissant : tantôt, en effet, les assiégeants trouvent à leur arrivée un point où la défense n'est pas suffisante, et pénètrent d'emblée dans la place par ce point; tantôt la ville, étant assez bien défendue de tous les côtés, ils investissent d'abord la place, tentent d'y pénétrer en différents endroits..., jusqu'à ce que, après une série d'attaques successives, ils finissent par trouver un endroit où la résistance est moins énergique. Ils font de ce côté un sérieux effort couronné enfin de succès. Parfois cependant les assiégés résistent avec une vigoureuse persévérance; alors les assaillants, désespérant de réussir par la force et par la ruse, prolongent l'investissement de la place et la réduisent par la famine. » On devine tout de suite la répétition de ce tableau dans le cadre du paludisme. Localisation prompte et unique; localisation tardive et multiple; enfin simple état cachectique. C'est la théorie des *loci minoris resistentiæ*, déjà soutenue par un autre médecin de la marine, M. Corre. On l'a vu plus haut, ce n'est pas vers cette théorie que nous penchons. La prédisposition morbide est sans doute un facteur puissant dans les déterminations pathogéniques; mais il nous paraît difficile qu'on en trouve la marque dans la diversité des processus locaux. Si elle peut expliquer les différences individuelles, elle ne rend aucunement compte de la prédominance presque exclusive de telle ou telle forme dans certaines épidémies, et de la succession plus ou moins régulière de formes différentes dans une même localité, dans une même population. Quelle prédisposition d'ailleurs pourrait bien avoir contracté l'épididyme chez les malades dont parlent et M. Maurel et M. Deblenne lui-même, et qui présentent des altérations de cet organe au cours ou vers le déclin de la fièvre paludéenne? La théorie de la prédisposition présume l'unité de l'agent morbigène; il est possible que les progrès de la doctrine microbienne la démontrent quelque jour; mais alors ce sera moins la différence des prédispositions, la résistance plus ou moins grande des *assiégés* qui diversifiera les accidents locaux que les conditions d'habitat, de reproduction ou de colonisation du microbe lui-même.

Quoi qu'il en soit, les deux auteurs dressent un tableau des diverses formes de fièvre maremmatique observées par l'un à la Guyane et par l'autre à Nossi-Bé. Entre un court exposé des *complications* de la fièvre paludéenne (du côté du foie, dans le sang, dans le testicule, dans le tissu cellulaire sous-cutané) et un chapitre important sur les formes apyrétiques et la cachexie, M. Maurel place une histoire très détaillée des formes multiples des *accès* pernicieux, qu'il divise en *cérébraux, cérébelleux, rachidiens, thoraciques, abdominaux* et *mixtes,* avec toutes les variétés que chaque forme est sus-

ceptible de présenter : variétés comateuse, algide, ataxique, convulsive, pneumonique, pleurétique, gastrique, entérique, cranio-thoracique, etc. C'est la partie importante du mémoire. Ce qui en fait le principal intérêt, c'est qu'elle se compose surtout d'observations cliniques, auxquelles l'autopsie apporte hélas ! souvent d'instructifs commentaires. Ainsi, en ce qui concerne les accès pernicieux cérébraux, l'auteur a été amené à attribuer à chacune des formes un caractère anatomique sinon spécial, au moins dominant. Pour les accès comateux, ce sont les épanchements séreux ; pour les algides, l'état criblé de l'encéphale; pour les ataxiques, l'inflammation des méninges; pour les apoplectiques, la congestion de toute la masse cérébrale. Sous ce rapport, la thèse de M. Deblenne est moins substantielle et moins neuve. Néanmoins les *exemples* et *observations* de fièvres paludéennes localisées qu'il rapporte au chapitre V seront consultées avec intérêt. Nous recommandons surtout la lecture du passage consacré à la fièvre épididymaire et aux localisations sur les organes génitaux, et qui renferme l'histoire d'une vaste gangrène du scrotum.

Il ne serait pas juste, d'ailleurs, d'appliquer la même règle de jugement aux deux ouvrages pour les parties où ils se rencontrent. M. Maurel a entendu traiter à fond des maladies paludéennes à la Guyane. Dans la thèse de M. Deblenne, le sujet n'est qu'un épisode au milieu d'une étude complète de la géographie médicale de Nossi-Bé, comprenant, en conséquence, en outre de la pathologie, la climatologie, la faune, la flore, l'ethnologie, etc., et, dans le domaine même de la pathologie, tout ce qui peut intéresser l'histoire médicale de l'île. Et ici naît naturellement une remarque inverse de celle qui précède. La question de l'influence des races sur la morbidité s'est présentée aux deux auteurs. Mais, toujours confiné dans le paludisme, M. Maurel n'a pu que noter, dans des considérations générales, l'aptitude plus ou moins grande des races à contracter les fièvres malariennes, et il a passé en revue, sous ce rapport, les races américaine, caucasique, noire et mongole. M. Deblenne, au contraire, devait poursuivre cette influence dans l'histoire des plus importantes manifestations morbides qu'on rencontre dans le pays, telles que la variole, le choléra, la scarlatine et les maladies des principaux viscères.

En résumé, la thèse de M. Deblenne donne une idée de tous les éléments dont l'ensemble constitue la géographie médicale d'une de nos colonies pénitentiaires; le *Traité* de M. Maurel, une connaissance approfondie d'une classe de maladies qui, dans une autre colonie du même genre, forme la partie la plus importante de la pathologie.

A. Dechambre.

Index bibliographique.

Étude sur les déterminations de la fièvre typhoïde sur le pharynx et l'isthme du gosier, par le docteur Paul Derignac. — Thèse de Paris, 1883. A. Delahaye et Emile Lecrosnier. — De cette étude il ressort que la fréquence des déterminations de la fièvre typhoïde sur la gorge est plus grande que ne semblent l'admettre la plupart des auteurs. Ces déterminations, qui ont été l'objet de recherches récentes, peuvent se montrer soit au début de la dothiénentérie, soit, plus tardivement, dans le cours de la maladie; elles se manifestent parfois par des symptômes douloureux qui appellent l'attention du côté de l'isthme du gosier, mais elles peuvent également se développer insidieusement. Les lésions qui les caractérisent portent à la fois sur le système vasculaire sanguin et sur le système lymphoïde; elles sont d'ailleurs identiques à celles que l'on observe sur les autres organes au cours de la fièvre typhoïde. Il semble donc qu'on puisse attribuer à toutes ces lésions, quel qu'en soit le siège, une commune origine : l'adultération du sang par un principe étranger, sans doute infectieux et de nature organisée. Le diagnostic de ces déterminations gutturales de la dothiénentérie est quelquefois fort difficile, surtout lorsqu'elles sont douloureuses et se montrent comme premier phénomène de la maladie; elles peuvent, en effet, simuler absolument d'autres affections de la gorge, dont il ne sera possible de les différencier qu'en tenant compte des symptômes généraux et de la marche des accidents.

De la manie chronique a forme rémittente, par le docteur Sébastien Mabit. — Thèse de Paris, 1883. Octave Doin. — C'est une des formes de phrénopathie qui sont le plus souvent confondues sous la dénomination de manie intermittente, rémittente ou périodique, et qui ont pour caractère prédominant des accès maniaques revenant plus ou moins périodiquement. La manie chronique à forme rémittente constitue un type distinct; les malades qui en sont atteints, héréditairement ou non, présentent, durant de longues années, des accès de manie dont les retours ont lieu à des époques irrégulières, et sont séparés par de véritables périodes de rémission que caractérise un état psychique anormal, sans manifestations délirantes. Les accès se succèdent à des intervalles très variables, depuis quinze jours jusqu'à deux ans; ils se rapprochent d'ailleurs à mesure que la maladie se prolonge. Pendant leur durée, les malades sont dangereux, ils ont des impulsions violentes. Ces accès, dont le début et la terminaison sont ordinairement brusques, se présentent toujours identiques chez le même individu; ils ne diffèrent d'ailleurs en rien des accès maniaques des folies intermittente, périodique et circulaire. Pendant la période de rémission, au contraire, la manie chronique à forme rémittente revêt une allure qui lui est propre : le malade présente de l'apathie, de l'indifférence, de la torpeur intellectuelle, rarement une gaîté expansive; il est doux, inoffensif, et n'a pas d'idéos délirantes, bien que les sentiments affectifs aient habituellement disparu. Bien que cette période se rapproche du stade mélancolique de la folie circulaire, elle suffit à caractériser l'affection. La marche de la maladie est essentiellement chronique. L'incurabilité est la régle, mais la démence ne survient que tardivement.

Conférences de clinique médicale faites a l'Hôtel-Dieu, par le docteur F. Raymond, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine. — Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — Ces conférences de clinique médicale ont été faites en 1881, pendant le semestre d'été, alors que M. Raymond était chargé, par intérim, du service du professeur G. Sée, à l'Hôtel-Dieu. Ce sont des leçons essentiellement cliniques, qui répondent bien au but que s'est proposé l'auteur : déduire d'un examen complet des antécédents et de l'état actuel du malade le diagnostic, le pronostic et le traitement de l'affection dont il est atteint. Chemin faisant, à l'occasion de questions encore à l'étude, de points discutables, de théories non encore complètement admises par tous les médecins, l'auteur a fait des incursions plus ou moins étendues sur le domaine de la pathologie, et nettement établi l'état actuel de nos connaissances sur le sujet. La description minutieuse des pièces anatomiques a toujours été mise en regard des documents recueillis pendant la vie, chaque fois que la vérification nécroscopique a pu être pratiquée. Les quinze conférences qui composent la brochure publiée par M. Raymond renferment d'intéressantes observations de myélite aiguë, d'amyotrophie secondaire, de lésions aiguës ou chroniques de l'encéphale, de névrose convulsive rythmique, d'épilepsie partielle; une leçon est consacrée à la syphilis cérébrale, une autre à l'anévrysme de l'aorte, au cancer latent de l'estomac, aux complications du rhumatisme. Les sujets les plus divers sont traités avec une méthode et une lucidité d'exposition qui font de ces conférences cliniques un ouvrage intéressant à lire et précieux à consulter.

Contribution a l'étude des ulcères idiopathiques de la jambe, par le docteur Michel Schreider. — 1883. Alex. Coccoz.— Les ulcères idiopathiques des jambes paraissent être le dernier terme d'une série d'altérations plus ou moins profondes et plus ou moins anciennes des divers tissus qui composent le membre inférieur : phlébectasie apparaissant ordinairement de vingt à trente ans; athérome artériel agissant comme cause adjuvante, et survenant le plus souvent vers quarante à cinquante ans; enfin altération des troncs nerveux, consécutive elle-même à la sclérose générale qui envahit tous les tissus et qui est provoquée par les troubles vasculaires préexistants. Les professions, d'après l'auteur,

ne paraissent pas jouer un rôle pathogénique bien important, tandis que l'état constitutionnel des individus atteints doit être pris en grande considération. En effet, l'observation clinique des faits semble démontrer que l'ulcère simple de la jambe est surtout fréquent chez les arthritiques et les herpétiques.

HISTOIRE DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME-DE-PITIÉ (1612-1882), par le docteur Octave GUILLIER. — Paris, 1882. Alexandre Coccoz. — C'est une intéressante étude de l'origine de l'hospitalisation et des établissements nosocomiaux, complétée par l'histoire détaillée des fortunes diverses et des transformations successives de l'hôpital de la Pitié, depuis sa fondation jusqu'à nos jours. L'auteur a recueilli un grand nombre de précieux documents, de pièces authentiques qui lui ont permis de faire revivre pour le lecteur les générations de médecins et de malades qui se sont succédé dans le vieil établissement toujours debout. Il a annexé à son travail quatre plans de l'hôpital à diverses époques, depuis Charles IX, ainsi qu'une liste, par ordre chronologique, des chirurgiens et des médecins qui ont été chargés d'un service à la Pitié.

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE. — La Faculté de médecine de Nancy vient d'éprouver une perte bien sensible dans la personne de M. le professeur Morel, qui a succombé vendredi dernier à une néphrite interstitielle. C'est le sixième qui meurt parmi les anciens professeurs de Strasbourg. M. Morel, âgé seulement de soixante et un ans, était encore plein d'activité; il venait, pour ainsi dire, de publier, en collaboration avec M. Mathias Duval, un excellent *Manuel de l'anatomiste*, où l'indication des procédés de dissection est jointe à la description anatomique. Comme professeur et comme homme, Morel était l'idole de ses élèves. La droiture de son caractère lui gagnait toutes les sympathies.

Morel avait exprimé le désir que ses obsèques eussent lieu sans apparat, sans discours officiels, sans honneurs militaires. Son corps a été conduit à Bethancourt (Haute-Saône), sa ville natale.

— On annonce également la mort de M. Aug. Fabre, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Marseille. Il a succombé inopinément à une maladie de quelques heures. Il était né le 11 décembre 1836. Très goûté comme professeur, il était un des praticiens les plus répandus de Marseille.

— Le 13 décembre 1883, est mort à Saint-Pétersbourg le docteur Popow, des suites d'une diphthérie contractée à l'hôpital des Enfants Prince Pierre d'Oldenbourg. Il n'était âgé que de vingt-sept ans.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS (Statistique du 1er octobre au 31 décembre 1883), par M. le docteur PASSANT.

Hommes, 610; femmes, 906; enfants au-dessous de trois ans, 257; total, 1773. Relativement au trimestre correspondant de 1887, la différence est en moins de 57. Le plus grand nombre de visites a porté sur les angines de poitrine, les affections des voies digestives, les bronchites, les accouchements.

Résumé du service pour 1883.

	Hommes.	Femmes.	Enfants.	Total.
1er trimestre.....	605	1001	259	1865
2e trimestre......	540	840	218	1598
3e trimestre......	581	878	200	1659
4e trimestre......	610	906	257	1773
	2336	3625	934	6895

Progression du service depuis son organisation : 1876 (1re année), 3616 visites de nuit; 1877, 3312; 1878, 3571; 1879, 5282; 1880, 6341; 1881, 6521; 1882, 6891; 1883, 6895.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été promus dans le corps de santé militaire :

1° *Au grade de médecin principal de 1re classe :* M. Balley, médecin principal de 2e classe.

2° *Au grade de médecin principal de 2e classe :* MM. Duchemin, médecin-major de 1re classe; Teinturier, médecin-major de 1re classe; Chambé, médecin-major de 1re classe.

3° *Au grade de médecin-major de 1re classe :* MM. Vidal, médecin-major de 2e classe; Annesley, médecin-major de 2e classe; Mossier, médecin-major de 2e classe; Pébordc, médecin-major de 2e classe.

4° *Au grade de médecin-major de 2e classe :* MM. les médecinss aides-majors de 1re classe dont les noms suivent : Février, Lecomte, Schneider, Cliquet, Woirhaye, Arnold, Paquy, Merz, Baur, Hornus, Butel, Roux, de Balthazar de Gachéo, Petit, Comte, Gaillard, Delamare, Sourris, Oriou, Couderc, Salle, Phisalix, Lubrez, Joly, Boucher, Lallemant, Manquat, Vacher, Mons, Langue, Bouvier, Bischoff, Durget, Bonnet, Bertholon, Warnecke, Legagneur, Moinel, Hussenet.

5° *Au grade de pharmacien-major de 2e classe :* MM. Puig, pharmacien aide-major de 1re classe; Georges, pharmacien aide-major de 1re classe.

THUILLIER. — Le nom de Thuillier a été donné à une partie de la rue des Ursulines. La plaque est posée depuis plusieurs semaines.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le professeur Depaul a légué à la Faculté de médecine de Paris : 1° son musée d'obstétrique, installé par lui à l'hôpital de la Clinique d'accouchement; 2° tous les instruments qu'il y a réunis, ainsi que la collection des observations recueillies pendant sa carrière professorale.

CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — M. E. Ferry a été nommé vice-président.

COURS D'ACCOUCHEMENT. — M. le docteur Doléris, chef de clinique, recommencera son cours d'accouchement le lundi 4 février prochain, à quatre heures et demie du soir. Ce cours, composé de leçons théoriques et pratiques, sera complet en deux mois. — On s'inscrit tous les jours, 89, rue d'Assas.

MORTALITÉ A PARIS (3e semaine, du vendredi 11 au jeudi 17 janvier 1884). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 1093, se décom posant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 30. — Variole, 2. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 48. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 54.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 205. — Autres tuberculoses, 16. — Autres affections générales, 76. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 62. — Bronchite aiguë, 36. — Pneumonie, 77. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 31; au sein et mixte, 20; inconnu, 5. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 110; de l'appareil circulatoire, 66; de l'appareil respiratoire, 84; de l'appareil digestif, 42; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 3. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 48. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 3e semaine. — Le service de statistique a reçu notification, pendant la semaine actuelle, de 1093 décès (au lieu de 1055 pendant la semaine précédente).

Fièvre typhoïde (30 décès); variole (2); rougeole (17); scarlatine (0); coqueluche (13); diphthérie (48); bronchite (36); pneumonie (77); athrepsie des jeunes enfants (56).

Dr Jacques BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

THÉRAPEUTIQUE

Le brome, doué de qualités très irritantes, difficile à administrer médicalement, est peu employé en médecine; c'est le bromure de potassium qui est généralement adopté.

Le bromure de potassium a été étudié, dans ces derniers temps, par des expérimentateurs et des thérapeutistes d'une grande valeur, MM. Bazin, Besnier, Bidd (de Philadelphie), Brown-Séquard, Cersoy, Ferrand, Gubler, Moutard-Martin, Pletzer, Ricord, Stone, Tessier (de Lyon), Thomas (de Sedan), Voisin. Ces études expérimentales et cliniques ont mis en lumière les effets physiologiques et les propriétés médicinales du bromure de potassium, et ont permis d'instituer avec cet agent une médication rationnelle, remarquable par la régularité et la certitude relative des résultats obtenus suivant les doses prescrites.

L'influence générale propre de la médication par le bromure de potassium consiste à modérer, ralentir et régulariser l'action du cœur, et à produire le calme de la circulation. C'est bien certainement en agissant d'abord sur les centres nerveux que le bromure de potassium exerce son influence sur le cœur; mais on admet de plus que c'est par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, dont il augmente l'action, que ce médicament amène la sédation et l'hyposthénie de tout le système.

Indépendamment de cette action générale, le bromure de potassium manifeste, sur certaines régions, une action élective. Cette action s'observe à l'entrée des voies respiratoires et des voies digestives, où l'on signale l'augmentation de la salive, et, lorsque la dose est suffisante, l'insensibilité de l'isthme du gosier et du pharynx; sur l'appareil génito-urinaire, où elle se révèle par la cessation ou l'amoindrissement des excitations anormales du système génital, et par l'augmentation de la sécrétion urinaire.

Mais, bien qu'il ne présente pas à beaucoup près les qualités irritantes du brome, le bromure de potassium, avec sa saveur salée et son arrière-goût amer, demande à être administré avec certaines associations, qui en rendent l'usage plus agréable et plus efficace. M. Laroze, qui depuis longues années fabrique en grand et avec succès le sirop d'écorces d'oranges amères, a été conduit tout naturellement à en faire le véhicule du bromure de potassium; cette association du bromure de potassium avec le sirop d'écorces d'oranges amères est parfaitement rationnelle. D'ailleurs, dans cette préparation, le bromure de potassium est à l'état chimiquement pur, c'est-à-dire qu'il n'est pas uni à la plus petite parcelle d'iodure de potassium; sans cet état de pureté, la préparation ne justifierait pas son titre de sirop sédatif. De plus, le dosage du médicament y est fixe, toujours le même. Une cuillerée à bouche représente invariablement 1 gramme de bromure de potassium; une cuillerée à café, le quart de cette dose, soit 25 centigrammes.

Le *sirop sédatif* d'écorces d'oranges amères *au bromure de potassium* convient dans tous les cas d'irritation, soit nerveuse, soit circulatoire; dans les hyperhémies en général, dans les congestions des centres nerveux; c'est un agent hypnotique précieux là où les préparations opiacées échoueraient. Son utilité n'est pas moins marquée dans certaines maladies du cœur, et surtout contre les palpitations nerveuses ou symptomatiques. Il combat avec efficacité la toux spasmodique de la bronchite, la toux convulsive de la coqueluche, les crises de suffocation de l'emphysème et de l'asthme, la toux déchirante des phthisiques; il adoucit les douleurs cruelles de la laryngite ulcéreuse; il est indiqué dans les phlegmasies de l'isthme du gosier et du pharynx, dans les cas d'œsophagisme et de disphagie. On a cité des cas de guérison d'angine pseudomembraneuse par ce médicament. Il y a donc indication du sirop sédatif dans la diphthérite. Il combat les névroses en général, la chorée, les convulsions, le tétanos, la toux nerveuse et les autres phénomènes de l'hystérie, et surtout l'épilepsie. Dans le *delirium tremens* son emploi est utile. Aucun autre agent n'est plus précieux pour combattre l'éréthisme génital, les érections nocturnes, pour guérir la spermatorrhée, pour dissiper les souffrances qui ont pour cause la névralgie du col de la vessie. Le sirop d'écorces d'oranges amères au bromure de potassium devient précieux dans la médecine des femmes et des enfants. Aussi les vomissements nerveux quotidiens, pendant la grossesse, en réclament l'emploi. Chez les enfants en bas âge, il calme l'agitation, l'insomnie, la toux pendant la dentition, et peut, dans certains cas, prévenir les convulsions. Il s'emploie pour faire tomber, chez les enfants, l'excitation anormale des organes génitaux, qui aboutit si souvent à des habitudes vicieuses. Toutefois, chez les petits enfants, la diarrhée est une contre-indication.

La médecine opératoire sait utiliser les propriétés du sirop sédatif d'écorces d'oranges amères au bromure de potassium sédatif, qui, en produisant l'anesthésie de l'isthme du gosier, rend plus faciles les opérations qui se pratiquent dans cette région, en particulier la staphylorrhaphie, et surtout l'exploration laryngoscopique Enfin, la même préparation, donnée à la dose de une à deux cuillerées à bouche immédiatement après une opération pratiquée sous l'influence anesthésique de l'éther ou du chloroforme, empêche les nausées consécutives à l'éthérisation de se produire. On l'a vu faire cesser ces nausées lorsqu'elles existaient déjà, et même lorsqu'elles étaient suivies de vomissements. La dose à prescrire du sirop sédatif d'écorces d'oranges amères au bromure de potassium varie suivant l'effet qu'on en veut obtenir. Comme sédatif ou anesthésique, la dose doit être de deux cuillerées à bouche au moins par jour pour les adultes, de quatre cuillerées à café pour les enfants. Si l'on veut calmer les accès de suffocation de certaines formes de l'asthme, il faut porter la dose à trois et quatre cuillerées à bouche. La même dose et même une dose plus élevée peuvent être nécessaires pour enrayer les convulsions choréiques, les accidents de l'hystérie. Dans le traitement de l'épilepsie, on administre de cinq à huit cuillerées à bouche, et même dix cuillerées par jour.

Hygiène alimentaire.

Il ne s'agit pas ici d'un médicament qui, comme le précédent, a déjà fait ses preuves, — c'est un médicament ou plutôt un aliment nouveau dont le but est de suppléer à l'insuffisance des éléments salins de l'organisme. Il est essentiellement composé : 1° de toutes les matières minérales et azotées du blé, du maïs et de l'avoine, que les RR. PP. Trappistes, par un artifice tout mécanique, sont parvenus à séparer, au moment de la mouture, de la partie centrale et beaucoup moins riche des grains, produisant ainsi une farine supérieure à celle qui serait retirée du grain tout entier; 2° de petit-lait, résidu de la fabrique de fromage qu'exploitent les RR. PP. au monastère du Port-du-Salut. Or personne n'ignore que c'est le petit-lait qui contient les parties salines du lait.

Il est facile de comprendre que le mélange de cette farine et de ce petit-lait qu'on a appelé Semouline, réunit au plus haut degré possible les éléments salins propres à suppléer à l'insuffisance de ceux que les aliments ordinaires ont apportés dans l'organisme.

C'est donc un produit perfectionné qu'on peut conseiller en toute assurance aux personnes faibles, aux convalescents, aux enfants, aux estomacs fatigués, aux poitrines débilitées, et en général, à toutes les constitutions délicates. Il s'emploie en potages ou en bouillies, et peut se prendre à toute heure de jour ou de nuit : 25 grammes, soit une forte cuillerée, suffisent pour un potage à l'eau, au lait ou au bouillon, et 35 grammes pour une bouillie.

THÉRAPEUTIQUE

La médication chlorhydro-pepsique dans les dyspepsies et l'anorexie.

Les indications de la médication chlorhydro-pepsique ont été bien nettement démontrées par l'expérience clinique, et les remarquables succès obtenus permettent de préciser les cas dans lesquels elle est indiquée. La physiologie et la clinique ayant démontré que la dyspepsie, qu'elle soit essentielle ou symptomatique, avait toujours pour cause un trouble chimique de la digestion, le traitement rationnel des dyspepsies devait donc être basé sur ces origines chimiques.

L'Elixir chlorhydro-pepsique Grez répond parfaitement à cette indication; à l'action digestive si puissante de la pepsine chlorhydrique s'ajoute l'action des amers qui, en excitant la muqueuse et les nerfs gastriques, stimulent l'appétit et activent les sécrétions de l'estomac.

Ce traitement agit en même temps sur les phénomènes chimiques et mécaniques de la digestion. Ce qui explique les heureux effets de cette médication chez les anémiques et les enfants.

L'expérience clinique est venue démontrer la puissance thérapeutique et l'action rapide de cette médication. MM. Dujardin-Beaumetz, Frémy, de l'Hôtel-Dieu, Gombault, Gubler, Huchard, Lucas-Championnière, etc., ont donné cette préparation dans des états dyspepsiques variés et ils ont toujours obtenu d'excellents résultats. Quelques jours de traitement ont suffi pour réveiller l'appétit et faire disparaître les divers symptômes de la dyspepsie.

Des expériences faites à l'hôpital des Enfants, dans les services de MM. Archambault et Bouchut, ont montré que cette médication guérissait avec une rapidité étonnante les troubles gastro-intestinaux des enfants, et une cuillerée à café donnée après chaque repas suffit pour produire ces heureux résultats.

Un grand nombre d'observations ont montré les merveilleux effets que pouvait donner cette médication dans l'anorexie.

« J'ai donné, dit le docteur Courtois, cette préparation à des anémiques et à des tuberculeux, qui avaient complètement perdu l'appétit, et, à mon grand étonnement, j'ai constaté qu'au bout de quelques jours de ce traitement, l'appétit se réveillait chez mes malades, dont quelques-uns doivent certainement leur guérison à cette médication. »

Ces heureux résultats montrent que la médication chlorhydro-pepsique est spécialement indiquée pour combattre l'anorexie si fréquente chez les anémiques et les phthisiques.

Chez ces malades, la digestion se fait mal et par suite l'assimilation est insuffisante; en réveillant l'appétit, en régularisant les fonctions digestives, l'élixir chlorhydro-pepsique leur permet de s'alimenter, et évite une dénutrition, une déchéance organique qui aggraverait rapidement l'état pathologique.

Ce rapide exposé des propriétés thérapeutiques de la médication chlorhydro-pepsique nous permet de conclure, avec l'un des savants observateurs, qu'il n'y a pas dans l'état actuel de la science de médication plus efficace pour combattre les dyspepsies et l'anorexie.

Dr P. ROBERT.

(La France médicale.)

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

Le coaltar saponiné dans la diphthérie et dans certaines autres affections contagieuses.

Le traitement antiseptique des plaies de toute nature et notamment des plaies phagédéniques a fait ses preuves. Il est accepté de tous e s médecins. Employé d'abord d'une façon empirique depuis des siècles, avec plus ou moins de conviction, les études modernes sur le rôle des microbes dans la production et la gravité des plaies lui ont donné une base solide qui en fait comprendre la nécessité et qui ne permet guère le doute ni la contradiction. A des maladies spéciales et spécifiques, il faut un traitement spécial indiqué par la cause et la nature de l'affection. C'est ce qui arrive pour les maladies dans lesquelles il y a localement et extérieurement ou bien dans le sang des microbes dont l'influence nuisible est reconnue.

A ce titre, la diphthérie sous sa forme d'angine couenneuse, de vésicatoire gangreneux diphthéritique, l'otite membraneuse, l'ophthalmie diphthéritique, qui sont des maladies primitivement locales, parasitaires, guérissent très bien par le coaltar saponiné, qui est incontestablement un de nos meilleurs agents antiseptiques et antiparasitaires.

Le coaltar saponiné étant une émulsion titrée au cinquième, on y ajoute trois ou quatre parties égales d'eau pour avoir des émulsions au quinzième, au vingtième, au vingt-cinquième ou au trentième, si l'on met cinq fois autant d'eau. C'est sous cette forme diluée au vingtième ou au trentième qu'il faut l'employer en douches ou en injections, dans le pharynx atteint d'angine couenneuse, ulcéreuse et gangreneuse.

Ces injections se font avec un irrigateur ou une seringue, toutes les deux heures, jour et nuit, ou toutes les heures suivant la gravité du mal; l'enfant ouvre la bouche, en s'inclinant avec une cuvette sous le menton, et le liquide, injecté avec force, sort *sans jamais pénétrer par les voies aériennes;* les douches de coaltar saponiné, qui valent mieux que celles d'eau phéniquée employées comparativement, lavent la gorge, emportent les fausses membranes et arrêtent le développement des microbes.

Sur les vésicatoires gangreneux et diphthéritiques, la solution doit être au cinquième ou au dixième (parties égales d'eau et de coaltar saponiné), appliquée au moyen de compresses renouvelées très souvent et recouvertes de taffetas gommé.

Dans les gangrènes de la vulve et de l'anus, le mode d'application est le même et les résultats semblables.

Le premier effet des applications du coaltar saponiné est la désinfection et la disparition de l'odeur, puis les plaies cessent de s'agrandir, les bords deviennent roses, se couvrent de bourgeons charnus de bonne nature, les fausses membranes s'amincissent, disparaissent graduellement et la cicatrice se fait complètement. Si les malades sont dociles, si le traitement se fait exactement, les résultats en sont très favorables; du reste à l'hôpital des Enfants, depuis quinze ans que ce traitement est en usage, la plupart des angines couenneuses guérissent très rapidement.

Comme moyen prophylactique, nous recommandons également aux personnes chargées de soigner des individus atteints de diphthérite, de se laver la bouche et le nez, et de se gargariser avec de l'eau additionnée d'un peu de coaltar saponiné. Nous croyons fermement à l'utilité de cette pratique hygiénique, qu'on peut répéter plusieurs fois par jour.

Les soins que nous recommandons peuvent être pris sans crainte : le liquide qu'il s'agit d'employer n'est ni caustique, ni vénéneux : il n'exige point les minutieuses précautions que réclame impérieusement l'usage de l'acide phénique et peut être laissé entre les mains des personnes les plus inexpérimentées.

L'*érysipèle* est de même une affection essentiellement contagieuse; on sait qu'il existe dans la sérosité de l'érysipèle des micrococcus et des bactéridies qui sont la cause de la maladie : si l'on inocule ces germes à un animal, il contractera un érysipèle. Or le coaltar saponiné est capable de détruire ces germes et de s'opposer à la propagation de la contagion : il y a donc tout avantage à panser au coaltar saponiné les surfaces érysipélateuses.

Le docteur *Beau*, professeur à l'École de médecine navale de Toulon, signale le fait d'une dame qui, à la suite de l'ablation d'un cancer du sein, eut plusieurs accès de fièvre traumatique qui tous se terminèrent par une poussée érysipélateuse se manifestant sur l'épaule du côté opposé, sur la région dorsale et même à la hanche, tandis que les lèvres de la plaie et toutes les parties recouvertes par le pansement antiseptique au coaltar ne participèrent jamais en rien à la manifestation pathologique.

Le pansement coaltaré, qui est un des meilleurs moyens de prévenir l'érysipèle à la suite des traumatismes, est aussi, une fois l'érysipèle déclaré, l'un des meilleurs topiques qu'on puisse lui opposer. Dans les cas où des compresses d'eau coaltarée ont été appliquées sur la surface érysipélateuse, nous n'avons jamais vu l'affection persister, ni se compliquer de symptômes graves.

Nous dirons la même chose à propos de l'*infection purulente* ou *putride*, de la *pourriture d'hôpital*, etc., le pansement coaltaré, qui constitue l'un des meilleurs préventifs, est aussi l'un des meilleurs agents thérapeutiques topiques, une fois l'affection déclarée. En effet le docteur Beau, résumant les faits de sa pratique, s'exprime de cette manière :

« C'est la confiance que nous avons dans cette action atténuante du coaltar, *même alors que la maladie est pleinement confirmée*, qui nous a déterminé bien des fois à entreprendre certaines grandes opérations, des amputations de jambe, par exemple, après un ou plusieurs frissons pyohémiques des plus prononcés; alors, bien entendu, qu'aucun symptôme annonçant une détermination organique particulière ne nous avait fait craindre l'existence d'une collection purulente parenchymateuse ou d'un épanchement dans une cavité séreuse. »

C'est qu'en effet les propriétés antizymotiques du coaltar sont manifestes, et qu'en détruisant les germes dans le foyer d'infection, on empêche leur propagation et leur multiplication dans l'économie.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

De l'action physiologique et thérapeutique de la digitale.

La digitale occupe l'un des premiers rangs de la matière médicale; elle produit en effet, sur l'organisme humain, deux phénomènes importants, l'accroissement de la diurèse et le ralentissement du pouls. Dès que ces effets eurent été constatés, la digitale attira l'attention de tous les praticiens et devint pour les chimistes l'objet de nombreux travaux; il était certain, en effet, que son emploi devait avoir une action utile dans toutes les affections du cœur. En effet, elle ralentit les battements de cet organe au point de faire tomber les pulsations du pouls de près de moitié, et il est constaté que le pouls devient plus fort et plus résistant à mesure que le nombre des pulsations diminue; de telle manière que la digitale, convenablement administrée, peut devenir le régulateur de la circulation, et la tonifier en la réglant.

Voici un fait qui en est la démonstration la plus évidente :

Camille de B..., âgé de quinze ans, de haute taille pour son âge, élève interne au collège Stanislas, à Paris, a été pris d'un ensemble de symptômes que l'on pouvait considérer comme les prodromes d'une fièvre typhoïde : épistaxis répétées, étourdissements, pâleur, diminution de l'appétit, nausées, coliques, diarrhée légère, un peu de fréquence du pouls avec augmentation de chaleur à la peau, affaiblissement. Ce jeune homme, transporté dans sa famille, qui habite un des quartiers les plus aérés de Paris, fut mis au repos du corps et de l'intelligence et soumis à un régime et à un traitement appropriés. En peu de temps sa santé se rétablit. L'appétit se réveilla, les garde-robes redevinrent régulières et le sommeil normal. Les forces mêmes parurent reprendre leurs conditions naturelles. Le jeune homme se disait bien portant. Cependant le pouls battait 138 à 140 fois; à l'auscultation, les battements du cœur avaient une grande violence, le cœur bondissait dans la poitrine; le visage restait pâle. Il y avait évidemment anémie, que l'on pouvait rationnellement attribuer à une croissance rapide, coïncidant avec une alimentation insuffisamment réparatrice et avec une aération incomplète.

La digitale était indiquée. Le sirop de Labélonye fut donc prescrit, d'abord à la dose d'une cuillerée à bouche le soir en se couchant. Au bout de trois ou quatre jours, le pouls était à 132 et les battements du cœur moins forts. Alors la dose du médicament fut doublée: une grande cuillerée le matin, et autant le soir. Après huit jours de cette médication le pouls ne battait plus que 96 fois, et l'impulsion du cœur était entièrement normale. En même temps, les forces faisaient des progrès et la santé générale allait s'améliorant. Au moment où nous écrivons, le traitement est continué; on l'a complété par l'adjonction d'une préparation ferrugineuse.

L'action de la digitale bien démontrée, il était important de rechercher à quel principe elle devait ses propriétés bienfaisantes.

Le professeur Gubler, à la suite d'analyses comme il sait les faire, a trouvé dans la digitale deux huiles dont l'une volatile, une matière grasse, une résine, un principe amer désigné sous le nom de digitaline, le digitalin, la digitalose, les acides digitalique, antirrhinique et digitalésique. Il n'était pas possible d'attribuer à l'un ou l'autre de ces principes les vertus médicinales de la digitaline, et il fut bientôt prouvé que ce n'était pas à un principe unique, mais à la réunion des principes extractifs de l'huile, de la résine et des sels qu'elle renferme qu'elle devait ses propriétés. M. Labélonye, dont les recherches ont éclairé la question d'une vive lumière, a reconnu que l'extrait hydro-alcoolique était la préparation la plus favorable à l'administration de ce médicament. Il l'a mise dans le commerce sous le nom de digitale de Labélonye, et le corps médical l'a accueillie avec toute la faveur qu'elle méritait.

Trente-cinq années d'expérimentations, faites par les médecins de tous les pays, ont prouvé que ce sirop jouissait de toutes les propriétés de la digitale, sans avoir aucun des inconvénients des autres préparations de cette plante. Jamais il n'a amené aucun des accidents que détermine parfois la digitaline, et cependant il possède au plus haut degré l'action sédative et diurétique de la digitale. Il a toujours été employé avec grand succès dans le traitement de l'hydropisie, les bronchites nerveuses, asthmes, catarrhes et tout spécialement dans les affections du cœur, et est devenu l'un des agents les plus précieux de la thérapeutique.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 31 janvier 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : IMPORTATION DE VIANDE TRICHINEUSE. — LES SCHIZOMYCÈTES (OU SCHIZOPHYTES) AU POINT DE VUE MÉDICAL. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : Importation de viande trichineuse.

Il est assurément plusieurs manières d'envisager la question soumise par M. le ministre du commerce à l'examen de l'Académie, et M. Proust, dans le rapport si complet et si clair qu'il a lu mardi à l'Académie, a eu le mérite de les indiquer en toute sincérité. Nous attendrons, pour résumer la question, le débat qui doit s'ouvrir dans la prochaine séance.

Ce rapport avait été précédé d'un rapport de M. Rochard, relatif à un microbe présumé du béribéri, et a été suivi d'une communication de M. Cornil sur l'empoisonnement des poules par le jequirity.

Les Schizomycètes (ou Schizophytes) au point de vue médical.

(Zopf, *Die Spaltpilze*, nach dem neuesten Standpunkte bearbeitet. Breslau. S. Frewcadt, 1883.)

L'obscurité qui pendant longtemps, jusque par delà le milieu du dix-huitième siècle, déroba à l'homme la connaissance de la nature, a depuis la renaissance de la chimie levé graduellement presque tous ses voiles devant les rayons de la science. L'un des derniers mystères, jadis imposés comme une règle de foi à la génération qui nous a précédés a été cette force que Berzelius nommait *force de catalytie*, masquant d'un terme grec et pompeux son ignorance d'une cause. D'après l'Allemand Liebig, le sucre, en fermentant sous l'influence de la levure, subissait un « *mouvement communiqué* » à ses molécules par celles de cette levure. L'ancienne *action de présence* est heureusement remplacée, pour ce cas du moins, par l'action physiologique de certains végétaux inférieurs.

Les végétaux inférieurs capables d'altérer les infusions où ils vivent appartiennent à trois familles différentes : les Mucorinées, les Saccharomycètes et les Schizomycètes (1) ou mieux Schizophytes.

De ces trois familles, parfois confondues bien à tort entre elles, ce sont les Mucorinées qui ont l'organisation la plus compliquée, ou, comme l'on dit généralement, la plus élevée. Ces petits Champignons consistent en effet en un mycélium, rampant sur un substratum humide ou même nageant dans un liquide, et duquel part un axe dressé, aérien, simple ou diversement ramifié, que termine un sporange tantôt dilaté en sphère, tantôt allongé en cylindre ou renflé en massue. A cette famille appartiennent un grand nombre de genres (2), notamment les *Mucor* et les *Pilobolus*, ces derniers projetant leurs spores. Plusieurs des espèces de Mucorinées peuvent provoquer des phénomènes de fermentation (3) dans le liquide dont elles se nourrissent. Nous les laisserons cependant de côté parce qu'elles ont peu d'intérêt pour les médecins (4). Mais nous devions les mentionner à cause d'une erreur commise trop souvent dans l'emploi du mot : *moisissures*. Les Champignons auxquels la langue vulgaire donne ce nom général de moisissures appartiennent soit à la famille des Mucorinées, comme le *Mucor Mucedo* et le *Rhizopus nigricans*, soit à celle des Périsporiacées, comme le *Penicillium glaucum*, dont les grosses spores bleuâtres sont si fréquentes parmi les poussières atmosphériques. Mais aucune moisissure proprement dite n'intervient dans ces phénomènes de décomposition organique auxquels le médecin doit une attention spéciale. C'est donc par une extension abusive que

(1) Nægeli, *Die niederen Pilze in ihren Beziehungen zu den Infectionskrankheiten und der Gesundheitpflanzen*, Munich, 1877.

(2) Van Tieghem, *Traité de botanique*, p. 1008. Bainier, *Ann. sc. nat.*, 6e série, t. XV, n° 6, et thèse de pharmacie, 1882. (Tirage à part en vente chez Pichon et Cotillon.)

(3) Pasteur, *Études sur la bière*, p. 116. U. Gayon, *De la fermentation alcoolique avec les Mucor circinelloides*, in *Ann. de chimie et de physique*, 5e série, t. XIV (1878).

(4) Du moins au point de vue de cet article, et exception faite des cas où des *Mucor* se développent dans les cavités ouvertes à l'extérieur. Voy. cependant la *Berliner klinische Wochenschrift*, 1882, p. 120, 147.

M. Béchamp a pu écrire (5) que sous la dénomination de moisissures il comprenait tout ce qui dans les solutions sucrées opère l'interversion du sucre et l'acidification de ces solutions. Il importe dans un sujet aussi difficile de n'employer que la nomenclature la plus exacte.

Les Saccharomycètes ont pour type la levure de bière, autrefois nommée *Torula Cerevisiæ* alors qu'on ne connaissait que la formation de chapelets de cellules. On sait aujourd'hui qu'outre cette propriété d'extension, la levure possède celle de se multiplier par spores endogènes, nées à la fois au nombre de quatre dans une des cellules de leurs chapelets, ce qui la place sur un degré bien caractérisé parmi l'immense série des Champignons. Aussi le nom de *Torula*, restreint aux formes de microphytes bourgeonnant dans les infusions, n'a-t-il plus aujourd'hui la même compréhension, et les levures ont-elles dû en être retirées. Celle de la bière, la première qu'ait découverte Cagniard-Latour, est maintenant le *Saccharomyces Cerevisiæ* Reess; et dans le même genre *Saccharomyces* sont réparties les autres levures sous les noms de *S. Pastorianus*, *S. apiculatus* (6), ainsi que le Champignon du muguet, le *S. albicans* Reess, qui ne se développe que dans les liquides naturellement acides ou accidentellement devenus tels (7). A côté du genre *Saccharomyces* est le genre *Mycoderma*, le *Dematium*, etc. Leur étude est surtout du ressort des industriels qui désirent connaître à fond les conditions de la fabrication du vin, du vinaigre et de l'alcool, et comprendre comment les levures, en dissociant le sucre de canne (préalablement interverti) pour s'en assimiler le carbone, déterminent indirectement la fermentation alcoolique. Aussi n'en dirons-nous pas plus ici sur les Saccharomycètes (8), réservant tout l'espace dont nous pouvons disposer pour les végétaux que M. Nægeli a nommés Schizomycètes.

Cette dénomination, qui correspond à celle de *Spàltpilze* employée par M. Zopf, a été généralement acceptée en Allemagne où on les regardait comme des Champignons. Cette opinion n'est pas la nôtre; comme nous l'exposerons tout à l'heure, nous les croyons beaucoup mieux placés parmi les Algues. Les auteurs français, à l'exemple de M. Van Tieghem, les nomment ordinairement Bactériens. L'usage est en effet de tirer le nom d'une famille d'un de ses principaux genres. Mais nous montrerons bientôt que ce mot de *Bacterium* ne représente point un genre, mais seulement un état, une phase. Alors convient-il vraiment d'en tirer le nom d'une famille! Provisoirement nous nous décidons pour le terme de Schizophytes, qui a l'avantage de pouvoir être accepté par tout le monde, comme celui de marquer le principal caractère de ces petits êtres, leur reproduction par scissiparité. Quant au nom assez mal fait de *microbes*, lequel est en train de passer dans la langue vulgaire, il n'exprime le plus souvent qu'une idée vague ou même contradictoire. On verra en effet, par quelques citations, que les opinions les plus opposées ont été soutenues à leur égard par les naturalistes aussi bien que par les médecins.

Après les travaux d'Ehrenberg et de Dujardin, qui sont connus de tous, et où ont été établis les noms de *Bacterium*, de *Vibrio*, de *Spirillum* et de *Spirochœte*, M. Davaine (9), réunissant ces deux derniers noms génériques, a tracé la classification suivante :

Filaments	droits ou infléchis...	spontanément mobiles	rigides, *Bacterium*.
			flexueux, *Vibrio*.
		immobiles........	*Bacteridium*.
	hélicoïdes.....................		*Spirillum*.

A côté de ces noms génériques, il convient de citer celui de *Zooglœa*, écrit pour la première fois par M. Cohn dès 1853 (10), pour désigner des Schizophytes arrondis, associés au milieu de couches gélatineuses; celui de *Leptothrix*, genre de la tribu des Oscillariées et de la famille des Algues, créé longtemps auparavant par Kützing, l'un des principaux algologues du siècle, de même que celui de *Micrococcus*, si répandu aujourd'hui, qui a paru dans le livre de M. Hallier sur les parasites du corps humain en 1865 (11). Quand ces travaux ont paru, beaucoup de bons esprits habitués aux méthodes précises de l'histoire naturelle, pouvaient croire que la lumière se faisait sur le chaos des infiniment petits, et que la science médicale trouverait dans ces travaux des fondements précieux pour asseoir la doctrine des maladies parasitaires. On le croyait bien mieux encore après la classification détaillée publiée par M. Cohn en 1872 (12). Cependant la science n'était pas fixée, et les idées les plus discordantes sont soutenues sur les relations des genres entre eux.

Selon M. Ch. Robin (13) « tous les corpuscules décrits sous » les noms de *Bacterium Termo*, *B. Punctum*, *Zooglœa*, *Micrococcus*, et sous bien d'autres encore, sont des cellules végétales, des spores de Champignons de plusieurs espèces distinctes certainement, spores ou corps reproducteurs de premier ordre, dérivant soit les uns des autres par gemmation » ou scission, soit du mycélium : corps reproducteurs, en un » mot, de l'ordre de ceux que M. Tulasne a rangés sous le nom » de conidies, etc. » Il faut remarquer dans cette opinion le terme de *Champignons*. Ces Bactéries, ces Schizophytes sont des Algues pour M. Van Tieghem comme pour M. Cohn. Mlle Johanna Lueders (14), en essayant de prouver par le détail d'une observation microscopique soigneuse, une opinion analogue à celle de M. Robin, n'a pas réussi à convaincre les naturalistes que les spores des *Penicillium* laissent transsuder, par des pores de leur membrane externe, des corpuscules qui seraient, suivant elle, des germes de Bactéries, et encore moins M. Hallier qui, dans son ouvrage déjà cité, dépasse les limites du polymorphisme le plus effréné. Pour M. Hallier, le champignon du favus, celui de la mentagre, le *Leptothrix buccalis*, les cryptogames de l'herpès circinatus et celui de l'herpès tonsurans ne sont que des états divers du *Penicillium glaucum*. Il croit même que le *Leptothrix* peut être une forme de développement commune à plusieurs Champignons inférieurs, et

(5) *Les Microzymas*, p. XIII de l'avant-propos.

(6) Voy. Hansen, *Meddelelser fra Carlsberg Laboratoriet*, Copenhague, 1882-83. Le *Saccharomyces apiculatus* se rencontre sur les fruits mûrs et passe l'hiver dans la terre. C'est lui qui a fait fermenter les fruits dans les expériences de M. Fremy (*Comptes rendus*, séance du 17 juillet 1876). Le *S. Pastorianus* communique à la bière un goût amer et désagréable.

(7) Voy. Kehrer, *Ueber den Soorpilz*. In-8 de 71 pages, Heidelberg, C. Winter, 1883.

(8) Cette famille, constituée par M. Nægeli, peut être maintenue utilement au point de vue biologique. Il importe cependant de rappeler que dans une classification générale et philosophique des Champignons les *Saccharomyces* sont regardés comme des types inférieurs, arrêtés dans leur développement, par comparaison à des Champignons dont l'état parfait, avec production d'un périthèce, est réalisé par les Pezizes et autres Discomycètes.

(9) Article Bactéries du *Dictionnaire encyclopédique*, en 1868.

(10) *Ueber die Entwickelungsgeschichte mikroskopischer Alge und Pilze*, in *Nova Acta Academiæ L.-C. naturæ curiosorum*, t. XXIV, pars. 1, p. 118 et sq.

(11) *Die pflanzlichen Parasiten des menschlichen Körpers für Ärzte, Botaniker und Studirende, zugleich als Anleitung in das Studium der niederen Organismen*, in-8, Leipzig, 1865. Voy. aussi son mémoire intitulé *Gährungserscheinungen*.

(12) *Beiträge zur Biologie der Pflanzen*, Heft 1, 1872.

(13) *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, 1875, n° 4, p. 388.

(14) *Botanische Zeitung*, 1866, nos 5 et 6. Il a été reproché à cet auteur d'avoir fait des observations isolées sur différents êtres plutôt qu'une série d'études réalisées avec certitude sur la même espèce.

même que la levure procède le plus généralement d'un *Leptothrix* (15). Le professeur d'Iéna confondait ainsi les trois familles que nous avons en commençant soigneusement distinguées au début de cette étude : les Mucorinées, les Saccharomycètes et les Schizophytes, et dont les deux premières seules appartiennent à la classe des Champignons. Ce sont là des divagations qu'on ne rapporte ici que pour donner un exemple des opinions extrêmes. Sans aller aussi loin que le professeur d'Iéna dans ses hypothèses de transformation, M. Billroth est déjà cependant assez avancé, puisqu'il réduit tous les Schizophytes à un seul être : le *Coccobacteria septica* (16), alors même que M. Pasteur, se plaçant au point de vue physiologique, regarde comme une espèce particulière toute forme de Schizophyte qui naît constamment dans un milieu déterminé ou qui cause un mode de fermentation tout spécial.

Au point de vue physiologique, les divergences n'ont pas été moindres. On sait que, suivant la thèse fondée par l'illustre chimiste, et nous devons dire fondée sur l'expérience, les Schizophytes tantôt déterminent la fermentation putride en attaquant les matières ammoniacales pour se nourrir de leur azote, et tantôt décomposent le sang des animaux en dissociant leur sang et leurs humeurs pour s'emparer de leur oxygène, cela peut-être directement, peut-être après la sécrétion d'un ferment préalable, point qui n'est pas encore parfaitement fixé. M. Pasteur affirme en outre que la bactérie représente parfaitement l'agent de contagion de certaines maladies contagieuses, et notamment du charbon, qui est le grand exemple de la thèse ; qu'une goutte de sang charbonneux naturel amène rapidement la mort, tandis que l'inoculation de dix à quatre-vingts gouttes de liquide filtré et privé de la bactérie par cette filtration est absolument sans effet (17). En regard de cette affirmation s'est dressée une affirmation absolument contradictoire de M. Paul Bert, lequel annonçait à la Société de biologie, dans sa séance du 13 janvier 1877, que la bactéridie charbonneuse était détruite par l'oxygène à haute tension, tandis que le sang conservait après cette opération ses propriétés nocives.

Mais au moins, dans ce grand différend scientifique, les contradicteurs voyaient tous deux dans la bactérie ou bactéridie charbonneuse un parasite étranger au corps de l'homme. Cette opinion se transforme sous la plume de M. Béchamp, pour lequel (18) « les divers vibrions, le Bacterium chaînette, » le Bacterium termo, le Bacterium capitatum, la bactéridie, » ne sont que les diverses phases du développement des mi» crozymas, ou de certains microzymas, plus ou moins dé» pendant de la nature du milieu ». Que si l'on demande ce que sont ces microzymas, on a pour réponse cette phrase de M. Estor, écrivant à l'Académie (19) : « MM. Béchamp et » moi avons adressé à l'Académie une Note sur l'évolution » des microzymas ou granulations moléculaires normales des » animaux. » Il n'y a pas loin de là à l'opinion soutenue par un médecin distingué, M. Ed. Fournié, pour lequel (20) « les » microbes sont des produits pathologiques encore mal définis » et qu'on ne saurait assimiler aux parasites (végétaux ou ani» maux) dont l'histoire naturelle est connue. La bactérie, la bac» téridie, le bacille, etc., dit notre confrère, sont des éléments » figurés qui, au sein des tissus vivants et des humeurs alté» rées, paraissent, se multiplient, fourmillent, puis se ré» sorbent et disparaissent sans qu'on puisse se rendre compte » du mécanisme qui préside à leur naissance et à leur mort, » si tant est qu'ils vivent d'une vie propre, ce que nous ne » croyons pas. » C'est là une élégante expression de la doctrine que soutenait à l'Académie de médecine M. G. Sée, lorsque, au cours d'une discussion sur le bacille de la tuberculose, il s'écriait : « Je n'ai jamais imaginé que ce bacille » flottât à l'état normal dans l'air ; je crois qu'il le traverse, » mais qu'il vient de l'économie et qu'il y retourne, *qu'il est* » *produit par elle.* »

Quelle est la lumière qui éclairera tant de contradictions et d'obscurités ?

La première de ces difficultés, en apparence inextricables, gît dans la confusion faite au microscope, sous les lentilles à grossissements énormes, entre les infiniment petits de forme globuleuse, qui appartiennent les uns aux tissus des animaux, les autres à des parasites. Les premiers sont les granulations moléculaires des cellules connues depuis bien longtemps, et que MM. A. Béchamp, J. Béchamp et Estor comprennent parmi les microzymas. Dans la même catégorie sont les globules graisseux du lait, du moins les plus fixes. Il y a longtemps cependant que les moyens de distinction ont été formulés (21). La potasse dissout le globule de caséine et ramollit les faux *Zooglœa* sans attaquer les bactéries ; l'iode respecte, au contraire, les premiers, et colore les seconds en brun. La forme des granulations moléculaires est moins régulière et plus anguleuse que celle des *Micrococcus*, leur réfringence toujours moindre, leur coloration variable. On ne doit pas d'ailleurs se laisser induire en erreur par le tremblement désigné sous le nom de mouvement moléculaire ou brownien, dans lequel les granulations ne changent pas de place, mouvement que présentent les corps inorganiques eux-mêmes. On doit aussi se rappeler que les bactéries les plus mobiles ont des phases d'immobilité, et cela sans que leur vie soit terminée. M. Hoffmann a montré (22) que la même espèce de Schizophyte peut être alternativement mobile ou immobile, selon la température ou suivant la densité du milieu. On ne saurait trop répéter, au sujet des bactéries, que les phénomènes de mouvement n'ont pas de valeur dans leur étude, surtout dans l'appréciation de leur vie et de leurs caractères génériques et spécifiques. Disons tout de suite que c'est là ce qui enlève toute autorité à l'unique distinction générique établie par Davaine sous le nom de *Bacteridium*. Il regarde comme genres distincts le *Bacterium* constitué par des corpuscules mobiles et le *Bacteridium* constitué par des corpuscules immobiles. La même espèce se présentant alternativement mobile et immobile, le mot *Bacteridium* doit être rayé de la nomenclature des Schizophytes, et il n'y a aucune raison pour continuer à dire la bactéridie charbonneuse : bactéridie ne signifie rien de plus que bactérie.

Il y a, d'ailleurs, un autre point de séparation entre les molécules animales et les bactéries. Les premières ne se modifient pas spontanément, tandis qu'en continuant d'observer

(15) Dans ses *Bemerkungen ueber Leptothrix und Hefe*, *Botanische Zeitung*, 1865, nos 38 et 39.

(16) *Untersuchungen ueber die Vegetationsformen von Coccobacteria septica, und die Antheil welchen die an der Entstehung und Verbreitung der accidentellen Wundkrankheiten haben*. Berlin, 1874. M. Billroth admet d'ailleurs pour les divers états de son *Coccobacteria* des noms que nous rappellerons en leur lieu et place.

(17) *Comptes rendus*, séance du 3 avril 1877.

(18) *Les Microzymas*, p. 153.

(19) *Comptes rendus*, 1868, t. 67, p. 520.

(20) *Revue médicale*, n° du 15 décembre 1883, p. 853.

(21) Voy. sur ce point Ch. Robin, *Sur la nature des fermentations*, in *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, 1875 ; et aussi Hiller, *Ueber diagnostische Mittel and Methoden zur Erkennung von Bacterien*, in *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie*, t. LXII, p. 351.

(22) *Botanische Zeitung*, 1869. Le grand mémoire de M. Hoffmann y remplit les numéros 15 à 20.

les autres, en les mettant « en culture », on s'aperçoit qu'elles possèdent une génération. C'est ce que M. Pasteur avait reconnu dès 1865 (23), bien que la gloire de la découverte précise appartienne à M. L. Koch et n'ait été formulée d'une manière indubitable que par ce médecin allemand en 1876 (24). Sans cette découverte, il faudrait encore ajourner l'étude du sujet : plusieurs erreurs proviennent de ce qu'elle n'est pas encore assez connue. M. Béchamp, à la date du 24 novembre dernier, l'ignorait encore, quand il écrivait (25) : « Le microbe est inconnu dans son principe; il » n'y a pas de germes morbifiques préexistants »; et quand il disait devant l'Académie de médecine (26) : « Jamais on n'a » vu une cellule quelconque devenir vibrionien ou un vibrio» nien devenir cellule ou organite. » Cependant, d'après les observations précises de Koch, sur lesquelles nous reviendrons tout à l'heure, observations corroborées par celles de MM. Cohn et Van Tieghem, le Schizophyte, à l'état de *Bacterium*, de *Bacillus* ou de *Leptothrix*, vivant dans un milieu suffisamment nutritif, produit *dans son intérieur* une ou plusieurs granulations arrondies, réfractant fortement la lumière, d'un très faible diamètre, qui sont les spores, et qui, mises en liberté par la dissolution du corps qui les renfermait, sont capables, par un développement qui a été suivi, de reproduire un être pareil à celui qui les a formées. Ce sont là les organes que le professeur Engel, de Nancy, a eu le tort d'appeler des conidies (27). En effet, la conidie est un germe de reproduction exogène formé par gemmation, capable seulement d'une germination immédiate, tandis que la spore, née par formation endogène, la spore née pour durer (nommée en allemand *Dauerspore*), peut se suffire à elle-même pendant une certaine période de *vie latente*, jusqu'à ce que des conditions favorables lui permettent d'entrer en germination.

La découverte de M. Koch permet de résoudre bon nombre des difficultés qui ont obscurci l'étude des Schizophytes. D'abord, elle permet d'apprécier l'opinion émise par M. Robin, que nous rapportions plus haut, et d'y reconnaître un grand fond de vérité. Sans doute parmi les corpuscules décrits sous le nom générique de Bactériens, il y a des spores et des conidies, et de ce nombre sont la plupart des soi-disant *Micrococcus* de M. Hallier, ou *Microzymas* de M. Béchamp, *Microsporon* de Klebs. M. Béchamp a bien vu qu'en réalité les divers vibrions ne sont que les diverses phases du développement des microzymas, et il nous suffit de changer ce dernier nom en celui de spores pour que nous soyons d'accord avec lui sur ce point. Il devient évident que si cet auteur a compris parmi ses microzymas des corpuscules tels que les granulations moléculaires, il y a compris également les spores des Bactériens, (comme l'avait déjà reconnu M. Robin dans ses leçons sur les humeurs), et que dès lors ses affirmations (abstraction faite de certaines confusions) reposent en partie sur la réalité des faits (28).

La découverte de M. Koch éclaire encore d'un jour nouveau la contestation que M. Pasteur a soutenue contre M. Paul Bert et d'autres physiologistes, tels que MM. Leplat et Jaillard (29). Si ces derniers croyaient virulent le sang de l'animal mort du charbon, bien qu'il ne contînt pas de Bactéries, c'est que dans le sang contaminateur ces Bactéries n'existaient qu'à l'état de spores. C'est, du reste, ce que M. Paul Bert a reconnu lui-même (30). La spore des Bactéries a fourni le moyen d'expliquer les derniers faits qui paraissent encore soutenir la doctrine de l'hétérogénie avec les savants anglais, et notamment avec M. Bastian, quand il a été prouvé qu'à l'état de spore de durée, le *Bacillus subtilis* résiste à la température de 100 degrés centigrades. Ce sont ces spores qui reproduisaient le cryptogame né en apparence de toutes pièces au sein d'une infusion mal purifiée. Enfin, grâce à M. Koch et à ses émules, il est certain aujourd'hui que, puisque les Schizophytes se reproduisent non seulement par scissiparité, comme on le sait depuis longtemps, mais encore par le moyen de spores endogènes, ce sont des végétaux et non pas des produits pathologiques (31).

Ces premières difficultés résolues, on se trouve en présence d'une question qui divise encore les naturalistes les plus éminents. Nous ne parlons pas de savoir si les Bactériens sont des animaux : l'expression d'infusoires a fait son temps; ces corpuscules n'ont pas de vacuole pulsatile ni de cavité digestive temporaire, et, puisqu'ils se reproduisent par des spores, ce sont bien des plantes. Mais tandis que M. Zopf, à l'exemple de M. Nægeli, les nomme *Spaltpilze* ou Schizomycètes, M. Cohn et M. Van Tieghem les placent parmi les Algues. S'ils ont été regardés comme des Champignons, c'est surtout parce qu'on ne leur connaissait aucune coloration. Il en est cependant qui sont susceptibles ou de recevoir, ou de communiquer, ou de prendre spontanément une coloration. A la première de ces trois catégories appartient le parasite que M. de Seynes a observé sur le *Penicillium glaucum*, et qui devient bleuâtre comme lui (32); à la seconde, le micrococcus qui colore le pus en bleu, nommé *Micrococcus pyocyaneus* (33); à la troisième, toute la série des Bactéries dites chromogènes, qui tend à devenir de plus en plus nombreuse. Il faut, en effet, comprendre parmi elles le *Peach coloured Racterium* de M. Ray Lankester (34); le *Pink couloured Spirillum* de M. Klein (35); la Bactérie observée par M. Alfred Giard dans les eaux de rouissage du lin (36); le *Micrococcus prodigiosus*, qui se développe sur les matières féculentes cuites et qui les fait paraître d'un rouge éclatant (l'*Hostienblut* des Allemands); le *Micrococcus aurantiacus*, qui colore en jaune orangé les tranches de pain humide (37), dont le pigment est soluble dans l'eau et qui est au moins cousin germain de l'ancien *Oïdium aurantiacum* de Léveillé (38); enfin, le *Bacterium synxan-*

(23) *Comptes rendus*, 2e semestres, p. 527.
(24) *Die Aetiologie der Milzbrandt Krankheit*, in Cohn, *Beitrage zur Biologie der Pflanzen*, Heft II, p. 277-310.
(25) *Revue médicale*, 1883, n° 47, p. 727.
(26) *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 1117.
(27) *Comptes rendus*, séance du 2 mai 1879.
(28) M. Béchamp, qui déclarait le microbe inconnu dans son principe, a cependant lui-même écrit (*Les Microzymas*, p. 473), en parlant du soin avec lequel il distinguait le microzyma de la bactérie : « celui-là étant à celle-ci ce qu'une spore est à son mycélium ».

(29) Voy. les *Comptes rendus*, 1865, t. LXI, p. 298 et 436.
(30) *Comptes rendus*, séance du 30 juillet 1887.
(31) Cette déduction doit être restreinte, bien entendu, aux véritables bactériens, avec lesquels des observateurs novices ont bien pu confondre des éléments en apparence figurés, en réalité dérivés de quelque dégénérescence morbide, ou même des globules du sang altérés.
(32) *Comptes rendus*, séance du 11 décembre 1871.
(33) Voy., après les observations de M. Chalvet, Gossard, *De la pyocyanine et de son microbe* (thèses de Paris, 1882), et une note de MM. Capitan et Charvin dans les *Comptes rendus de la Société de Biologie*, séance du 28 décembre 1882.
(34) *Quarterly Journal of microscopical Science*, 1873, vol. XIII, p. 86; 1876, vol. XVI, p. 27.
(35) *Ibid.*, 1875, vol. XV.
(36) *Revue des sciences naturelles*, mars 1877.
(37) Schröter, *Ueber einige durch Bacterien gebildete Pigmente*, in Cohn, *Beiträge*, etc., t. I, Heft II, p. 119.
(38) Voy. Commaille, in *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, 3e série, 1862, t. VIII, p. 383-408.

thum, qui fait le lait jaune, et le *Bacterium cyanogenum*, qui fait le lait bleu (39).

Il est fort à remarquer que les Bactéries chromogènes, qui forment leur pigment dans certains milieux nutritifs, ne le forment pas dans d'autres. Les Bactéries incolores sont donc bien de même nature et de même affinité que les Bactéries chromogènes. Déjà, de ce chef, il résulte de très sérieuses raisons pour les rapprocher des Algues. Même M. Zopf a décrit récemment (40) comme Algue un cryptogame nommé par lui *Gliothrix tenerrima*, qui forme une couche glaireuse et fétide à la surface de certaines eaux, et dont les filaments, d'une extrême ténuité, ressemblant aux plus fins Schizophytes, passent par l'état de *Zooglœa*. De ce chef, il nous paraît probable que toute contestation disparaîtra et que le terme de Schizomycètes fera place à celui de Schizophytes, ce qui n'ôtera rien au mérite du travail de M. Zopf qui a inspiré cette étude.

Eug. Fournier.

(*A suivre.*)

Contributions pharmaceutiques.

DES POUDRES OFFICINALES.

Autrefois les pharmaciens faisaient chez eux toutes leurs poudres; ils auraient en vain cherché dans le commerce une substance médicamenteuse réduite en poudre fine, c'est-à-dire ayant perdu la plus grande partie de ses caractères distinctifs. Aujourd'hui il n'en est plus ainsi, et l'on compte les pharmaciens qui se donnent encore cette peine. Au lieu de les louer de leur zèle, on dit volontiers que c'est parce qu'ils possèdent un laboratoire vaste, bien outillé et servi par un personnel suffisant. Il existe, en effet, un grand nombre d'officines qui n'ont pas, ou presque pas de laboratoire. C'est un fait regrettable, et, selon nous, l'ouverture d'une officine ne devrait avoir lieu qu'avec l'autorisation des inspecteurs de pharmacie.

Cette autorisation ne serait évidemment accordée que dans le cas où le local permettrait le complet exercice de la profession.

On nous opposera sans doute la liberté du commerce; mais ce prétendu axiome ne nous arrête pas, nous savons ce qu'il vaut. Bussy nous l'a répété dans une séance de la Société de pharmacie, un jour où nous proposions de demander à l'administration des douanes de refuser l'entrée de la France à toute substance exotique médicamenteuse de mauvaise qualité. Bussy répondit que nous voulions entraver le commerce, et notre proposition fut rejetée. Certainement nous voulions entraver le commerce; même le supprimer si c'eût été possible; seulement c'était spécialement le *commerce illicite* des mauvais opiums, des faux quinquinas et des produits étrangers détériorés.

Qui consomme ordinairement ces substances défectueuses? Les pauvres gens! Et ce sont précisément eux, dont le temps est si précieux, qui ont besoin des meilleurs médicaments. Il ne s'agit pas ici de luxe ni de gourmandise, c'est l'éternelle question de la santé et de la prolongation de la vie.

(39) Neelsen, *Studien ueber die blauch Milch*, in Cohn *Beiträge*, t. III, Heft II où l'on trouvera l'indication des travaux antérieurs, dont le premier est un mémoire de Parmentier et Deyeux.

(40) *Sitzungsberichte des botanischen Vereins der Provinz*, Brandenburg, p. 51-55.

Le Codex exige que l'opium employé en pharmacie contienne 12 pour 100 de morphine après avoir été préalablement porté à 100 degrés. Pourquoi laisse-t-on entrer à Marseille, des opiums qui ne contiennent que 2, 4 ou 6 pour 100 de morphine? Ces opiums une fois dans le commerce finissent toujours par être consommés par quelqu'un.

Autre exemple: Il y a dix ans environ, nous avons assisté, au Havre, à la vente d'une cargaison de quinquinas qui, par suite d'un naufrage dans la baie de Santander, était restée deux mois sous l'eau. Cette marchandise était dans un état pitoyable. Parmi les acheteurs nous avons reconnu plusieurs commissionnaires de Paris. Les écorces se vendaient cent fois au-dessous du cours. Eh bien, elles ont toutes été enlevées. Que sont-elles devenues? Nous l'ignorons; mais ce dont nous nous doutons, c'est que les acheteurs, grâce à des triages, à d'habiles pratiques, s'en seront débarrassés avec bénéfice. Dès lors, en fin de compte, ce sont les malades qui ont été trompés.

Resterons-nous toujours désarmés devant de pareils faits? Tel n'est pas notre humble avis. Nous sommes persuadé que, grâce à la puissante organisation de nos douanes, cette grande et utile réforme pourrait s'accomplir. Elle serait à coup sûr d'intérêt général.

Nous souhaitons que ceux qui s'occupent des échanges internationaux prennent notre idée en considération.

Revenons à la confection des poudres. L'exiguïté de certaines officines n'a pas été la seule cause de la préparation des poudres médicamenteuses par l'industrie. Le principal auteur de cette évolution a été Menier. Ce célèbre négociant avait cru rendre un service à la pharmacie en inventant les poudres impalpables. De grands succès à toutes les expositions lui donnaient quelque droit à cette opinion. Ses appareils mus par de puissantes machines donnaient des résultats inconnus jusqu'alors. Quand on considérait nos poudres ternes, presque grossières — bien qu'elles eussent été faites avec des produits de première qualité — à côté des siennes, la comparaison de la diligence avec la locomotive vous venait tout naturellement à l'esprit. Il devenait évident pour tous que c'en était fait de la fabrication des poudres en pharmacie. Le public fut vite conquis, et à part quelques grands établissements, les pharmaciens durent céder devant le courant et devenir tributaires de Menier.

Personne ne fit la moindre critique, les produits étant admirables.

On ne réfléchit pas alors que la concurrence allait un jour se produire et que des fabricants moins scrupuleux livreraient des poudres tout aussi impalpables, tout aussi belles en apparence, mais préparées avec des substances de qualité inférieure.

On ne songea pas que les plantes aromatiques ne peuvent pas supporter sans préjudice la forte dessiccation à laquelle on était forcé de les soumettre; et non plus, qu'une poudre médicamenteuse n'avait pas besoin d'être si fine pour être active. De sorte que bon nombre de poudres pharmaceutiques laissent à désirer comme qualité.

Il est difficile d'admettre, en effet, que les fabricants prennent les plus beaux produits pour les réduire en poudre. Le pharmacien seul peut se permettre cette prodigalité. On doit se déclarer satisfait quand une poudre commerciale est de moyenne qualité. Les prix, d'ailleurs, ont ici leur éloquence.

La commission du Codex, convaincue de l'inutilité de l'extrême ténuité des poudres médicinales, à moins qu'elles ne soient dentifrices, animée du désir de rendre leur préparation facile et régulière, a prescrit l'emploi de tamis à tissu

peu serré et a poussé le soin jusqu'à déterminer pour chaque poudre le nombre de mailles que l'étoffe devait contenir par centimètre carré.

Cette décision inattendue est satisfaisante sous tous les rapports et les résultats en seront avantageux pour tout le monde.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

De la pneumonie chronique ulcéreuse, par le docteur M. Debove, agrégé, médecin de l'hôpital des Tournelles.

Les pièces que j'ai l'honneur de présenter à la Société proviennent d'un malade mort à Bicêtre, dans mon service, et chez lequel j'ai longtemps admis l'existence d'une tuberculose pulmonaire, diagnostic qui a dû être abandonné dans les circonstances que je relaterai.

Ce malade, âgé de soixante-quatre ans, était atteint d'une maladie nerveuse, sur laquelle j'attirerai probablement un jour votre attention, lorsque l'examen des pièces provenant de son autopsie sera terminé. Pour le moment, je vous parlerai exclusivement de son affection pulmonaire.

J'avais posé le diagnostic « phthisie pulmonaire » en me basant sur les signes suivants : 1° Depuis dix ans il y avait des signes d'affection pulmonaire chronique ; 2° les crachats étaient très abondants (200 grammes par jour environ), franchement purulents, et ne différaient en rien de ceux que nous avons l'habitude d'observer dans la phthisie chronique ; 3° il y avait eu des hémoptysies, à diverses reprises, les premières remontaient à 1844. Il y a deux ans, pendant deux ou trois jours, nous avions observé des crachements de sang pur, en assez grande abondance. Deux mois avant la mort les crachats avaient été presque constamment striés de sang ; 4° il y avait souvent des sueurs nocturnes qui nécessitaient un changement de linge pendant la nuit ; 5° il existait de la fièvre le soir, mais elle était irrégulière, la température montant souvent à 38 degrés ou 38°,5 ; 6° la sonorité du sommet du poumon droit était diminuée ; il y avait dans ce point une matité évidente aussi bien sous la clavicule que dans la fosse sus-épineuse ; 7° à l'auscultation des deux poumons, on entendait des râles sous-crépitants, abondants et irrégulièrement disséminés. Au sommet gauche, aussi bien en avant qu'en arrière, nous constations l'existence d'un souffle caverneux et de gros râles sous-crépitants.

En présence de ces signes, il me semblait évident que mon malade était atteint de phthisie pulmonaire, et qu'il était déjà arrivé à une période avancée de son mal. Aussi, lorsqu'il y a un an, j'entrepris de vérifier les recherches de R. Koch sur le bacille tuberculeux, ce malade fut un des premiers dont j'examinai les crachats, je n'y ai pas trouvé de bacille, malgré des examens répétés.

Le diagnostic « tuberculose » me paraissait tellement indiscutable, que j'ai commencé par admettre que le bacille pouvait ne pas être constamment observé dans les crachats des phthisiques ; mais des observations ultérieures m'ayant appris qu'à une période avancée de la phthisie le bacille ne manque jamais, je fus forcé d'admettre que malgré l'existence de tous les signes cliniques de la tuberculose, mon malade n'était pas tuberculeux.

J'émis alors, d'une façon hypothétique, l'idée d'une dilatation bronchique, mais bien des signes nous empêchaient d'admettre le diagnostic sans réserve, car là où les cavernes nageaient au sommet du poumon, elles ne se vidaient point sur une sorte de vomique ainsi que cela a lieu souvent dans les bronchiectasies ; enfin les signes stéthoscopiques paraissaient indiquer des lésions étendues aux deux poumons.

Le malade mourut le 11 novembre 1882, succombant dans la cachexie et le marasme.

A l'autopsie on trouve un œdème et une congestion des deux poumons, les bronches étaient remplies d'un liquide muco-purulent. Le sommet droit ne présentait aucune lésion spéciale. Au sommet gauche la plèvre épaissie formait une calotte d'un demi-centimètre d'épaisseur. Le poumon était induré dans une étendue correspondant au volume des deux poings. Dans cette région il criait sous le scalpel, avec une consistance fibreuse, une coloration blanchâtre sur laquelle tranchaient de nombreuses traînées pigmentaires, et il était creusé d'une série de cavernes d'un volume très inégal, variant de celui d'une noix à celui d'un grain de mil. Ces cavernes étaient vides, de forme arrondie, avaient une paroi lisse, communiquaient irrégulièrement entre elles et avec les bronches. Nulle part il n'y avait ni tubercules, ni lésions caséeuses pouvant être rapportées à la tuberculose. Des coupes microscopiques du poumon ont été pratiquées à diverses reprises et nulle part l'existence des bacilles (tuberculeux) n'a pu être constatée. Les mêmes examens ont montré que le sommet du poumon gauche était transformé en une masse fibreuse, au milieu de laquelle on apercevait çà et là de petits nodules inflammatoires apparaissant sous forme d'abcès miliaires.

Avant la découverte du bacille de la tuberculose nous aurions pu être embarrassé de décider si les nodules en question étaient ou non tuberculeux, mais l'absence de parasite nous permet d'affirmer qu'ils étaient purement inflammatoires.

Ainsi donc notre autopsie est venue démontrer qu'il ne s'agissait pas d'une affection tuberculeuse, mais d'une pneumonie chronique avec cavernes, elle montre l'importance capitale de la recherche des parasites dans les crachats, puisqu'il eût été impossible, sans cet examen, de ne pas affirmer la tuberculose.

Il faut dire ici « pneumonie chronique ulcéreuse » et non dilatation des bronches, parce que nulle part, dans l'épaisseur des parois des cavernes grandes ou petites, on ne peut retrouver trace des tuniques bronchiques, et je n'hésite pas à croire que nombre de lésions décrites sous le nom de dilatation des bronches le seraient mieux sous celui de pneumonie chronique ulcéreuse.

Dans les crachats du malade on ne trouvait pas les parasites de la tuberculose, mais un nombre considérable d'éléments parasitaires se présentant sous forme de diplococcus. Ils étaient en nombre extrêmement considérable, comparés aux mêmes éléments observés dans la bronchite chronique ou la phthisie ; je ne les ai pas retrouvés dans l'épaisseur des parois des cavernes, il n'est donc pas permis de leur attribuer un rôle pathogénique. Il est probable qu'ils se sont développés dans les cavernes parce qu'ils ont trouvé dans leurs produits de sécrétion un milieu de culture convenable.

Thérapeutique.

De la transfusion du sang considérée comme moyen hémostatique, par M. le professeur Hayem.

Je me suis demandé comment l'injection de sang dans le torrent circulatoire peut déterminer un effet hémostatique, et j'ai été ainsi conduit à faire des expériences dont les principaux résultats sont consignés dans un travail intitulé : *La formation des concrétions sanguines intra-vasculaires* (*Revue scientifique*, n° 3, juillet 1883).

Cette Note succincte, qui résume de longues recherches, me paraît peu connue. Elle contient cependant des faits

d'une application directe à la pathologie humaine et elle peut être considérée également comme une contribution à l'étude expérimentale de la médication hémostatique.

Je pensais, en 1882, que le sang complet, renfermant des hématoblastes vivants et actifs, devait avoir une influence plus marquée que les autres injections intra-vasculaires sur la coagulabilité du sang.

Les expériences dont je parle, et dans lesquelles j'ai étudié à cet égard l'eau distillée, le sérum artificiel au chlorure de sodium, le sérum du sang emprunté à un animal de la même espèce ou à un animal d'une espèce différente, les sérosités naturelles non spontanément coagulables, la solution de ferment de la fibrine, le sang complet, le sang défibriné, m'ont conduit à des vues nouvelles.

Le plus actif de ces liquides est le sérum du sang. Mais il est extrêment important de faire remarquer que la modification produite dans la coagulabilité du sang par les injections intra-vasculaires n'est mise en évidence sur le vivant que dans le sang stagnant à l'intérieur des vaisseaux.

Ainsi, dans l'expérience fondamentale, on voit ce fait singulier de la coagulation presque immédiate du sang stagnant dans un segment vasculaire, tandis que la circulation générale ne subit aucun trouble apparent, et pour obtenir ce résultat il suffit d'introduire dans le torrent sanguin quelques centimètres cubes de sérum.

D'où il faut conclure que l'effet hémostatique ne sera sensible chez les malades que dans les départements vasculaires où le sang sera arrêté ou tout au moins ralenti dans son cours.

La transfusion deviendra ainsi la condition sans laquelle les moyens hémostatiques qui produisent la stase ou le ralentissement du cours du sang resteront sans effet.

On trouvera dans la Note que je viens de citer l'exposé sommaire du mode d'action des différents liquides sur lesquels ont porté mes expériences.

Je rappellerai seulement ici, pour m'en tenir au point de vue pratique, le paragraphe suivant :

« La possibilité de rendre le sang stagnant plus coagulable, en introduisant dans les vaisseaux des liquides ne faisant éprouver aucun préjudice à l'organisme, est applicable, en thérapeutique, au traitement des hémorrhagies graves et peut-être au traitement des anévrysmes. C'est là, en quelque sorte, la démonstration expérimentale de l'existence des procédés actifs d'hémostase et d'agents qui, combinés avec les moyens employés pour ralentir le cours du sang, pourraient favoriser la formation des caillots dans les vaisseaux anévrysmatiques.

» En tous cas, mes expériences ayant été faites précisément avec les liquides utilisés dans les diverses espèces de transfusion, il me paraît certain que le principal résultat pratique de ces opérations consiste dans l'augmentation de la coagulabilité du sang. Il en résulte que l'indication de la transfusion doit être tirée plutôt de la difficulté d'arrêter une hémorrhagie lorsque le sang est devenu peu coagulable, que de la nécessité de fournir une nouvelle quantité de liquide à l'aire vasculaire » (*loc. cit.*, p. 84).

Pour obtenir le maximum d'effet utile, il faudrait, ai-je dit, se servir de sérum, c'est-à-dire du liquide naturel qui, d'après A. Schmidt, renferme la plus forte proportion de cette matière indéterminée à laquelle il a donné le nom de ferment de la fibrine.

Le sang complet, qui pourtant a si bien réussi dans l'observation précédente, est un des agents les moins actifs; le sang défibriné, le sérum artificiel au chlorure de sodium ou simplement l'eau distillée ont une action bien autrement puissante, plus faible cependant que celle du sérum.

Toutefois je dois prévenir que si, au lieu d'employer pour l'homme du sérum de sang humain, on était tenté d'utiliser le sérum du sang d'un animal, on s'exposerait à provoquer des accidents de la plus haute gravité.

En effet, mes expériences ont mis en évidence un fait que je dois vous rappeler, à savoir qu'en injectant du sérum de bœuf dans le sang de chien, on détermine un état morbide grave entraînant la mort au bout de peu d'heures et présentant une frappante analogie avec les maladies hémorrhagipares, notamment avec le *purpura hemorrhagica*.

Cet état pathologique est la conséquence d'une variété de coagulation que j'ai désignée sous le nom de *coagulation par précipitation*.

L'effet d'un sérum étranger sur le sang circulant est tel, que ce dernier devient immédiatement grumeleux et que, charriant des milliers de concrétions qui s'arrêtent dans les petits vaisseaux, on voit se produire, chez les animaux mis en expérience, d'innombrables infarctus hémorrhagiques. On ne devra donc jamais se servir de sérum étranger.

CORRESPONDANCE

Du mécanisme de la déglutition.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE »

Dans l'avant-dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire*, M. Zuber résume les recherches physiologiques de MM. Kronecker et Meltzer, de Berlin, sur le mécanisme de la déglutition et les applications que M. Ewald en a faites à l'étude clinique des bruits œsophagiens.

Comme vous pourrez le voir, Messieurs, par la lecture de cette note, j'ai quelques titres à m'immiscer dans la question et je vous serais fort obligé de vouloir bien donner à ces quelques lignes la publicité de votre journal.

M. Zuber retrace en peu de mots la partie physiologique; il dit, en effet, d'après MM. Kronecker et Meltzer : que la déglutition se divise en deux temps; que dans un premier temps, sous l'action des muscles de la base de la langue, du pharynx, du mylo-hyoïdien, etc., le bol alimentaire est projeté à travers l'œsophage jusque sur le cardia, en moins d'un dixième de seconde; puis, au bout d'un temps appréciable, commence le second temps occupé par les contractions péristaltiques de l'œsophage qui expriment de ce conduit dans l'estomac, à travers le cardia, les débris alimentaires attachés aux parois du tube digestif. Ce qui revient à dire que l'œsophage reste inerte pendant la digestion. Il ajoute ensuite : « Cette théorie n'est pas absolument neuve : la suite (les applications cliniques) l'est davantage. »

M. Zuber a raison d'avancer que cette théorie n'est pas absolument neuve, ainsi qu'en témoigne la réclamation que j'ai adressée à la Société de biologie et qu'elle a insérée dans ses *Comptes rendus* du 27 décembre 1883. Toutefois je me garderai bien de laisser croire que les expériences que j'ai faites autrefois m'ont conduit absolument aux résultats consignés par MM. Kronecker et Meltzer dans le Supplément des *Archives* de M. Du Bois Reymond, octobre 1883.

Si vous le voulez bien, Messieurs, je viserai d'abord la question de priorité.

En 1875, j'ai publié dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences* une note sur l'application de la méthode graphique à l'étude des phénomènes de la déglutition. En 1877, j'ai exposé toutes mes recherches sur ce sujet dans un mémoire qui fut imprimé par les *Annales des sciences naturelles*. Ce mémoire a été analysé dans le numéro du 9 mars 1878 de la *Revue scientifique*. Enfin j'ai consigné la plupart des tracés et des points intéressants que renfermait mon mémoire de 1877, dans l'article Déglutition, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, mis en vente en 1882.

Dans ces diverses communications, j'ai écrit que l'œso-

phage devenait inerte, chez les animaux solipèdes, pendant la déglutition associée d'aliments liquides ou de boissons, qu'il se dilatait même dans la portion thoracique au fur et à mesure de l'ingestion des boissons et que ses contractions péristaltiques reparaissaient à la fin pour vider les premières voies digestives des gouttes ou pareilles liquides qu'elles ont retenues.

Malgré toute la publicité qu'avaient reçue ces conclusions, elles ne semblent pas être parvenues à la connaissance de MM. Kronecker et Meltzer. Aussi malgré la répugnance que l'on éprouve à parler de soi, je me vois dans la nécessité de rappeler que j'avais signalé cette singulière modification du jeu de l'œsophage huit ans avant les physiologistes de Berlin.

Permettez-moi maintenant d'exposer brièvement les divergences qui existent entre ma manière de voir et celle de MM. Kronecker et Meltzer. Ces auteurs réunissent dans un premier temps le passage du bol de la bouche dans la région précardiaque de l'œsophage, et croient que la tunique charnue de ce conduit n'est jamais la cause de la descente du bol pendant ce premier temps.

Je ne partage pas cette manière de voir. Il est possible que dans les conditions fort artificielles où s'est placé M. Meltzer pour expérimenter sur lui-même (sonde engagée dans l'œsophage, jusqu'à l'estomac), il n'ait jamais observé la contraction péristaltique du muscle œsophagien. Mais, dans les conditions normales, nous affirmons que la contraction péristaltique existe toutes les fois que les mouvements de déglutition se produisent un à un, c'est-à-dire isolément, tandis qu'elle se suspend pendant les déglutitions associées.

J'ai montré que le mode de succession de déglutition modifie plus leur mécanisme que l'état physique des aliments. Ainsi nous déglutissons de la même manière un morceau de pain et une gorgée de salive; mais le mécanisme de la déglutition bucco-pharyngienne se modifie légèrement et celui de la déglutition œsophagienne profondément, quand nous buvons avec rapidité le liquide contenu dans un verre bien rempli.

La séparation dans le mécanisme de la déglutition suivant les cas, s'établit donc au niveau de l'origine de l'œsophage. Pour ce motif, je me suis attaché à la division de la déglutition en deux temps : temps bucco-pharyngien, temps œsophagien, et je maintiens cette dernière division malgré la publication du mois d'octobre dernier.

Que se passe-t-il, *physiologiquement*, dans la portion thoracique de l'œsophage, près du cardia? D'après MM. Kronecker et Meltzer les substances ingérées *tomberaient* dans cette région, puis en seraient chassées par la contraction œsophagienne qui suit. Or, d'après ce que nous avons dit plus haut, il est évident que le phénomène ne se passe pas de la sorte dans les conditions physiologiques.

S'il s'agit d'une déglutition isolée, la contraction péristaltique entraîne le bol régulièrement depuis l'origine de l'œsophage jusque dans l'estomac avec une vitesse qui va légèrement en diminuant de haut en bas. S'il s'agit de déglutitions associées, les gorgées de liquide se précipitent sans interruption de l'arrière-bouche dans l'estomac. Loin de se contracter sur chaque gorgée, la portion thoracique de l'œsophage comprime de moins en moins une ampoule engagée à son intérieur. Il s'agit probablement d'une simple suppression du tonus musculaire; mais on croirait être en présence d'une dilatation active.

Seulement, aussitôt que les déglutitions s'écartent les unes des autres, la contraction péristaltique reparaît; et si le sujet cesse tout à coup de boire, les appareils accusent une ou deux déglutitions du premier type qui surviennent, comme nous l'avons dit, pour vider complètement la bouche du liquide qui y était resté.

M. Meltzer a pu, par un mécanisme forcé, se donner le change sur la véritable nature des choses. Il a pu par la position, par la présence d'une sonde dans l'arrière-bouche et l'œsophage, précipiter la descente d'une gorgée de boisson. Et comme tout mouvement de déglutition bucco-pharyngienne (Wild, Chauveau, Mosso) entraîne fatalement la contraction péristaltique de l'œsophage, celle-ci survenant après la descente du bol liquide, M. Meltzer l'aura séparée à tort du mouvement de projection bucco-pharyngien qui l'a provoquée.

Les personnes qui liront mon mémoire remarqueront que j'ai expérimenté sur l'œsophage des animaux et se demanderont peut-être si mes résultats sont applicables à l'homme. Je puis les rassurer en disant que la suppression du mouvement péristaltique de l'œsophage correspond, chez les animaux, à des modifications déterminées de la pression dans la bouche et les cavités nasales et des mouvements extérieurs du larynx. Or, quand l'homme boit à gorgées précipitées, on observe sur lui les mêmes modifications. Conséquemment, il n'est pas douteux que mes conclusions soient immédiatement applicables à la déglutition de l'homme. Au surplus, la comparaison des tracés de M. Meltzer avec les miens est convaincante.

Je ne m'étendrai pas davantage sur les questions d'interprétation qui me séparent encore de MM. Kronecker et Meltzer. Je me bornerai à ajouter que l'application à la clinique des faits soi-disant nouveaux révélés par MM. Kronecker et Meltzer a donné lieu, parmi les médecins de Berlin, à de sérieuses controverses.

Je le comprends. Si les médecins français voulaient suivre les médecins allemands sur ce terrain, ils feraient bien de se pénétrer de la différence fondamentale apportée au mécanisme de la déglutition par le mode de succession des mouvements (déglutitions isolées, déglutitions associées) et de la division de la déglutition en temps bucco-pharyngien et temps œsophagien, quel que soit l'état physique des substances ingérées.

Je termine, Messieurs, en vous remerciant, à l'avance, de votre hospitalité et en vous assurant de mon respect et de ma haute considération.

Arloing,
Agrégé à la Faculté de médecine,
Professeur à l'École vétérinaire de Lyon.

Sur la môle vésiculaire.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Vous avez publié dans la *Gazette* (numéro du 7 décembre 1883) une étude clinique de M. Verrier sur la môle vésiculaire. Je trouve, dans mes notes de cette année, une observation de placenta dégénéré ayant, avec les faits de M. Verrier, quelques traits de ressemblance au point de vue étiologique (âge avancé de la malade, vomissements incoercibles). Je vous envoie cette observation. Libre à vous de la publier si vous croyez qu'elle puisse offrir quelque intérêt à vos lecteurs.

Obs. — *Môle vésiculaire expulsée au cinquième mois de la grossesse. — Albuminurie, troubles urémiques, hémiplégie.* — Je suis appelé, le 25 juillet 1883, pour voir à M... la nommée Marie E..., âgée de trente-sept ans. Cette femme, mariée depuis dix-huit ans, n'a jamais eu d'enfants, quoique parfaitement réglée. Au commencement de mai, ses règles furent supprimées, et peu après apparut de l'œdème de la face et des malléoles. Quinze jours après l'apparition de l'œdème survinrent des vomissements qui se répétèrent tous les jours à plusieurs reprises avec un état général relativement bon. Dans le courant du second mois, la malade commença à perdre un peu de sang, et ces métrorrhagies se renouvelèrent assez fréquemment sans trop porter atteinte à la santé générale. Presque en même temps que ces métrorrhagies, survinrent de la céphalalgie et des accès de dyspnée.

Le 25 juillet, jour de ma première visite, la malade perd un peu de sang; elle a la face bouffie, les paupières tuméfiées;

l'œdème des jambes remonte jusqu'aux genoux. Vomissements; pas de diarrhée, céphalalgie assez intense, vue affaiblie. Température normale.

Les seins sont plus gros que d'habitude et le mamelon laisse échapper à la pression une sérosité lactescente. Le col est ramolli. Le toucher vaginal combiné avec la palpation abdominale permet de constater une notable augmentation de volume du corps de l'utérus.

Les réactifs ordinaires décèlent dans l'urine une assez forte proportion d'albumine. — *Diagnostic :* grossesse probable et néphrite albumineuse. — *Traitement :* régime lacté, bromure de potassium, tannin.

Pendant le mois d'août, sous l'influence du régime lacté, les vomissements, quoique existant toujours, ne sont plus aussi fréquents, l'œdème diminue, la céphalalgie n'est plus aussi intense; mais, à la fin du même mois, survient brusquement une cécité presque absolue, sans que l'ophthalmoscope révèle de lésion au fond de l'œil (cécité urémique). La malade a des pertes de sang peu abondantes, et ne paraissant pas l'affaiblir beaucoup.

Dans le cours du mois de septembre, l'amélioration fait des progrès; la vision se rétablit. La malade se promène. Légères métrorrhagies, vomissements.

Cependant les mouvements actifs du fœtus ne sont pas appréciables. L'auscultation ne permet pas d'entendre les bruits du cœur fœtal. Pas de signes certains de grossesse. Le fond de l'utérus dévié à gauche remonte à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. — Souffles abdominaux. Beaucoup d'albumine dans les urines.

26 septembre. — Une métrorrhagie très abondante apparaît brusquement sans cause appréciable. — Le col très ramolli est entr'ouvert. Il est évident que la fausse couche va se faire. La perte dure trois jours, et le 28 l'utérus, par des contractions très douloureuses, expulse une môle des plus volumineuses qui emplit en entier une cuvette. Une petite portion de placenta est saine, et le reste de la masse est composé d'une multitude de vésicules transparentes de diverses grandeurs, les unes isolées, les autres adhérentes et formant comme une sorte de grappe.

La portion de placenta non dégénérée laisse voir à la coupe de petits foyers hémorrhagiques très nombreux.

29 septembre. — Des vésicules isolées sont encore expulsées par l'utérus.

30 septembre au 13 octobre. — La perte de sang continue et dure quatre ou cinq jours. Puis il s'écoule du pus d'odeur fétide. Petits frissons, ventre ballonné. La température s'élève. — Injection phéniquée, 25 pour 1000.

13 octobre. — La malade éprouve subitement des mouvements convulsifs (attaque d'éclampsie); elle perd connaissance, et, quand elle recouvre ses sens, on s'aperçoit qu'elle est frappée d'hémiplégie à gauche.

Il n'y a que cette seule attaque. — Les mouvements et la sensibilité reviennent peu à peu au membre inférieur d'abord, puis au membre supérieur, et aujourd'hui, 26 décembre, il ne reste plus qu'un peu de parésie du membre supérieur gauche.

L'urine ne contient plus d'albumine. — La malade peut être considérée comme définitivement guérie.

Il y a dans cette observation trois points dignes de remarque :

1° La malade est d'un âge avancé (trente-sept ans). M. Verrier signale cette cause prédisposante de dégénérescence placentaire.

2° A partir du second mois les pertes sanguines sont continues et ne surviennent qu'après les vomissements urémiques auxquels elles semblent se rattacher (décollement du placenta).

3° Ce sont les accidents liés à la néphrite albumineuse qui ouvrent la scène. Aussitôt après la suppression des règles, apparaissent successivement les œdèmes, les vomissements, la céphalalgie, les accès de dyspnée, un peu plus tard les troubles oculaires; enfin, après l'expulsion de la môle, l'attaque d'éclampsie qui clôt la série des troubles urémiques.

Faut-il reconnaître pour cause à la dégénérescence placentaire ces divers accidents, ou bien ceux-ci lui doivent-ils être subordonnés? Telle est la question que se pose M. Verrier.

Eh bien, je crois que, dans le cas présent, la dégénérescence doit être subordonnée aux troubles urémiques. En effet, c'est postérieurement aux œdèmes et aux vomissements (second mois) que s'est produit le décollement du placenta. Je ferai remarquer aussi que la portion de placenta non dégénérée était parsemée de petits foyers hémorrhagiques. Les vomissements (cause mécanique) et l'altération du sang liée à la néphrite albumineuse suffisent, ce me semble, pour expliquer leur formation.

On a assigné pour cause à l'hydropisie des villosités choriales les émotions morales, les traumatismes, les vomissements et la diarrhée (Home), l'état morbide de l'utérus, l'âge avancé des malades (Verrier). Ne pourrait-on pas, en tenant compte de l'observation qui précède, ranger parmi ces causes, encore mal connues, l'albuminurie *précoce* et les troubles urémiques qu'elle tient sous sa dépendance?

Recevez, etc.

L. Dulac,

ancien interne des hôpitaux de Paris.

Langon, le 26 décembre 1883.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 21 JANVIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

Anesthésie par le chloroforme mélangé a l'air, par M. *Gosselin.* — L'honorable chirurgien croit que le mélange titré de M. P. Bert pourrait bien quelque jour devenir préjudiciable à certains malades, parce que, au lieu de permettre de donner le chloroforme à dose *progressive*, ou l'administre d'emblée. M. P. Bert, il est vrai, peut avoir rencontré des chirurgiens qui administrent une quantité trop grande de chloroforme, mais ils sont aujourd'hui très rares. Le plus grand nombre ont adopté les excellents préceptes de Sédillot, c'est-à-dire prennent soin de faire respirer, au commencement, beaucoup d'air avec le chloroforme, d'augmenter peu à peu les proportions de ce dernier et de faire des interruptions. D'ailleurs, pour ceux qui continuent à donner trop de chloroforme à la fois, et pour tous ceux qui, dans l'avenir, auront à se familiariser avec cette question, le procédé de M. P. Bert aura l'avantage de démontrer, beaucoup mieux que nous n'avons pu le faire jusqu'ici, et d'une façon tout à fait scientifique, combien il faut peu de chloroforme pour amener l'anesthésie.

Réponse de M. *P. Bert* aux observations précédentes. — « ... Rien n'est plus simple que la compresse, je le reconnais. Mais rien n'est plus mauvais, car son emploi est l'inverse de toute précision scientifique; c'est là peu près, le tâtonnement, l'empirisme, élevés à la hauteur d'un principe... M. Gosselin commence, dit-il, par des doses faibles. Il verse d'abord 1gr,50 à 2 grammes, c'est-à-dire environ de *vingt à trente gouttes* de chloroforme sur la compresse, et le malade respire au milieu de ces vapeurs. Mais quand on réfléchit que, pour donner à chaque inspiration la tension anesthésique et non dangereuse de vapeurs, il suffit d'*une demi-goutte* de chloroforme, je ne puis considérer comme faible cette dose de début; elle est très certainement supérieure, au moins à certains moments, à celle que j'emploie. Et comme *une goutte* introduite à chaque inspiration amènerait à coup sûr et rapidement la mort, je ne m'étonne pas que des accidents aient été signalés, je m'étonne seulement qu'ils soient moins fréquents. M. le docteur Peyraud (de Libourne) endort ses malades avec trois gouttes de chloroforme versées sur la compresse à chaque inspiration. On m'objecte les idiosyncrasies : je réponds que la dose de 8 grammes pour 100 litres d'air a réussi identiquement dans vingt-sept cas, où les patients étaient des plus variés par les conditions physiologiques

et pathologiques. C'est peu de chose sans doute que vingt-sept cas, et l'on peut aventurer des prédictions limitées. Mais la dose de 8 grammes est un minimum, puisqu'à 7 grammes on n'a déjà qu'une anesthésie peu intense. Ce minimum, les chirurgiens le dépassent toujours, et souvent de beaucoup, en employant la compresse... »

Du chauffage des grandes cultures de bacilles du sang de rate. Note de M. *A. Chauveau.*

J'ai indiqué (séance du 14 janvier) la manière d'obtenir en grandes masses les cultures de bacilles *du sang de rate* propres à subir l'action atténuante du chauffage. Il me reste à faire connaître les conditions d'exécution de cette importante opération.

Du degré de chauffage auquel il faut soumettre les liquides des grandes cultures pour y compléter l'atténuation. — Voici comment on procède aux essais préalables, à l'aide desquels on détermine la mesure dans laquelle le chauffage doit intervenir pour produire l'atténuation qui rendra la matière propre à la double inoculation préventive.

Il suffit d'extraire du flacon, après l'avoir agité, une certaine quantité de liquide. On la répartit entre une dizaine des petits récipients tubulaires utilisés par M. Pasteur pour la distribution du liquide vaccinal. Ceux que j'emploie n'ont qu'une capacité de 20 centimètres cubes, et il suffit de les remplir à moitié. On peut aussi se servir de petits matras à cultures. Ces parcelles servent à expérimenter l'influence du chauffage à partir de 80, 81 degrés, jusqu'à 89, 90 degrés. On place les récipients, soit dans un bain d'eau, soit dans une bonne étuve à air. Chacun d'eux est maintenu pendant une heure bien complète à la température voulue, et la culture s'atténue ainsi plus ou moins suivant cette température. Pour apprécier le degré respectif d'atténuation de ces liquides, on fait une première opération très simple, l'ensemencement de petits matras ordinaires, chacun avec une goutte de culture. Mis à l'étuve, ces matras font connaître ceux des liquides auxquels le chauffage a fait perdre toute faculté prolifique. On sait ainsi qu'il faut exclure les températures correspondantes et choisir parmi les autres. A la rigueur, cette indication peut suffire : on adopte, pour le chauffage du premier liquide vaccinal, la température la plus rapprochée de celle qui fait disparaître toute activité prolifique, et, pour le chauffage du deuxième liquide, une température inférieure de 2 degrés à la première. Ce sont là des liquides vaccinaux avec lesquels on obtient le maximum de sécurité pour la pratique des inoculations préventives. L'immunité ainsi communiquée est-elle suffisante? Oui, d'après mes expériences, mais la preuve certaine n'en peut être donnée que par les résultats d'une pratique étendue. En abaissant d'un degré encore, pour chaque liquide, la température du chauffage, l'immunité communiquée est probablement d'une plus grande résistance...

Mode de chauffage. — ... Pour m'en tenir au virus des grandes cultures, je dirai que le meilleur milieu chauffant est l'eau. Les tubes entre lesquels on a distribué la matière vaccinale, à la dose de 20 grammes par tube, sont bouchés, ficelés, plongés en plein dans le milieu chauffé et portés ainsi à la température atténuante dont on a à l'avance déterminé le degré. Deux procédés sont en présence pour l'exécution du chauffage au sein de l'eau : 1° ou bien on agit avec une très grande masse d'eau portée préalablement et entretenue à la température voulue; celle-ci baisse nécessairement au moment de l'immersion, mais elle se relève promptement si le foyer est suffisant; 2° ou bien la masse de liquide chauffant est faible; on peut alors y placer les tubes avant de chauffer et élever le tout rapidement et graduellement à la température convenable. Dans les deux cas, celle-ci doit être maintenue pendant une heure. L'action du chauffage m'a paru régularisée et favorisée si l'on agite les tubes à virus de temps en temps, sans les sortir de l'eau et sans troubler l'équilibre de température.

C'est le premier procédé, de beaucoup le plus commode, que j'emploie couramment. Le second est peut-être plus favorable à la production uniforme de l'atténuation; mais il exige, avec un bon instrument, une scrupuleuse surveillance pour le réglage de la température, afin d'arrêter celle-ci au point exact, sans oscillations ni tâtonnements préjudiciables au résultat de l'opération.

Durée de la conservation de l'activité des grandes cultures. — Les masses de liquide atténué, fourni par les grandes cultures, m'ont procuré une fois de plus l'occasion de constater, d'une manière générale, que la durée de la conservation des propriétés de ce liquide marche en raison inverse de l'intensité de l'atténuation...

Valeur pratique du système d'inoculation préventive avec les grandes cultures atténuées par le chauffage. — Au cours des nombreux essais que j'ai faits pour déterminer les meilleures conditions d'application de ce système, j'ai inoculé bon nombre de moutons avec des liquides d'activité très variée. Ces inoculations ont causé la mort d'une certaine quantité d'animaux, quand les virus étaient peu atténués, et n'ont entraîné que des pertes insignifiantes ou ont été tout à fait inoffensives quand l'atténuation du virus avait été portée au degré suffisant. Or tous les sujets survivants ont été soumis à des inoculations d'épreuve réitérées avec du virus très fort : il n'en est pas mort un seul. La double inoculation préventive exécutée avec les virus chauffés des grandes cultures atténuantes jouit donc de la propriété de communiquer une irréprochable immunité, même aux animaux sur lesquels cette double inoculation est pratiquée avec les virus amenés à leur minimum d'activité. Soumis à l'épreuve de la contagion spontanée, les sujets y résisteraient-ils aussi bien? Il n'y a aucune raison d'en douter.

Sur la nature des dépôts observés dans l'eau d'un puits contaminé par les fosses d'aisances; microbe type de la fièvre typhoïde. Note de M. *E. Gautrelet.* — L'auteur a trouvé dans le dépôt de ces eaux des amas de cellules sphériques qu'il considère comme des microzoaires inconnus jusqu'alors, et auxquels, afin de rappeler leur origine et leur forme, il propose de donner le nom de *Stercogona tetrastoma.* Ces microzoaires se trouvent en quantité beaucoup plus considérable dans l'eau puisée à la surface qu'au fond du puits contaminé. L'eau du puits contaminé ne contient point d'oxygène dissous. Les microzoaires trouvés sous forme de flocons bruns ne sont que les cadavres de *Stercogona tetrastoma* préexistant dans l'eau contaminée, morts par manque d'oxygène en vase clos et précipités alors inertes.

Le *Stercogona tetrastoma* me semble, pour plusieurs raisons, devoir être le microbe typhique.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 29 JANVIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ALPHONSE GUÉRIN.

M. le docteur *Sanné*, candidat à la place déclarée vacante dans la section de physiologie médicale, envoie l'Exposé de ses titres et travaux scientifiques.

M. le docteur *Feltz*, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, se porte candidat au titre de correspondant national dans la 1re division et adresse une Notice sur ses travaux et titres scientifiques.

M. *Crié*, professeur à la Faculté des sciences de Rennes, demande à être porté sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la 4e division et envoie une Notice sur ses titres et travaux scientifiques.

MM. les docteurs *Diday* et *Doyon* prient l'Académie d'accepter le dépôt d'un *Pli cacheté*. (Accepté.)

M. *Gautrelet*, pharmacien à La Flèche, envoie un mémoire manuscrit, ayant pour titre : *Caractérisation des matières fécales dans les eaux potables contaminées par infiltration des fosses d'aisances.* (Renvoi à l'examen de MM. Chatin et A. Gautier.)

M. le docteur *Bompain* (de Millau, Aveyron) adresse un *Rapport* manuscrit *sur une épidémie de fièvre typhoïde.* (*Commission des épidémies.*)

M. *Bergeron* fait hommage, au nom de MM. les docteurs *Barthez* et *Sanné*, de la 3e édition du *Traité clinique et pratique des maladies des enfants de Rilliet et Barthez.*

M. *Bourdon* présente, de la part de M. le docteur *Niepce* (d'Allevard), un mémoire manuscrit intitulé : *De la valeur diagnostique de la présence du bacille de Koch dans les crachats et du principe gazeux à employer pour détruire ce microbe.*

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose une traduction, en langue grecque, du tome Ier de ses *Éléments de clinique thérapeutique.*

M. *Tarnier* présente le moulage de la tête d'un fœtus broyée avec un plein succès, par M. le docteur Pinard, dans un cas de rétrécissement considérable du bassin, à l'aide de son *basiotribe.*

Microbe du béribéri. — M. le docteur *de Lacerda* (de Rio-de-Janeiro) vient de publier un mémoire, en langue portugaise, sur l'*étiologie de la genèse du béribéri;* ce mémoire a été renvoyé à l'examen de M. *Rochard*, qui s'empresse de faire connaître à l'Académie « l'étonnante découverte qui s'y trouve consignée. Il ne s'agit de rien moins que du microbe du béribéri, que l'auteur a rencontré dans le sang de malades atteints de cette affection, isolé, décrit, cultivé et inoculé, suivant les méthodes pastoriennes ». M. Ro-

chard figure même au tableau les planches publiées par M. de Lacerda dans son travail; le bacille béribérique est représenté par des filaments, à peu près analogues à la bactéridie du charbon. Enfin l'auteur dit l'avoir retrouvé dans les grains de riz et il attribue, par suite, à l'usage de cet aliment dans certaines conditions où le parasite peut plus aisément se développer, la production de la maladie. — Toutefois M. Rochard croit devoir faire remarquer qu'un certain nombre de travaux du même auteur, communiqués depuis quelques années à diverses Sociétés savantes et qui faisaient connaître des découvertes tout aussi surprenantes, n'ont pu résister à un examen et à un contrôle approfondis; il l'engage donc à adresser à M. Pasteur des tubes renfermant du sang des malades et des animaux sur lesquels il a fait ses expériences, afin que celles-ci puissent être vérifiées; jusque-là il convient de n'accepter son mémoire qu'avec les réserves nécessaires.

L'ordre du jour étant trop chargé, M. *Le Roy de Méricourt* a dû remettre à la prochaine séance les observations qu'il se proposait de présenter à la suite de ce rapport.

Trichines et trichinose. — Au nom de la commission chargée de préparer une réponse à la demande de M. le ministre du commerce concernant l'importation en France des viandes trichinées, M. *Proust* donne lecture d'un rapport considérable, dont la discussion a dû être remise à mardi prochain. — Laissant de côté l'examen du programme d'expériences que la commission se propose d'entreprendre sur l'étude de l'histoire naturelle de la trichine, il se borne à répondre aux questions posées par M. le ministre, d'abord, sur les analogies symptomatiques qui peuvent exister entre la trichinose et la fièvre typhoïde et ensuite sur la question d'hygiène. Pour ce qui est du premier point, M. Proust n'a pas de peine à montrer qu'une épidémie de trichinose ne saurait être confondue avec une épidémie de fièvre typhoïde, et que si, dans une de ses phases, la trichinose peut présenter des accidents d'apparence typhoïde, il n'y a aucune identité entre les deux affections, et l'évolution de la maladie trichineuse permettra toujours d'en établir le diagnostic.

Quant à la question d'hygiène et au danger ou à l'innocuité de l'importation des viandes étrangères de porc salées en France, il n'est pas douteux que la trichinose n'existe pas dans notre pays, pas plus qu'en Angleterre et en Belgique, où les viandes, et surtout celles qui proviennent d'Amérique, arrivent aussi en quantités considérables depuis un certain nombre d'années; cependant elles sont manifestement trichinées; en Allemagne, on n'a pas pu prouver non plus qu'elles aient été pour quelque chose dans les nombreuses épidémies qui y ont été observées. On peut, en outre, avoir de sérieuses craintes que beaucoup de nos porcs soient également trichinés et surtout les rats; on sait aussi que les porcs et les viandes salées sont importés directement d'Allemagne en France dans une grande proportion, bien que la trichinose existe à l'état permanent, pour ainsi dire, chez nos voisins. D'où vient donc notre immunité? M. Proust examine successivement l'influence que la salaison, le bon état de nos porcheries et surtout la cuisson, telle qu'elle résulte de nos habitudes culinaires, exercent à cet égard et, tout en indiquant avec soin les desiderata scientifiques de ces diverses causes, il recherche les moyens les plus pratiques pour nous en assurer les bénéfices. C'est à ces divers titres qu'il propose de joindre à la conclusion relative à l'absence d'analogies symptomatiques entre la trichinose et la fièvre typhoïde, les propositions suivantes : « Aucun cas de trichinose n'ayant encore été constaté en France, en Angleterre, ni en Belgique, l'importation des viandes porcines salées d'Amérique peut être autorisée en France. — Il y aurait avantage à créer une entente commune avec les pays d'importation des viandes trichinées relativement à des mesures spéciales de garantie au port de départ. — Il serait nécessaire de publier une instruction largement distribuée, prescrivant la cuisson des viandes de porc; tout marchand ou débitant de viande de porc serait tenu d'afficher cette instruction. — Il serait également nécessaire que des expériences fussent entreprises, avec toutes les garanties désirables, pour compléter l'histoire naturelle de la trichine et fournir les raisons scientifiques de l'immunité de notre pays vis-à-vis des viandes trichinées. »

La discussion de ces conclusions a été remise à huitaine; toutefois M. *Lunier* a pu faire connaître les résultats de ses recherches statistiques sur la consommation de la viande de porc en France. La consommation générale de viande y étant en moyenne par tête de 40 kilogrammes (68 kilogrammes environ dans les chefs-lieux et les villes au-dessus de 10 000 habitants, et de 24 kilogrammes dans le reste de la population), elle représente 13 à 14 millions de kilogrammes de viande, dont 9,63 pour 100 seulement de viandes importées; le reste est fourni par la production française. Pour la viande de porc prise séparément, la proportion de l'importation n'est que de 8,45 pour 100. Sur les 40 kilogrammes de consommation moyenne par tête la viande de porc entre pour 39 pour 100, c'est-à-dire près des 2/5es.

En 1877, l'importation des viandes de porc s'est élevée à 43 468 000 kilogrammes, dont 21 446 000 de viandes sur pied et 16 700 de viandes salées; mais ce dernier chiffre s'est élevé progressivement jusqu'en 1880, où il a atteint 38 700; en 1882 il n'était plus que de 3 244 000; il s'est cependant relevé en 1883, par suite de l'introduction des viandes d'Amérique pendant les quelques jours du mois de décembre où l'interdiction prononcée en 1881 a été levée. Les viandes sur pied, qui, en 1877, venaient surtout d'Italie, viennent principalement aujourd'hui de Belgique (68 pour 100) et d'Allemagne (16 pour 100).

Nous regrettons de ne pouvoir analyser plus en détail cet important rapport, et nous engageons le lecteur à en prendre connaissance dans le Bulletin.

Empoisonnement des poules par le jequirity. — M. le docteur *Cornil*, en son nom et au nom de M. *Berlioz*, fait connaître les résultats des expériences suivantes: avec une injection de 10 à 20 gouttes dans le tissu cellulaire sous-cutané en avant du grand pectoral sans toucher au muscle, on produit un empoisonnement terminé par la mort avec une diarrhée très abondante. Le liquide diarrhéique contient une quantité de bacilles du jequirity; la peau est œdématiée, infiltrée par un liquide clair contenant des bacilles sur toute la paroi antérieure de la poitrine; le muscle grand pectoral est devenu volumineux, tuméfié comme à la suite de l'injection du microbe du choléra des poules. L'examen microscopique y démontre des cassures transversales, des mortifications de faisceaux, l'infiltration du tissu conjonctif par de la fibrine et des cellules lymphatiques, comme dans le choléra des poules. — Avec une dose moindre de 2 à 5 gouttes, les poules survivent, ne sont pas malades et présentent un séquestre musculaire, un œdème cutané, comme dans le choléra; le muscle se momifie, se dessèche; quelquefois la peau est perforée dans la partie œdématiée et il sort du liquide contenant des bacilles; si la peau est intacte, l'épiderme est ramolli et laisse couler un liquide qui contient également des bacilles. — L'immunité paraît acquise lorsqu'on fait une nouvelle injection à dose considérable dans le péritoine aux poules qui présentent une altération de la peau; elles éliminent facilement par là une partie des bacilles qu'on leur a injectés. — M. Cornil rapproche ces faits de l'élimination par la peau dans l'empoisonnement des cobayes par le jequirity; quelques jours après l'injection, les bacilles ont été complètement éliminés, et cependant les lésions anatomiques déterminées par eux dans les tissus (induration, inflammation, abcès caséeux et mortification) n'en durent pas moins très longtemps. Ces données doivent être appliquées à la patho-

logie humaine et notamment à la tuberculose dont les lésions ulcéreuses ne contiennent pas toujours des microbes.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Charcot, Hérard et Bouley.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 25 JANVIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. BUCQUOY.

Transfusion du sang : M. Hayem. — Pneumonie chronique ulcéreuse : M. Debove (discussion). — Projet d'enquête sur la contagiosité de la tuberculose : M. Vallin. — Transfusion du sang chez les diabétiques : M. Dieulafoy.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Hayem* communique une Note dans laquelle il discute quelques-uns des points principaux abordés par M. Dieulafoy dans son mémoire sur la *transfusion du sang dans la maladie de Bright*.

Ce mémoire soulève en effet trois questions : 1° celle de la transfusion considérée comme moyen hémostatique; 2° celle de la transfusion envisagée comme moyen propre à combattre les accidents urémiques; 3° celle de l'application de cette opération au traitement du mal de Bright. C'est surtout à la première de ces questions que M. Hayem désire s'attacher tout d'abord, celle-ci ayant été pour lui le sujet d'études spéciales consignées dans un travail sur le *mécanisme de l'arrêt des hémorrhagies*, paru en 1882 dans la *Revue scientifique*.

Le malade auquel M. Dieulafoy a pratiqué avec succès la transfusion, et qu'il considère comme un hémophile, a été également observé par M. Hayem, qui est d'avis qu'il ne s'agissait, dans ce cas, que d'un état hémophilique temporaire, créé par les hémorrhagies abondantes et répétées. Ce malade, en effet, avait depuis longtemps des épistaxis, mais le sang s'écoulait toujours par la narine gauche, qui avait été antérieurement le siège d'une blessure assez grave : il n'avait, d'ailleurs, jamais eu d'hémorrhagie par aucune autre voie, et ses antécédents héréditaires sont absolument négatifs au point de vue de l'hémophilie. Or on sait que, si la coagulabilité du sang est ordinairement augmentée après une première hémorrhagie, elle diminue ensuite plus ou moins rapidement, à mesure que les pertes de sang se renouvellent à des intervalles plus ou moins rapprochés. Il en résulte que les hémorrhagies répétées créent pour les malades un double danger, résultant à la fois de l'anémie grave et d'un état d'hémophilie temporaire entretenant l'hémorrhagie dont il est le résultat. La transfusion du sang modifie profondément la *coagulabilité* du sang, et c'est par là qu'elle est utile et peut donner des succès dans les cas d'hémophilie temporaire post-hémorrhagique. Les expériences entreprises par M. Hayem pour rechercher le mécanisme intime de l'action du sang transfusé sur la coagulabilité du sang de l'hémophilique lui ont démontré que, de tous les liquides, c'est le sérum du sang qui modifie le plus rapidement la coagulabilité chez l'individu auquel il est transfusé; mais que cette modification n'est sensible que sur le sang *stagnant* dans une portion du système vasculaire; la coagulabilité générale ne paraît pas augmentée (voy. cette partie du Mémoire, p. 74). M. Hayem insiste également sur l'importance de ces notions relativement à l'hémostase et aussi à la cure des anévrysmes. Il rappelle d'ailleurs combien il est dangereux de transfuser à l'homme le sérum du sang d'un animal; on détermine alors, chez le sujet transfusé, un mode spécial de coagulation, dite *par précipitation*, entraînant des accidents d'embolies vasculaires multiples suivis de phénomènes graves analogues à ceux du *Purpura hemorrhagica*.

« En résumé, dit M. Hayem, la transfusion est certainement un moyen hémostatique remarquable, et l'indication de cette opération, tirée de l'état hémophilique, est actuellement une des moins discutables. » M. Hayem a observé chez une malade, atteinte d'anémie pernicieuse progressive, une *Phlegmasia alba dolens* double, consécutive à la transfusion; peut-être n'est-ce là, vu l'état général de la malade, qu'une coïncidence, mais néanmoins ce fait doit éveiller l'attention sur les inconvénients qui peuvent résulter quelquefois de l'augmentation de la coagulabilité du sang; aussi M. Hayem n'est « pas éloigné de croire que toute cachexie avancée doit faire repousser cette opération ».

— M. *Debove* lit une note sur la *pneumonie chronique ulcéreuse*, dans laquelle il rapporte l'observation d'un homme de soixante-quatre ans chez lequel, malgré l'ensemble le plus complet des signes cliniques, l'absence de bacilles dans les crachats a permis de rejeter le diagnostic de tuberculose pulmonaire. L'autopsie a montré qu'il s'agissait, en effet, d'une pneumonie chronique ulcéreuse, et qu'il n'existait aucun tubercule (voy. p. 74).

M. *Ducastel* fait ressortir l'intérêt que présente ce fait relativement à la question encore peu élucidée des phthisies chroniques, et l'importance que revêt, dans des cas analogues, la recherche histologique des bacilles. Il a lui-même observé un certain nombre de faits du même genre, dans lesquels l'ulcération du tissu pulmonaire sclérosé ne relevait en rien du processus tuberculeux, mais plutôt des processus suppuratif et gangreneux; pendant la vie, ces malades ont présenté, pour la plupart, des hémoptysies répétées, mais peu abondantes. Dans plusieurs observations personnelles, il a relevé l'existence d'une affection nerveuse ancienne, signalée également chez le malade de M. Debove; il se demande s'il n'est pas permis, en conséquence, de soupçonner une influence marquée aux troubles trophiques d'origine nerveuse sur le développement de la sclérose pulmonaire.

M. *Bucquoy* rapporte un fait analogue, dans lequel l'absence de bacilles dans les crachats a permis d'écarter le diagnostic de tuberculose pulmonaire, en dépit des signes cliniques; et M. *Féréol* cite l'observation d'un malade offrant un ensemble de symptômes faisant songer à une dilatation bronchique, mais chez lequel les nombreux bacilles constatés dans les crachats ont imposé le diagnostic de tuberculose. — Dans ces deux cas l'autopsie a vérifié l'exactitude du diagnostic porté pendant la vie.

M. *Ollivier* insiste sur la fréquence des lésions de pneumonie scléreuse du sommet chez le vieillard; il reconnaît cependant que la forme ulcéreuse est rare. Il a rencontré, dans un cas d'ulcération, des champignons du genre *aspergillus* formant une masse assez volumineuse dans la caverne pulmonaire. Ces champignons ont été vus également par M. *Debove* sur une pièce anatomique dont il ignore la provenance; il en a constaté d'analogues dans l'expectoration de son malade, mais il ne pense pas qu'il faille leur attribuer aucun rôle pathogénique dans le développement des lésions ulcéreuses de la pneumonie chronique.

— M. *Vallin* donne lecture d'une note intitulée : *Projet d'enquête sur la contagiosité de la tuberculose.* Pénétré de l'importance majeure que présente la question de la contagiosité de la tuberculose, et convaincu que l'observation individuelle est insuffisante pour élucider le problème, M. Vallin propose d'établir, en vue d'arriver à une solution de quelque valeur, une sorte d'association du corps médical tout entier. Une mesure analogue a été prise en Angleterre et « l'*Association médicale* britannique a décidé, il y a deux ans, la création d'un *Comité d'investigation collective*, dont le but est d'élucider certains points de la pathologie par une enquête, sous forme de questionnaire, auprès des huit à dix mille médecins qui la composent. » La question de la transmissibilité de la tuberculose, soulevée au congrès de Worcester, au mois d'août 1882, a été soumise à l'enquête du comité, sous le patronage de sir James Paget et de sir Williams Gull. De même au mois de juillet 1883, la *Société de médecine interne* de

Berlin a pris une semblable initiative et constitué un *Comité d'enquête sur les maladies*, spécialement chargé d'étudier la contagiosité de la tuberculose pulmonaire, au moyen d'une enquête, faite comme en Angleterre, sous forme de questionnaire. On comprend la valeur des observations fournies, à cet égard, par les praticiens qui ont suivi pendant une ou deux générations la santé de bien des familles et l'importance que ces faits épars pourraient tirer de leur groupement en un faisceau imposant. Il serait d'ailleurs de la plus haute utilité de signaler « dans quelles circonstances précises paraît avoir eu lieu la contagion, chaque maladie infectieuse ayant son mode et ses conditions particulières de transmission ». M. Vallin pense qu'il appartient à la *Société médicale des hôpitaux* de prendre, en France, l'initiative d'une enquête analogue à celles qui se pratiquent en Angleterre et en Allemagne. « Si l'on craignait, ajoute-t-il, de s'adresser tout d'abord aux 30 000 médecins que l'on compte en France, on pourrait commencer par profiter du lien plus étroit qui unit la Société avec les médecins qui ont passé par l'Internat des hôpitaux de Paris. Mais n'y aurait-il pas à craindre de froisser, par cette exclusion, un grand nombre de confrères qui ont peut-être des documents précieux à fournir au dossier. On n'improvise pas une telle enquête : il faut en préciser le but et les moyens; je me borne aujourd'hui à solliciter sur ce point l'attention de la Société. »

— M. *Dieulafoy* lit un mémoire sur la *transfusion du sang dans le diabète sucré*. Il rapporte l'observation d'un malade, âgé de quarante-six ans, qui entra dans son service à Saint-Antoine, le 14 novembre dernier, et qui était alors atteint d'un diabète sucré datant de six ans. La quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures dépassait, à cette époque, 2 litres; il y avait 1gr,31 d'albumine, et 25 grammes de sucre. Le malade fut soumis au régime ordinaire, et, en quelques jours, le sucre urinaire atteignit le chiffre de 260 grammes dans les vingt quatre heures. On n'observait, d'ailleurs, aucun accident dans la santé générale. Trois transfusions furent pratiquées, chez ce malade, par le procédé que M. Dieulafoy a récemment fait connaître (voy. le n° du 18 janvier). Dans la première, le 23 novembre, on injecta 65 grammes de sang; dans la seconde, le 7 décembre, 95 grammes, et 120 grammes, dans la troisième, le 14 décembre. Il n'y eut aucun accident local, grâce à l'innocuité du procédé opératoire, mais on n'obtint aucune modification dans la composition de l'urine. Le malade fut alors astreint au régime alimentaire spécial, et privé de toute substance féculente ou sucrée : au bout de trente-deux jours, la glycose avait entièrement disparu de l'urine. M. Dieulafoy fait observer qu'il était à prévoir, dans un cas aussi net de diabète par *élaboration vicieuse* des substances féculentes et sucrées, que la transfusion ne donnerait aucun résultat; il est d'avis que cet insuccès ne préjuge en rien l'utilité possible de la transfusion dans d'autres variétés de diabète, ou dans ces accidents terribles réunis, faute de mieux, sous la rubrique d'*acétonémie*.

— A cinq heures et quart, la séance est levée.

André Petit.

Société de biologie.

Séance du 26 janvier 1884. — Présidence de M. Mathias Duval, vice-président.

Action de l'aconitine cristallisée sur le cœur : M. Laborde. — Présentation d'un pseudo-hermaphrodite : M. Pozzi. — Lois de la diffusion : M. Chabry. — Développement de l'appareil utéro-ovarien : MM. Tourneux et Legay. — Nouveau fait d'acholie : M. Hanot.

M. *Laborde*, rappelant les faits énoncés dans la précédente séance par M. François-Franck au sujet du mode d'action de l'atropine, mentionne les résultats qu'il a obtenus de son côté avec l'aconitine.

Quand on étudie l'action de l'aconitine cristallisée sur le cœur de la grenouille, on obtient d'une façon constante les résultats suivants : avec de très faibles doses, 1/8e de milligramme, après quatre ou cinq minutes, on constate une accélération progressive qui tend à un arrêt tétanique. Après cette phase le cœur reprend son fonctionnement normal comme si l'aconitine avait opéré la section des pneumogastriques.

Une expérience d'épreuve vient confirmer les faits énoncés par M. François-Franck; si on supprime l'action des pneumogastriques, soit par l'atropine, soit par le curare, on ne retrouve plus les modifications types de l'action de l'aconitine.

Une série d'arguments semblent bien montrer que le poison a respecté les appareils ganglionnaires intra-cardiaques; il a de même respecté la conductibilité du bout central du pneumogastrique, car on continue à provoquer les mêmes arrêts respiratoires en excitant ce segment du nerf. Ceci montre que la conductibilité du tronc nerveux même reste intacte.

M. Laborde appuie le procédé proposé par MM. Dastre et Morat et qui consiste à associer l'atropine à la morphine; en insistant surtout sur le fait que les centres bulbaires respiratoires conservent leur activité et que par suite la respiration peut être presque toujours rappelée.

— M. *Pozzi* présente un pseudo-hermaphrodite, femme par son état civil, mais en réalité du sexe masculin, qui offre ceci d'intéressant, en outre de l'hypospadias habituel, qu'une bride naissant du sommet imperforé du gland se divise au niveau du méat urinaire en représentant au-dessous une sorte d'hymen. Le développement de l'hymen paraîtrait donc se faire, non comme l'a indiqué antérieurement M. Budin à la Société, aux dépens du vagin, mais aux dépens du sillon uro-génital.

— M. *Chabry* adresse, par l'intermédiaire de M. Pouchet, une seconde note sur la diffusion. Il a fait connaître dans une précédente communication la loi suivante concernant la diffusion de l'acide sulfurique en contact avec l'eau distillée : un vase cylindrique vertical rempli d'eau distillée étant en contact par son extrémité inférieure avec une couche acide de composition constante, la *hauteur verticale* à laquelle l'acide s'élève par diffusion, au bout d'un temps donné, est en raison directe de la racine carrée du temps considéré. Cette relation est désignée par l'auteur sous le nom de *loi des hauteurs de diffusion*.

De nouvelles expériences, faites dans les mêmes conditions, lui ont montré que les *quantités* totales d'acide diffusées dans le vase, après un temps donné, sont aussi proportionnelles à la racine carrée de ce temps. Cette seconde relation est désignée sous le nom de *lois des quantités diffusées*.

— MM. *Tourneux* et *Legay* communiquent les résultats de leurs études microscopiques sur le développement de l'appareil utéro-vaginal observé chez des embryons de moins de trois mois; ils insistent particulièrement sur le mode de formation du museau de tanche qui se développe par une sorte d'expansion latérale de l'épithélium accumulé dans la cavité vaginale. (Voy. la note *in extenso* dans les *Bulletins* de la Société. G. Masson.)

— M. *Hanot* présente un second fait d'acholie qu'il observe actuellement chez un malade de son service. L'absence de sécrétion biliaire avait été constatée une première fois chez un sujet dont l'autopsie fut faite par M. Hanot et qui, malgré l'oblitération complète du canal cholédoque, n'avait point eu d'ictère; dans ce cas le système porte hépatique était également oblitéré : dès lors l'absence d'ictère pouvait s'expliquer par le défaut de formation de la bile. Dans le cas actuel, sans ictère également, les matières fécales sont absolument décolorées depuis dix-huit mois, des gaz intestinaux en quantité considérable distendent l'intestin, double fait qui plaide en

faveur de l'acholie. M. Hanot fait remarquer l'intérêt que présentent les observations de cet ordre au point de vue d'une étude d'ensemble sur l'acholie qu'il sera possible de présenter plus tard : ce sont des matériaux pour servir à l'histoire de ce désordre fonctionnel.

REVUE DES JOURNAUX

Du lavage de l'estomac chez les nourrissons. — Le docteur Epstein, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés, à Prague, pratique depuis plusieurs années le lavage de l'estomac chez les nourrissons. Il traite de cette façon le catarrhe aigu de l'estomac, la première période du choléra infantile, en un mot tous les états gastriques qui s'accompagnent de vomissements et conduisent rapidement l'enfant au marasme.

En cas d'empoisonnement, le lavage serait également indiqué. L'opération est simple; plus simple même que chez l'adulte, d'après l'expérience du docteur Epstein. On se sert d'une sonde en caoutchouc mou du n° 8 ou 10. Cette sonde se termine par un tube de verre, auquel l'introduction une fois faite, on adapte un autre tube élastique portant l'entonnoir. La longueur du conduit pharyngo-œsophagien est, chez un enfant de 50 centimètres, d'une longueur de 18 centimètres environ. L'enfant est couché sur le dos, le doigt introduit dans la bouche déprime la langue et guide le tube, qui est facilement avalé. Le contact de la sonde provoque des contractions qui amorcent le siphon. Le lavage se fait avec de l'eau magnésienne ou légèrement sodique.

Peut-être pourrait-on étendre l'application du tube et pratiquer dans des cas donnés une alimentation artificielle. Nous avons dessein de tenter ce moyen chez certains enfants athrepsiques et nous rendrons ultérieurement compte des résultats obtenus. (*Pragel. medic. Wochenschr.*, n° 34.)

De la chorée, par M. Hénoch. — La chorée est le résultat d'une irritation du centre, encore inconnu, de coordination du cerveau. Cette irritation peut être due :

1° A des causes matérielles directes : chorée symptomatique;

2° A des irritations de nature obscure, que nous désignons par le terme de *dynamiques* : causes psychiques chez les hystériques, causes réflexes chez les enfants et les femmes enceintes, etc.;

3° A des états spéciaux du sang (diminution des corpuscules rouges): chorée des anémiques, chorée des maladies infectieuses;

4° Au rhumatisme. — Il ne s'agit pas d'une manifestation réflexe dont le point de départ serait dans les lésions cardiaques du rhumatisme, mais bien d'une manifestation nettement rhumatismale, sans qu'il soit possible d'en spécifier la nature. (*Berl. klin. Woch.*, 1883, n° 52.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité élémentaire de physiologie, par J. Béclard, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris. 2 vol in-8°. Asselin et Ce, 1880-1884.

Nous avons, pour la plupart, été initiés aux éléments de la physiologie par le Traité élémentaire de M. J. Béclard. C'est dans ce livre que, depuis 1855 jusqu'à ces dernières années, bien des générations d'étudiants ont appris sans fatigue, se laissant aller au plaisir d'une lecture facile, cette physiologie fondamentale que tout médecin doit posséder. Voulait-on, par goût particulier ou par nécessité de concours, orner sa mémoire des documents historiques, suivre l'évolution d'une question ou prendre quelque idée de la physiologie comparée, on recourait au grand traité de Longet, si riche en renseignements de toute sorte; quelques-uns abordaient (sans se douter du charme qu'ils y trouveraient) la lecture des leçons de Claude Bernard, ou feuilletaient un volume de cette prodigieuse encyclopédie que Milne Edwards a su mener à bonne fin : ce n'en était pas moins le livre classique de Béclard qui constituait le fond de la bibliothèque physiologique des étudiants... et de beaucoup d'autres encore.

Aujourd'hui, en présence des deux gros et grands volumes que nous livre M. Béclard, nous ne reconnaissons plus le vieil ami d'autrefois: non seulement il a changé de forme, mais le manuel familier s'est élevé au rang d'un grand ouvrage; il nous inspire à première vue, le... respect auquel ont tant de droits (surtout depuis quelques années) les publications de cette envergure. Mais rassurons-nous, c'est bien toujours notre « Béclard », comme on disait : un coup d'œil rapide, jeté par-ci par-là, au hasard des feuilles non coupées, nous montre tout de suite que rien n'a été bouleversé, qu'on retrouvera la classique division, le moule auquel nous avons été, à tort ou à raison, habitués de tout temps; pas de formules compliquées hérissant des pages entières; point de ces inquiétantes indications bibliographiques intercalées dans le texte courant et venant interrompre à tout instant la lecture; de larges interlignes, des caractères de belle dimension, des lignes dont on voit le commencement et la fin (sans aucune allusion blessante pour telle autre publication dont nous nous garderions de médire) et enfin des figures, de bonnes figures, en grand nombre, accompagnées de légendes explicatives.... La tentation est réelle : voilà un ouvrage d'engageante mine, qui mérite les honneurs, forcément de plus en plus rares, du coupe-papier et de la lecture attentive. Il faut, du reste, s'assurer sans retard que les années n'ont en rien modifié les qualités maîtresses de l'ancien traité et que nous allons retrouver dans celui-ci les exposés lucides, les discussions judicieuses et condensées qui firent le succès des six éditions précédentes.

Nous lisons donc, et, dès la première page, nous sommes mis au courant des modifications apportées à l'ouvrage que nous connaissions si bien : une courte préface nous apprend que tout en restant « un livre d'enseignement », le présent traité a été, comme on dit, mis au courant de la science; le plan général n'en a pas été remanié, M. Béclard n'ayant pas cru « qu'il fût nécessaire d'innover en ce genre »; mais la plupart des chapitres ont subi de profonds changements. On peut considérer comme « entièrement nouvelle la seconde partie consacrée à la physiologie des muscles ou des organes du mouvement, à l'étude des fonctions du système nerveux et à celle des organes des sens ». L'auteur attire aussi l'attention sur les développements donnés dans la première partie à ce qui touche à la respiration, au sang, à la chaleur animale, aux sécrétions, à la glycogénie, à la nutrition... Autant dire que l'ouvrage a été complètement refondu, M. Béclard ne pouvant nous donner une œuvre boiteuse dans laquelle tous les chapitres ne fussent parfaitement équilibrés. Si l'on ajoute que la partie bibliographique, reportée à la fin de chaque coupure principale, a été l'objet de soins particuliers (surtout dans le premier volume), on aura donné de l'ensemble de l'œuvre une idée générale suffisante.

Tout en restant dès lors ce qu'on a voulu qu'il fût, un « livre d'enseignement », l'ouvrage devient, aurait pu dire un auteur moins modeste, un livre d'enseignement pour les médecins et les physiologistes, tout aussi bien que pour les élèves. Et c'est précisément parce que nous trouvons dans la nouvelle édition (on dirait plus justement dans l'œuvre nouvelle) le complément nécessaire de notre instruction élémentaire, nous tous qui avons puisé nos premières notions dans le

manuel, que notre sentiment est, dès l'abord, aussi absolument favorable.

L'examen des parties principales ne va modifier en rien notre impression première : si la discussion reste ouverte encore sur certains points, qui nous paraissent tranchés ou d'une manière plus complète ou dans un autre sens que ne l'indique M. Béclard, si même nous trouvons quelques lacunes à signaler (l'exposé critique détaillé, par exemple, de la question essentiellement physiologique des doctrines microbiennes), nous n'en éprouvons pas moins une satisfaction réelle à mesure que nous avançons dans cette étude. Notre attente n'a point été trompée : c'est toujours la même plume, alerte et fine, qui écrivit autrefois le modeste chapitre de la respiration, et qui, aujourd'hui, nous trace un exposé large et clair des grandes questions qui se rattachent cette fonction capitale. Dans l'histoire si complète de la chaleur animale, à laquelle J. Béclard apporta, comme chacun sait, des matériaux expérimentaux de premier ordre, on est frappé des qualités du technicien qui fait accepter les détails les plus ardus grâce à ses formes toujours académiques; mais en aucun point de l'ouvrage, la précision dans les descriptions physiques n'est aussi frappante que dans l'optique physiologique où la partie relative à la réfraction est traitée avec une entière compétence : le lecteur, l'élève, n'a point à craindre ici d'être détourné de cette étude, si importante en ophthalmologie pratique, par l'aridité des détails techniques : on lui en a rendu l'assimilation facile. Il en est de même de la partie physique de l'audition, dans laquelle M. Béclard a mis à profit les plus récents travaux, nous montrant là encore qu'on peut, en s'en donnant la peine, mettre à la portée des étudiants les points les plus délicats des applications de la physique à la physiologie. Ces qualités se retrouvent dans le long chapitre consacré aux mouvements en général et à la locomotion : ici M. Béclard s'est inspiré surtout des beaux travaux de M. Marey, sans pouvoir toutefois exposer les progrès réalisés grâce à la photographie instantanée : les dernières recherches de M. Marey sont, en effet, de date toute récente.

Nous étions curieux d'apprendre dans quel sens se prononcerait l'auteur d'un traité destiné à la grande publicité que l'on sait, sur plusieurs des questions générales actuellement en litige : nous avons donc parcouru sans retard les parties du livre relatives au système nerveux central, au grand sympathique, aux nerfs sécréteurs, trophiques, vaso-moteurs, etc. Des localisations motrices dans l'écorce du cerveau, M. Béclard n'admet que celle du langage articulé, parce qu'elle s'appuie sur des preuves anatomo-pathologiques; mais on pourrait, ce nous semble, invoquer tout aussi justement en faveur des localisations fronto-pariétales, la preuve anatomo-clinique : les faits publiés par MM. Charcot et Pitres nous paraissent amplement démonstratifs à cet égard.

Donc M. Béclard n'est pas localisateur, ou du moins ne l'est-il que partiellement : nous ne dirons pas qu'on ne saurait trop l'être, car, avec lui, nous n'acceptons pas les localisations sensitives corticales telles qu'on les a présentées, mais nous avons l'espoir que, pour la localisation du mouvement volontaire, il se laissera convaincre tôt ou tard. C'est du reste chez lui, semble-t-il, surtout affaire de principes : il n'est pas, et avec raison, partisan des subdivisions fonctionnelles à outrance qu'on a tenté d'établir dans le système nerveux; les conducteurs spéciaux des sensibilités thermique et douloureuse, les nerfs trophiques, déjà fort malmenés, n'ont pas trouvé grâce devant lui, et cette exécution n'a rien qui nous chagrine. Il n'en va pas tout à fait de même pour le sort qu'il réserve aux nerfs sécréteurs; de ces derniers nous faisons moins aisément notre deuil. Les expériences de suppression isolée des sécrétions par l'atropine, alors que sont conservés les phénomènes circulatoires qui accompagnent normalement la fonction sécrétoire, les faits de persistance d'une véritable sécrétion (et non d'une simple excrétion) malgré l'anémie des tissus, beaucoup d'autres arguments encore qui viennent d'être exposés dans l'article Sueur du *Dictionnaire encyclopédique*, ont entraîné notre conviction; sur ce point, nous ne pouvons nous associer au savant maître; la détermination des nerfs sécréteurs nous paraît au contraire constituer l'un des progrès les plus réels de la physiologie dans ces dernières années.

M. Béclard marque la même tendance suppressive au sujet des nerfs vaso-dilatateurs. De fait, si les actions vaso-dilatatrices ont gagné du terrain depuis quelques années, les conducteurs de ces singulières influences ont quelque peu déchu; du rang de nerfs cérébro-spinaux ils ont passé à celui de rameaux sympathiques. On serait même amené à les considérer comme de simples filets afférents aux ganglions de la chaîne, ne continuant pas au delà des ganglions leur trajet vers les vaisseaux. M. Béclard irait volontiers plus loin : il admettrait sans regret la disparition de ces nerfs comme conducteurs spéciaux, acceptant plutôt que l'action vaso-dilatatrice s'exerce par les mêmes nerfs que l'action vaso-constrictive, et que l'une ou l'autre de ces influences interviendrait « suivant le mode dans lequel les centres incitateurs sont sollicités à l'action ». Pour notre part, nous aurions quelque tendance à partager une opinion semblable, en attribuant toutefois la part principale à l'état des vaisseaux périphériques, dont le mode de réaction varierait suivant leur condition actuelle de resserrement ou de relâchement.

Une question doctrinale de premier ordre domine, du reste, tous ces points de détail, c'est celle de l'*inhibition*, pour la désigner d'un mot. M. Béclard lui a réservé dans son ouvrage une place à part, englobant avec raison, dans l'étude qu'il en fait, un grand nombre de phénomènes suspensifs de l'activité nerveuse, soit centrale, soit périphérique. Ce sera l'un des titres les plus sérieux de M. Brown-Séquard que d'avoir montré toute la portée physiologique et clinique de cet ordre de faits et d'en avoir, depuis des années, abordé résolument l'étude. M. Béclard a, l'un des premiers, compris qu'un traité de physiologie ne pouvait que faire une large part à une question de cette importance.

Un professeur allemand (que je pourrais nommer) répondait, il y a deux ans, à ses élèves lui demandant quel traité de physiologie ils devaient étudier : « Prenez le livre de Beaunis, c'est ce que nous avons de meilleur. » Aujourd'hui il pourrait y joindre le livre de Béclard, ces deux ouvrages, de qualités fort différentes, se complétant l'un par l'autre.

François-Franck.

Index bibliographique.

Développement du cœur et du péricarde, par le docteur Quénu, thèse d'agrégation. Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — Le développement du cœur comprend plusieurs points différents : où apparaît le premier rudiment cardiaque ? comment se forme le péricarde? quelle est, aux différentes périodes du développement, la topographie du cœur et de son enveloppe? c'est ce que Quénu décrit sous le nom de développement *régional* du cœur. Ceci posé, il suit le développement *morphologique*, qui se traduit par la formation de cloisons, de replis valvulaires. Puis, comme le cœur est le premier muscle en date, M. Quénu indique dans un chapitre d'histogénie l'origine du tissu contractile. Enfin il consacre aux anomalies de développement une étude rapide qui termine dignement ce travail substantiel et précis.

Développement du foie et du système porte abdominal, par le docteur Wertheimer, thèse d'agrégation. Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — Travail qui, comme le précédent, ne prête pas à l'analyse, où l'on trouve des renseignements précieux non seulement sur le développement du foie et de la circulation porte, mais encore sur divers points intéressants d'anatomie et de physiologie.

Faits cliniques et expérimentaux pour servir a l'histoire de l'hérédité de la tuberculose, par MM. L. Landouzy et H. Martin. — Recherches expérimentales très intéressantes relatives à l'hérédité de la tuberculose. Ces expériences démontrent : 1° qu'un fragment de poumon macroscopiquement sain de fœtus d'apparence non tuberculeux, quoique né de mère phthisique, donne par inoculation une tuberculose réinoculable par inoculations successives; 2° que le sang pris dans le cœur d'un fœtus provenant d'une mère tuberculeuse donne par inoculation une tuberculose identique à celle qu'on obtient en se servant du poumon tuberculeux et du placenta sain de la mère phthisique.

Mêmes résultats avec des fœtus cobayes sains nés de cobayes tuberculeux, avec des testicules sains de cobayes tuberculeux. La tuberculose a donc été transmise, *à l'état de graine*, de la mère au fœtus, mais sans y germer. Il semble donc établi que, dans l'hérédité tuberculeuse, il y a autre chose que la prédisposition à une tuberculisation ultérieure, et que certains individus naissent non seulement tuberculisables, mais bien tuberculeux, quoiqu'il n'existe chez eux aucune lésion apparente. (*Revue de médecine*, décembre 1883.)

VARIÉTÉS

Assistance publique : enfants abandonnés.. — L'Assistance publique vient de créer une nouvelle maison pour les enfants abandonnés ou récalcitrants qui n'ont pas subi de condamnation à l'internement dans les maisons de correction ou les colonies pénitentiaires. C'est dans l'île de Porquerolles, faisant partie du groupe des îles d'Hyères, que cet établissement est installé dans une propriété privée louée par l'Etat. Une trentaine d'enfants y sont déjà.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 8 février). — Ordre du jour : M. Fernet : De la tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë. — M. Treille : Note sur un réflexe douloureux du nerf cubital dans certaines dyspepsies gastro-intestinales. — M. Gouguenheim : Adénopathie péritrachéale cancéreuse; présentation de pièces anatomiques. — M. Martineau : Sur la syphilis du singe. — M. Du Castel : Sur quelques faits de sclérose pulmonaire.

Service de santé militaire. — M. le docteur Lubanski vient d'être nommé professeur agrégé de clinique médicale au Val-de-Grâce en remplacement de M. le docteur Kiener.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Bessac (Marie-Charles-Joseph) est nommé préparateur au laboratoire de physique.

Faculté des sciences de Lyon. — M. Klein est nommé maître de conférences de chimie.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Roustan, agrégé, est chargé, pour le deuxième semestre de l'année scolaire 1883-1884, d'un cours complémentaire de pathologie externe.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Ehrmann, aide d'anatomie pathologique, est institué chef des travaux d'anatomie pathologique.

Faculté des sciences de Montpellier. — M. Destrem est nommé maître de conférences de chimie.

École de médecine de Tours. — M. Grandin, professeur de chimie et de toxicologie, est chargé, en outre, d'un cours de physique à ladite Ecloe.

Nécrologie. — M. le docteur Maingault vient de mourir, à Pau, d'une maladie chronique, à l'âge de soixante et un ans. Il était fils d'un médecin qui avait accompagné l'empereur à l'île d'Elbe. On lui doit le premier mémoire qui ait sérieusement éclairé l'histoire d'une affection déjà signalée pourtant par d'assez nombreux observateurs du dix-septième et du dix-huitième siècle : la *paralysie diphthéritique* (1860). Il avait reçu de la *Société médicale des hôpitaux* un titre qui a été supprimé depuis une dizaine d'années : celui de membre associé et il est resté jusqu'à ces dernières années un des membres actifs de cette Société.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Nicolle, médecin de l'Hôtel-Dieu de Rouen.

Instruction publique. — Sont nommés, pour trois ans, membres du Conseil départemental de l'instruction publique des départements ci-dessous désignés : MM. les docteurs Carcassonne (Gard); Pamard (Vaucluse); Leuduger-Fortmorel (Côtes-du-Nord); Meleux (Maine-et-Loire).

Ecole de médecine d'Alger. — Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira, le 25 juillet 1884, à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Incompatibilités parlementaires : les agrégés. — La commission sénatoriale chargée d'examiner le projet de loi relatif aux incompatibilités parlementaires propose d'étendre l'incompatibilité aux agrégés, et de n'en exempter que les professeurs titulaires.

Fièvre puerpérale. — Cette maladie s'était tellement multipliée aux *Quatre-Chemins*, près Pantin, qu'on eut d'abord le soupçon d'empoisonnements criminels. Une sage-femme a disparu; une enquête a été ouverte. Mais les résultats de l'autopsie d'une des femmes mortes tend à prouver que toute pensée de crime doit être écartée.

Les étudiants et étudiantes a Saint-Pétersbourg. — Toutes les femmes qui étudient la médecine à Saint-Pétersbourg sont obligées maintenant, en conséquence d'un récent règlement, de résider dans une grande pension, placée sous la direction de la princesse Shafafskoy et organisée par les autorités.

Il y a peu de temps, du reste, qu'une disposition analogue a été prise à l'égard des étudiants pauvres et jouissant de bourses accordées par le gouvernement ou par des particuliers. L'établissement où ils sont forcés de résider a été fondé par M. Poliakoff et se trouve sous le contrôle direct du ministère de l'instruction publique.

Mortalité a Paris (4e semaine, du vendredi 18 au jeudi 24 janvier 1884). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 1112, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 27. — Variole, 1. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 15. — Diphthérie, croup, 58. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 55.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 218. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 76. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 70. — Bronchite aiguë, 34. — Pneumonie, 82. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 27; au sein et mixte, 15; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 107; de l'appareil circulatoire, 68; de l'appareil respiratoire, 104; de l'appareil digestif, 43; de l'appareil génito-urinaire, 18; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 6. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 30. — Causes non classées, 5.

Conclusions de la 4e semaine. — Le service de statistique a reçu notification de 1112 décès pendant la semaine actuelle, au lieu de 1093 pendant la semaine dernière. La mortalité parisienne, si remarquablement faible pendant la seconde moitié de l'année 1883, a quelque tendance à s'élever depuis le commencement du mois actuel.

Fièvre typhoïde (27 décès); variole (1); rougeole (16); scarlatine (1); coqueluche (15); affections puerpérales (3); diphthérie (58); bronchite aiguë (34); pneumonie (82); athrepsie des jeunes enfants (46).

Dr Jacques Bertillon,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 7 février 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : IMPORTATION EN FRANCE DE VIANDE TRICHINEUSE. — L'OSTÉOCLASIE DANS LE TRAITEMENT DU GENU VALGUM. — LES SCHIZOMYCÈTES (OU SCHIZOPHYTES) AU POINT DE VUE MÉDICAL.

Académie de médecine : Importation en France de viande trichineuse.

L'avis exprimé, le 28 février 1882, par l'Académie et celui qu'elle vient d'émettre sur l'importation en France de viande trichineuse, et principalement des viandes américaines de porc salées, ne sont pas essentiellement différents, quant aux intentions de ceux dont ils reproduisent la manière de voir dans cette grave question ; toutefois ils indiquent une modification dans l'opinion publique et même dans l'opinion de l'Académie qui sera assurément remarquée. En 1882, l'Académie déclarait qu'il n'était pas nécessaire de soumettre les viandes porcines d'importation étrangère à une inspection microscopique pour prévenir l'infection trichinosique chez les populations qui font usage de ces viandes, les habitudes culinaires de ces populations ayant été démontrées jusqu'à présent suffisantes pour les préserver de cette infection ; et elle ajoutait qu'il suffirait de signaler dans une instruction spéciale les dangers possibles de l'usage de la viande de porc, consommée crue ou incomplètement cuite. A deux ans de distance, l'Académie insiste sur la nécessité d'une semblable instruction ; elle affirme que l'importation des viandes porcines salées d'Amérique peut être autorisée en France, aucun cas de trichinose n'ayant été constaté ni dans notre pays, ni en Angleterre, ni en Belgique ; mais elle a soin d'ajouter qu'il y aurait avantage à créer une entente commune avec les pays d'importation de viandes trichinées, relativement à des mesures de garantie aux ports de départ. Qu'est-ce à dire, sinon que la libre importation de ces viandes peut avoir des dangers et que, si on ne les voit pas nettement aujourd'hui, on craint toutefois qu'ils se puissent produire quelque jour ?

Il est intéressant, d'autre part, de mettre en regard de ces conclusions l'opinion de ceux qui se proposent de les combattre au Parlement. M. Paul Bert l'a nettement for-

FEUILLETON

Lettres médicales.

Les syndicats médicaux : assurances et pensions de retraite, déontologie, etc.

Vous suivez certainement, cher confrère, et non sans intérêt, le travail qui, depuis quelques années, agite et remue les couches les plus profondes du corps médical français. A Paris, dans les hautes sphères, comme on disait jadis à l'École, dans ces régions sereines où l'on ne songe qu'à la science pure ou aux questions doctrinales, on n'en parle guère, on s'en préoccupe peu ou prou. Que nous importent les syndicats professionnels, les lois qui régissent l'exercice de la pharmacie et de l'herboristerie, les droits et les devoirs des officiers de santé et des sages-femmes ? Quand on est *arrivé*, quand on appartient à cette grande Association générale qui a déjà fait tant de bien et qui affirme, dans ses réunions annuelles, qu'elle en fera de plus en plus chaque jour ; quand on écoute les rapports officiels et les discours émus de ses représentants les plus autorisés, on en arrive à croire que tout est pour le mieux dans la meilleure des Associations générales. Mais lorsque, ne dédaignant pas d'écouter les réclamations, les plaintes, les sollicitations des humbles, des déshérités de la profession, de ces médecins de campagne qui si rarement se font écouter dans les assises solennelles de l'Association générale, on examine de sang-froid ce qui a été réalisé et ce qui reste à faire dans l'intérêt de la profession, on est tout étonné de voir que la plupart des questions jugées, sinon oiseuses, du moins insolubles, il y a quelques années à peine, sont étudiées et ont été l'objet de rapports consciencieux dans des réunions provinciales ; enfin que le jour n'est peut-être pas très éloigné où, du labeur quotidien de ceux dont on a longtemps repoussé les doléances, sortiront des mémoires et des projets de loi avec lesquels il faudra compter. Toutes ces réflexions me sont

mulée par la série de questions suivantes qu'il a développées à la dernière séance de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle : « 1° Les viandes de porc venant d'Amérique contiennent-elles des trichines? Dans quelle proportion se trouvent les viandes saines par rapport aux viandes trichinées? 2° A-t-on trouvé des trichines vivantes dans les viandes salées ou fumées venant d'Amérique ? 3° La vitalité de ces trichines leur permet-elle de se développer dans l'intestin et les muscles des animaux auxquels on les fait ingérer ? 4° Et, en particulier, pourraient-elles se développer chez l'homme? 5° Constituent-elles par conséquent un double danger: par l'infection des rats et des autres animaux qui mangeraient les débris et deviendraient des foyers de trichines; par l'ingestion qu'en pourrait faire l'homme sans leur avoir fait subir de préparation culinaire ? 6° Les préparations culinaires habituelles détruisent-elles *à coup sûr* les trichines dans les viandes salées ou fumées ? 7° La fumure tue-t-elle les trichines ? 8° La salure tue-t-elle les trichines? au bout de combien de temps et dans quelles conditions précises d'addition de sel? Si oui, à quels signes précis peut-on reconnaître qu'une viande salée importée est devenue inoffensive ? 9° Dans quelle mesure l'examen microscopique à l'entrée en France pourrait-il mettre à l'abri de l'importation des trichines? 10° Que peut-on espérer de l'emploi des basses températures ? 11° Quelles mesures pourrait-on demander au gouvernement américain de prendre pour éviter l'envoi en Europe d'animaux infestés? » Et M. Paul Bert ajoute : « Si l'on ne peut répondre avec certitude à ces diverses questions, on n'est pas autorisé à donner un avis scientifique; il faut donc attendre pour autoriser les importations que ces problèmes soient résolus. »

Voici, d'autre part, que l'Académie n'a pas voulu admettre, bien que ce fût l'avis de sa commission, « qu'il serait nécessaire que des expériences fussent entreprises avec toutes les garanties désirables pour compléter l'histoire naturelle de la trichine et nous donner les raisons scientifiques de l'immunité de notre pays vis-à-vis des viandes trichinées ». M. Léon Le Fort a fait observer que c'était s'exposer à laisser croire que les conclusions pratiques de la commission et de l'Académie ne s'appuient pas sur des raisons scientifiques suffisantes; « ne sait-on pas que, dans les questions comportant les conclusions pratiques les plus rigoureuses, il subsiste souvent, sous le rapport scientifique, des points obscurs à élucider, sans que la solution de ces obscurités modifie des conclusions solidement déduites de l'observation et de l'expérience? »

Cependant il est permis de croire que les pouvoirs publics, et tout particulièrement le Parlement, qui ont, en fin de compte, de graves responsabilités à prendre et à encourir dans cette question, penseront qu'avant de se décider à une mesure définitive, il n'est pas inutile de demander à la science des résultats plus précis. Pour en finir avec cette alternative de mesures, tantôt prohibitives et tantôt libérales, pour mettre un terme à ce régime de décrets, il convient d'adopter une loi formelle, dans un sens ou dans un autre; mais une loi exige des garanties scientifiques, et il n'eût peut-être pas été mauvais que l'Académie rendît à l'hygiène publique le service de mettre le gouvernement en demeure de charger les hommes de science d'élucider l'un des plus importants problèmes de l'alimentation publique dans les conditions actuelles. En résumé, et quoi qu'on en ait dit, l'Académie subordonne la libre importation des viandes américaines au succès de négociations diplomatiques tendant à réclamer des mesures de garantie aux points de départ, puisqu'elle déclare qu'il y aurait « avantage » à créer une entente commune à cet effet; croit-elle donc que les nations intéressées ne voudront pas au préalable demander à la science les solutions d'une partie tout au moins des questions énumérées par M. P. Bert?

Ces desiderata sont d'ailleurs développés dans le rapport de M. Proust et l'on ne saurait trop le louer, comme nous le disions il y a huit jours, de sa clarté et de sa sincérité. L'Académie paraissait ne supporter qu'avec peine les observations qui auraient pu retarder le vote des conclusions, au fond très réservées, de sa commission; elle avait été, il faut le reconnaître, très vivement impressionnée par la lecture des lettres de M. le docteur Gibert et de M. le directeur du service d'inspection de la boucherie à Paris, d'après lesquelles les ouvriers se nourissent au Havre depuis quinze ans avec des salaisons américaines sans en éprouver d'inconvénients et que, à Paris, ces viandes semblent absolument incapables de donner aux consommateurs la trichinose. De plus, M. Colin (d'Alfort) venait, dans une très importante communication, de déclarer que les salaisons *bien faites* tuent en moins de deux mois les trichines. (On remarquera toutefois que les viandes américaines elles-mêmes peuvent n'avoir que quinze jours de salaison quand elles arrivent sur notre littoral.) Ces considérations l'ont emporté sur les derniers scrupules de l'Académie; elle n'était d'ailleurs consultée que sur l'importation des viandes salées américaines. Au Parlement, où la question se posera tout différemment, il convien-

---

suggérées par la lecture assidue des articles et des projets que je trouve réunis, depuis tantôt cinq années, dans un journal dont l'histoire est des plus curieuses et mérite d'être contée, dans un recueil qui s'intitule : l'*Organe officiel des syndicats des médecins de France* et qui pourrait s'appeler le cahier des doléances du tiers ordre de la médecine. Je veux parler du *Concours médical*. Fondé en 1879 par un très honorable médecin de Chantilly, le docteur A. Cézilly, l'association nouvelle qui porte le nom de *Concours médical* a déjà lancé dans le monde bien des projets et réalisé, dans l'intérêt de ses adhérents, bien des réformes que je veux vous signaler. Avant de vous dire comment fonctionne ce *Concours médical*, il me paraît utile de citer quelques-uns des résultats qu'il a obtenus.

Et d'abord les *syndicats médicaux*, car c'est bien le *Concours médical* qui les a enfantés. On vous en a déjà entretenu quelque part dans la *Gazette* de l'année dernière, et je n'ai pas grand'chose de plus à vous en dire pour le moment. Vous savez que ce sont de petites associations locales, ayant leurs statuts particuliers et s'inspirant pour les rédiger des circonstances de milieu, des besoins et des intérêts qui en ressortent. Ces petits groupes s'agglomèrent et forment des fédérations, les unes départementales, comme celle de la Gironde, les autres régionales, comme celle des Basses-Cévennes. Plusieurs d'entre elles donnent asile aux médecins habitant des pays encore dépourvus de syndicats. En ce moment toutes ces fédérations tendent à se fédérer pour ne plus constituer qu'un grand corps, dont toutes les parties pourront se prêter assistance en gardant leur autonomie. C'est comme qui dirait votre organisme ou le mien.

Le but, je n'ose dire premier, mais primitif de ces associations, est une rétribution plus équitable des soins médicaux et un recouvrement mieux assuré des honoraires. Il vous a été expliqué que chaque syndicat fixe un minimum du prix de visite (auquel on déroge dans des conditions exceptionnelles, dont le praticien est juge, mais que ses rapports

dra de se demander si des viandes porcines, fraîchement salées, ou même des porcs sur pied, arrivant en grande quantité de pays *très voisins* manifestement infestés de trichinoses, peuvent être introduits sans précautions et si ce que l'on a appelé nos habitudes culinaires, sans en pouvoir donner une signification précise, et en oubliant peut-être qu'elles diffèrent suivant les individus, y compris ceux qui mangent le porc cru, sont suffisantes pour autoriser la libre importation de toutes ces viandes, avant même que la science ait été mise à même de prononcer plus complètement.

Qu'on veuille bien croire que nous ne blâmons pas le vote de l'Académie dans les conditions particulières où elle s'est placée. Elle n'a voulu envisager la question qu'au point de vue purement empirique; mais son vote même implique de sa part l'affirmation de l'insuffisance des considérations scientifiques sur lesquelles il pouvait s'appuyer. C'est ce que nous avions dit.

L'ostéoclasie dans le traitement du genu valgum. Présentation d'opérés.

La présentation des sujets opérés est la démonstration la plus saisissante de la valeur d'une méthode opératoire, et c'est dans cette pensée que notre sympathique confrère M. Daniel Mollière a présenté les quinze guérisons obtenues par lui. Nous lui devons nos félicitations aussi bien pour les succès qu'il a obtenus que pour la persévérance qu'il a apportée dans la démonstration des avantages de l'ostéoclasie mécanique, pratiquée méthodiquement, pour le redressement des membres dans le genu valgum. Les avantages de l'ostéoclasie dans les cas de ce genre ont été dès longtemps préconisés en France; ils y ont été démontrés cliniquement, et le manuel opératoire en a été perfectionné grâce aux progrès de technique instrumentale dus à M. Collin et à M. V. Robin (de Lyon).

Lorsque je rédigeais l'article Ostéoclasie dans le *Dictionnaire encyclopédique*, je n'ai pu réunir que onze observations d'ostéoclasie, pratiquées pour corriger les déformations du genu valgum et, parmi celles-ci, quatre appartenaient à M. le docteur Daniel Mollière; toutes avaient été suivies de succès. Aujourd'hui il s'agit de quinze résultats définitifs, arguments visibles et tangibles en faveur de l'ostéoclasie pratiquée à l'aide d'un appareil disposé de façon à permettre une action mécanique certaine. (Cet appareil de M. V. Robin (de Lyon) est décrit dans le *Dictionnaire encyclopédique*, article Ostéoclasie.)

Ces résultats seront sans doute présentés à la Société de chirurgie (ils l'ont peut-être été aujourd'hui même), et ils seront l'occasion d'une étude critique que nous suivrons avec d'autant plus d'intérêt, que le sujet a été traité à diverses reprises dans la *Gazette hebdomadaire*.

A. Hénocque.

Les Schizomycètes (ou Schizophytes) au point de vue médical.

(Zopf, *Die Spaltpilze*, nach dem neuesten Standpunkte bearbeitet. Breslau. S. Frewendt, 1883.)

(Suite.— Voyez le numéro 5.)

Une autre difficulté, beaucoup plus sérieuse, naît pour la délimitation des genres proposés dans la famille qui nous occupe. Pour préparer le lecteur à aborder cette difficulté, il faut, au préalable, placer sous ses yeux les formes — au moins les principales — sous lesquelles se rencontrent les Bactéries :

1° La plus simple de toutes ces formes est assurément l'état de corpuscule arrondi et brillant. C'est là le plus ordinairement, l'état de spore, et, comme nous l'avons vu, c'est aussi ce que l'on a fréquemment nommé *Micrococcus*, donnant un nom générique à ce qui n'est qu'une des phases de végétation commune à toutes les espèces de la famille. Ces corpuscules grossissent, et c'est uniquement par sa petitesse relative que M. Klebs distingue son *genre Microsporon !*

Il est difficile de comprendre comment des naturalistes ont *fondé des genres* (c'est le terme consacré) sur le plus ou le moins de grosseur d'une cellule microscopique, et il semble qu'il suffise d'énoncer clairement un tel procédé scientifique pour le faire aussitôt juger.

Les *Micrococcus*, parmi lesquels il faut comprendre la Bactéridie punctiforme de Davaine, paraissent tantôt privés, tantôt doués de mouvement spontanés. Cette distinction serait scientifiquement insuffisante pour distinguer un genre; on a vu plus haut qu'elle ne suffit pas pour caractériser le genre *Bacteridium*.

2° Les corpuscules sphériques qui constituaient, au temps des premières recherches de Davaine, la Bactérie punctiforme, ont deux modes de développement. C'est une étrangeté apparente qui sera expliquée plus loin. Toujours

---

avec ses confrères l'obligent à bien peser); qu'il a un *encaisseur* attitré, chargé de présenter les notes aux clients, en se conformant à de certaines règles, et, s'il y a lieu, de poursuivre sur procuration. Si les choses en étaient restées là, l'Association générale des médecins de France n'aurait pas déjà éprouvé une vive satisfaction. Mais les syndicats se sont occupés successivement de l'ensemble des questions qui touchent aux devoirs publics et privés et à tous les intérêts matériels et moraux des médecins; à telle enseigne que c'est par leur impulsion et sous leurs auspices qu'un projet de loi sur la médecine a été porté récemment devant la Chambre des députés. Et alors, c'est l'Association générale qui n'est pas contente ! Au fond, il est certain que son prestige peut souffrir de tant d'agitation et de tant d'indépendance dans un domaine qu'elle se flattait d'avoir conquis. Mais, dans un temps de *possibilisme* et d'*opportunisme*, il faut voir les choses par le côté pratique. Que peut-on contre ce mouvement? L'Association dit aux syndicats : Tout ce que vous voulez, je le veux; tout ce que vous faites, je le puis. Exercice illégal de la médecine, déontologie, honoraires, tout cela est de mon ressort. Mais d'abord, l'association ne tient sous son sceptre guère plus de la moitié des médecins de France. Pourquoi? Je ne veux le rechercher en ce moment; mais je constate que les dissidents, qui ont eu leurs raisons pour ne pas entrer dans l'association, en auront aussi (et ce seront peut-être les mêmes) pour continuer à organiser des syndicats en France. Cette action partout présente, partout active, partout topique des médecins syndiqués, est-il certain qu'elle puisse être remplacée, à moins d'un grand changement dans les statuts, par celle de ce grand et tranquille mécanisme lequel a été construit, il faut le reconnaître, pour un autre but, pour un but à peu près unique : le *secours mutuel*, qui n'est pas le but des syndicats. En somme, cher confrère, il n'y a ici, dans le fait, ni dans l'intention, hostilité des associations syndicales contre l'Association générale, et nombre de médecins font partie de ces deux agglomérations. Je crois, pour ma

d'abord ils grossissent et deviennent ovoïdes, puis les uns se rétrécissent dans leur milieu, s'étranglent et se fragmentent en deux, tandis que les autres épaississent leurs parois, se fendent à une de leurs extrémités, et laissent s'échapper de leur intérieur un contenu destiné à former un nouvel être.

3° Reprenons les premiers. Lorsqu'ils se sont fragmentés, leur ensemble présente l'aspect de deux micrococcus soudés l'un à l'autre. Cela est très commun dans les infusions. C'est là ce que M. Pasteur a nommé microbe en 8 de chiffre, et M. Billroth *Diplococcos*. Ce n'est encore là qu'un état passager et, comme une seconde phase, commune à un grand nombre de Bactériacées. Quand la seconde cellule des *Diplococcos* s'est allongée elle-même, puis de même rétréeie et partagée, il se forme un commencement de *chaînette*, et, les cellules continuant de se former à la suite, on a bientôt ce qui a été nommé *Torula* ou *Bactérie en chaînette*. C'est là le « Micrococcus en chaîne moniliforme » de M. Miquel. Il importe à ce propos de faire remarquer dans les levures, qui sont aujourd'hui des *Saccharomyces* et qui ont été confondues avec les *Torula*, que l'accroissement du chapelet se fait par un bourgeonnement qui le prolonge, au lieu de se faire par la segmentation de la dernière cellule. Le procédé physiologique est tout différent.

4° Dans des cas différents du précédent, le corpuscule sphérique, en se fragmentant dès le début, se rétrécit par quatre échancrures aux extrémités de deux diamètres réciproquement perpendiculaires. Il en résulte quatre cellules plus ou moins nettement distinctes, et dont chacune, par les progrès du développement, se fend encore en quatre. Tel est le principe des formes nommées *Merismopœdia* par Meyen et *Sarcina* par Goodsir. Cette faculté de se diviser par fragmentation, et d'où résultent des agglomérations linéaires, en chaînette ou chapelet, ou des agglomérations tabulaires (*Merismopœdia*), ou des agglomérations sphéroïdales à arrangement quaternaire (*Sarcina*), sont de beaux exemples de la faculté de scissiparité. Il importe d'ajouter que le *Merismopœdia* et les genres analogues sont, depuis longtemps, classés parmi les Algues dans la famille des Palmellées, et que cela tend à rapprocher singulièrement nos Schizophytes de la classe des Algues.

5° Reprenons maintenant, pour les mieux considérer, ces corpuscules qui, avant de germer, épaississent leurs parois, puis se fendent à une de leurs extrémités pour laisser échapper leur contenu. Ce contenu est entouré d'une membrane allongée; il est vivace, mobile, cylindrique et plus ou moins large, relativement à sa longueur. S'il est relativement court et épais, il porte actuellement le nom de *Bacterium* à proprement parler; s'il est relativement allongé et mince, le nom de *Bacillus*. Voilà encore une nouvelle phase des Schizophytes, phase qui a reçu deux noms génériques différents pour des caractères de grosseur relative. Ces deux noms génériques ne sont pas, du reste, acceptés par tout le monde, et M. Zopf raye impitoyablement de la nomenclature le nom de *Bacillus* pour lui substituer partout celui de *Bacterium*. C'est toujours un nom de moins, et, par conséquent un léger allègement, nous pourrions dire un progrès.

C'est sous l'état de *Bacterium* que les Schizophytes se présentent le plus souvent dans les infusions, où ils se meuvent avec une grande rapidité quand ils y trouvent certains principes en quantité suffisante, notamment l'oxygène. Ils pourraient alors être comparés à une fourmilière pour la confusion de leur activité. Tantôt ils s'avancent en nageant, puis reculent sans se retourner, ou bien décrivent des lignes circulaires; tantôt ils s'avancent vivement comme un trait, tantôt ils tournent sur eux-mêmes, comme une toupie; parfois ils se reposent longtemps, pour partir comme l'éclair. Les longs Bactériens en baguette mince (les Bacilles) tordent leur corps en nageant, tantôt avec lenteur, tantôt avec adresse et agilité, comme s'ils essayaient de se frayer un chemin à travers des obstacles. Après le repos, la petite baguette se met à osciller, puis nage brusquement en arrière pour s'élancer de nouveau quelques instants après. Tous ces mouvements sont accompagnés d'un second mouvement analogue à celui d'une vis qui se meut dans un écrou. C'est à cause de cette mobilité qu'on a jadis rangé les Schizophytes parmi les infusoires; mais cette mobilité est la même dans les corps reproducteurs de toutes les Algues zoosporées. On connaît les cils nageurs de ces zoospores; on en a observé d'analogues à l'extrémité du corps des *Bacterium*, dont ils semblent faciliter les mouvements (Cohn). Pour en faire comprendre la formation, il nous faut d'abord exposer la multiplication des *Bacterium*.

6° Ces corpuscules se multiplient par cloisonnement. Il en résulte des articles qui parfois se séparent bientôt, comme dans le *Bacterium subtile* (le *Bacillus subtilis* d'Ehrenberg, la Bactérie des infusions de foin, le *Heupilz* ou *Hay-Bacterium*), parfois demeurent unis en longs filaments, comme dans la Bactérie charbonneuse (l'ancienne *Bactéridie* de Davaine, nommée *Bacterium Anthracis* par M. Zopf, *Ba-*

part, que l'œuvre entreprise par notre confrère de la presse vivra et se développera, quoi qu'on fasse; que notre grande association sera refoulée peu à peu dans les limites d'une société de secours; qu'elle agira sagement en tâchant de faire bon ménage avec les syndicats, et que les médecins syndiqués qui ne font pas encore partie de l'Association générale feront bien de s'y affilier au plus vite... Ainsi soit-il!

Parmi les points de vue que je viens de signaler, il en est un qui nous intéresse tous d'ailleurs. Que de fois, n'est-il pas vrai, n'avons-nous pas réfléchi à l'utilité qu'aurait un *Conseil de discipline*, une sorte de comité déontologique chargé de statuer sur toutes les infractions que se permettent parfois certains membres du corps médical? Ne serait-il pas bien nécessaire de pouvoir rappeler à l'observation des règles professionnelles ceux qui s'en écartent et exclure des réunions confraternelles ceux qui ont manqué à leur serment hippocratique? Les syndicats médicaux pourraient certainement concourir avec plus d'ardeur à ce but. Dans les réunions où la solidarité professionnelle tient une si grande place, on ne manquerait certainement pas de rappeler à l'ordre ceux qui s'en écartent et de rehausser ainsi le niveau de la profession en rendant plus difficiles des écarts que chacun condamne tout bas, mais que personne ne songe à signaler publiquement, si même, par une conception particulière de la dignité médicale, on ne croit pas devoir les couvrir d'un voile discret.

J'aurais bien aussi à signaler certaines tendances des syndicats qui ont paru se mettre en travers de projets d'organisation de police sanitaire, dont les avantages, sinon immédiats, du moins éloignés, ne sont pas douteux pour la profession médicale; mais je n'oublie pas que cette nouvelle institution en est encore à la période révolutionnaire; le temps de la sagesse viendra bien quelque jour, et, si l'occasion s'en présente, je tâcherai de l'y aider.

Après la création des *syndicats*, qui ont pris une extension considérable et qui, dans quelques provinces, aussi bien dans

cillus Anthracis par M. Colin, et, à son exemple, par tous les expérimentateurs contemporains. Quoi qu'il en soit, le mode de cloisonnement est le même. La cloison transversale qui divise le bâtonnet en deux ne tarde pas à gélifier sa membrane moyenne (41), qui se gonfle et sépare les deux articles, en venant rejoindre la gaine extérieure. A la longue, ce disque gélatineux interposé se distend de plus en plus, puis se raréfie; les deux cellules tendent alors à s'isoler l'une de l'autre, et les restes du disque, progressivement étiré, constituent un ou plusieurs filaments adhérents à la queue de l'article libéré. Quand le fil se rompt au voisinage immédiat de l'article, celui-ci se trouve privé de toute espèce d'appendice. Il semble probable que cet appendice se comporte d'une manière analogue aux cils vibratiles des zoospores de diverses familles cryptogamiques, d'autant plus que ces prolongements ont été signalés nombre de fois sur les Bactériens. Cependant, d'après M. Warming, on rencontre des exemplaires dont le corps se tient immobile pendant que le cil s'agite violemment, et d'autres dont le corps se meut, tandis que les cils restent inertes ou traînent par derrière (42). M. Van Tieghem assure que des articles de Bactéries, pourvus d'un mouvement très actif, se sont montrés, après dessiccation, entièrement dépourvus de prolongement terminal. Il fait remarquer que le prolongement, quand il existe, offre aux réactifs seulement les caractères de la gélatine, et il croit que les mouvements de la Bactérie sont uniquement dus à la contraction de la substance protoplasmique de son corps.

7° Les *Bacterium* dont nous venons de considérer la scissiparité, ont encore un autre moyen de se multiplier, la reproduction par le moyen de spores. Pour former ces corps propagateurs, on voit les *Bacterium* grossir sensiblement en devenant le siège de transformations chimiques intérieures (43). Ce grossissement s'opère de quatre manières différentes, avec des formes intermédiaires; tantôt il a lieu uniformément dans toute la longueur de l'article, qui demeure cylindrique; tantôt il se localise soit à l'une des extrémités de l'article qui se renfle en têtard, soit au milieu de l'article qui se renfle en fuseau, soit encore à chacune de ses extrémités. Dans une période d'organisation ultérieure, le protoplasma se rassemble dans le point où doit se former une spore sphérique ou ovoïde, homogène, très réfringente, à contour sombre, laquelle est mise en liberté par la dissolution de la membrane. Si l'article est cylindrique, la spore naîtra sur un point quelconque de son étendue. S'il est fusiforme, c'est dans son milieu; s'il est renflé à une ou à deux extrémités, c'est à l'une seule ou bien même à chacune des deux extrémités qu'il apparaît une spore. Ces différences se rencontrent dans la même espèce. Chose singulière, cette phase, qui n'est que l'état reproducteur commun à plusieurs espèces, a reçu des naturalistes divers noms génériques et spécifiques. M. Béchamp, dont nous ne contestons ici que certaines interprétations, tout en rendant justice au talent du micrographe, M. Béchamp, qui dit ne pas connaître les spores des Schizomycètes, les a certainement observées, car ce qu'il nomme la *Bactérie à point brillant* ou *à tête*, est une Bactérie en train de constituer une spore à l'une de ses extrémités. C'est encore là le *Bacterium capitatum* de Davaine, l'Hélobactérie de M. Billroth. L'état fusiforme est le *Bacterium fusiforme* de M. Warming (44). L'état biclaviforme, fournissant une spore à chaque extrémité, a été nommé *Dispora* par M. Ed. Kern (45). M. Trécul avait jadis, dans le commencement de ces études, et alors que l'on n'était pas fixé sur la variabilité des Bactéries, distingué trois genres : *Amylobacter* vrai, en cylindre; *Clostridium*, en fuseau; *Urocephalum*, en têtard (46). On pourrait encore citer d'autres *créations* de même valeur.

8° A ces deux modes de reproduction, on pourrait encore en joindre un autre qui n'a pas été suffisamment distingué par les auteurs. M. Zopf en figure un exemple très curieux, fourni par le *Bacterium* qu'il nomme *merismopœdioides*, et qu'il a observé dans la dilution faite avec une boue fétide. La première chaînette d'articles sphéroïdaux engendre bientôt (par fragmentation) des articles courts de *Bacterium* auxquels succèdent des articles longs et grêles de *Bacillus*, puis a lieu la gradation inverse, et l'être se termine par des articles sphéroïdaux qui se détachent et sont susceptibles d'une évolution nouvelle. Dans ce cas, les nouveaux germes ne sont pas des produits endogènes; ce sont comme des bourgeons mobiles, des conidies, suivant la nomenclature actuellement en usage dans la botanique cryptogamique. Ce

(41) Van Tieghem, *Bulletin de la Société botanique de France*, 1879, t. XXVI, p. 39.

(42) Warming, *Om nogle ved Danmarks Kyster levende Bakterier* (in *Videnskabelige Meddelelser*). Copenhague, 1876, p. 31 du tirage à part.

(43) Van Tieghem, *Bulletin de la Société botanique de France*, 1877, t. XXIV, p. 129.

(44) *Op. cit.*, pl. VIII, fig. 8.

(45) *Ueber ein neues Milchferment aus dem Kaukasus*, in *Bulletin de la Société des naturalistes de Moscou*, 1881, n° 3, p. 141-173.

(46) *Comptes rendus*, t. LXI, p. 156 et 436; t. LXV, p. 513.

---

la Gironde que dans la Seine-Inférieure, réunissent à peu près tous les médecins, est venu, comme je vous l'ai dit plus haut, le projet *de revision de la législation qui régit l'exercice de la profession médicale*. Nous aurons à revenir avec détails sur ce projet de loi dont la commission d'initiative de la Chambre des députés vient de voter la prise en considération et qui est signé par le docteur Chevandier (de la Drôme). Le projet qui sera soumis — un jour ou l'autre — aux délibérations de la Chambre, n'est autre que celui qu'avait longuement étudié dans les colonnes du *Concours médical* un de ses collaborateurs les plus actifs, le docteur Geoffroy.

Vient ensuite un projet qui intéresse surtout ceux des médecins qui n'ont pas trouvé, dans l'exercice de leur profession, la récompense de leurs fatigues. Je veux parler de la création d'une *caisse de pensions de retraites pour le corps médical français*. L'Association générale des médecins de France est, vous ai-je dit, une simple Société de secours mutuels, qui réalise tout le bien dont elle est capable, mais qui ne peut encore offrir à ceux qu'elle soulage que des pensions très modiques. Grâce à une excellente administration des fonds dont elle dispose, grâce aux dons qu'elle reçoit, aux économies qu'elle réalise, au nombre relativement considérable de ses adhérents, l'Association générale arrivera, j'en ai l'intime conviction, à augmenter le chiffre de ces pensions; dans un avenir qu'il faut souhaiter aussi prochain que possible, celles-ci, qui ne dépassent guère 500 ou 600 francs, arriveront très probablement à atteindre 1000 ou 1200 francs. Alors elles seront efficaces. Mais, se sont dit quelques médecins, et à leur tête notre très honorable confrère le docteur Lande (de Bordeaux), ces pensions sont toujours des aumônes. Il faut au médecin arrivé à l'âge de soixante ans, la certitude d'obtenir une retraite, quelle que soit d'ailleurs sa situation personnelle. S'il y renonce volontairement, l'abandon de la retraite à laquelle il aura droit ira grossir le fonds social de l'Association et augmenter le taux de la pension de ses confrères; mais ceux-ci

sont là les corpuscules sphéroïdaux qui s'étrangleront pour constituer des *Torula* ou des *Merismopœdia*, tandis que les véritables spores endogènes se videront par une véritable germination, pour donner naissance à un nouvel être.

9° Les chapelets formés de Bacilles allongés et rectilignes ont reçu de l'usage le nom de *Leptothrix*. Nous devons faire observer que l'usage est un peu abusif. En effet, le genre *Leptothrix*, de Kützing, est un genre d'Algues dans lequel les articulations des filaments consécutifs sont indistinctes, et qui, après exclusion de certaines espèces (47), pourrait bien se trouver assez éloigné des Schizophytes. Ce genre a été établi pour des Algues qui vivent dans les eaux stagnantes et même dans les eaux de la mer, et y croissent parasites sur d'autres végétaux; notamment sur d'autres Algues. Il est probable que le Bacille rameux figuré par M. Miquel, p. 116 de son beau livre sur *les organismes vivants de l'atmosphère*, appartient au genre *Leptothrix*. Il est possible encore que le *Leptothrix buccalis*, si bien décrit par M. Ch. Robin (48), appartienne réellement au genre de Kützing; mais il faut faire observer que la matière blanchâtre qui s'accumule dans les interstices des dents, et au milieu de laquelle croît le *Leptothrix*, renferme un grand nombre de formes de Schizophytes, comme l'avait le premier reconnu M. Robin lui-même, et comme l'ont constaté plus récemment M. Rudolf Arndt (49) et M. W. Miller (50), lequel croit que le *Leptothrix buccalis* n'est qu'une forme variable alliée aux autres Bactériacées. Ajoutons que, selon cet auteur, ces parasites jouent, dans la carie dentaire, un rôle d'autant plus important à connaître qu'il serait facile de le neutraliser.

10° Le tube émis par la spore germante des Bactériacées, au lieu de s'allonger en droite ligne, pour former le premier article d'un *Bacterium*, s'infléchit parfois sur une ligne ondulée; on a alors l'état de *Vibrio*. D'autres fois, il se contourne en plusieurs tours de spire : c'est la forme dite *Spirillum*. Chaque Spirille isolé fait généralement deux à quatre tours de spire. Dès qu'il s'est allongé assez pour former quatre tours, il se divise en effet au milieu; avant de se séparer, les deux moitiés s'inclinent souvent l'une vers l'autre autour de la charnière médiane, jusqu'à devenir presque parallèles et à s'enchevêtrer en forme de caducée (51), c'est-à-dire de *Spirulina*. La formation des spores a été constatée par M. Van Tieghem sur un *Spirillum*, où elle s'opère de même que chez un *Bacterium*. Si le *Spirillum* a deux tours, il se montre nettement pourvu d'une cloison en son milieu, et chacune des deux cellules constitutives renferme une spore sous sa mince membrane. Si le *Spirillum* n'a qu'un tour, il est sans cloison, et son unique cellule n'a qu'une spore. Le type de *Spirillum* est parfois difficile à observer. En tournant rapidement autour de son axe, il produit une singulière illusion; on croirait qu'il serpente comme l'anguille, bien qu'il soit complètement rigide.

11° Le type des *Spirochæte*, à tours de spire multipliés, diffère du précédent parce que ses tours de spire sont flexibles au lieu d'être rigides.

12° Tous les types que nous venons d'étudier, et dont plusieurs ne méritent en aucune façon le nom de genres, ont une propriété commune, celle de s'agglomérer à certains moments de leur vie. Ordinairement, les Bactéries filiformes ou spiralées forment, en se réunissant ainsi, des *essaims* libres dans le liquide environnant, et figurant des colonnettes rameuses où fourmillent ces microphytes animés. Les Bactéries globuleuses, soit isolées, soit en chaînette, soit en construction tabulaire ou sphéroïdale, quand elles s'agglomèrent, sécrètent ordinairement une substance glaireuse, au milieu de laquelle elles se multiplient rapidement (52). Il en résulte des amas gélatineux d'une observation difficile. Ce sont là les *Gliacoccos* de M. Billroth, qu'on nomme plus généralement *Zooglœa* avec M. Cohn, lequel a cru d'abord que cette forme constituait réellement un genre particulier (53). Quand la substance glaireuse est formée de couches emboîtées l'une dans l'autre, on lui donne le nom de *Glœocapsa;* quand plusieurs *Zooglœa* sont, à leur tour, enfermées dans une enveloppe, le nom d'*Ascococcus*. Dans le cas rare où des baguettes spiralées s'entourent d'une

(47) Ce que Kutzing a décrit comme *Leptothrix parasitica* est une des formes du *Cladothrix dichotoma*. Cohn.

(48) *Histoire naturelle des végétaux parasites*, p. 345 et suiv.

(49) In *Archiv für pathologischen Anatomie und Physiologie* de Virchow, t. LXXIX, 1880, p. 76.

(50) *Die Einfluss der Microorganismen auf die Caries der menschlichen Zähne*, in *Archiv für experimentelle Pathologie*, t. XVI, 1882.

(51) Van Tieghem, *Bulletin de la Société botanique de France*, 1879, t. XXVI, p. 66.

(52) Trécul, *Comptes rendus*, t. LXV, p. 513.

(53) *Ueber die Entwickelungsgeschichte mikroskopischen Algen*, etc.

(54) Voy. Magnin, *Les Bactéries* (thèse pour l'agrégation en 1878), p. 11.

(55) Zopf, p. 6. Voy. d'ailleurs sur ce point particulier un travail spécial du même auteur : *Ueber die genetischen Zusammenhang der Spaltpilzformen*, in *Sitzungsberichte der Berliner Akademie der Wissenschaften*, mars 1881.

(56) On trouvera à ce sujet plusieurs notes de M. Engelmann, dans le *Botanische Zeitung* pour 1882.

n'auront pas à tendre la main ni à rougir d'une subvention qui sera toujours *de droit*. Partant de cette idée, le docteur Lande, encouragé par le directeur du *Concours médical*, vient de rédiger un projet de statuts qui méritent certainement de vous intéresser. La caisse des pensions de droit comprendrait les docteurs en médecine et les officiers de santé légalement admis à exercer leur profession en France; elle serait gérée par un comité directeur sous la surveillance d'un conseil de censeurs. Le mandat des membres de ces deux collèges serait gratuit (il ne leur serait alloué que des indemnités de déplacement et des frais de bureau). Les attributions des directeurs et des censeurs sont très bien comprises et très nettement précisées. Il en est de même des attributions du comité directeur et du conseil des censeurs, réunis pour constituer le conseil général de l'œuvre et des questions relatives à la comptabilité et au contrôle. Mais lorsqu'on arrive au chapitre IV du projet que nous avons sous les yeux, bien des objections se présentent et nous ne doutons pas que, dans l'assemblée qui aura à discuter ce projet, plus d'une modification n'y soit apportée. Je me contenterai pour le moment de soumettre à mon excellent confrère le docteur Lande quelques réflexions au sujet des chiffres qu'il a établis. Si l'on compare ceux de la caisse de pension de retraite du corps médical français à ceux de la caisse des retraites pour la vieillesse et à ceux des compagnies d'assurances, on arrive aux résultats suivants :

(Voir les tableaux à la page suivante.)

Il me semble résulter de ces tableaux que la prime de la caisse du Corps médical est, à partir de vingt-huit ans, beaucoup plus faible que les primes de la caisse des retraites pour la vieillesse et des compagnies d'assurances, et qu'elle s'abaisse jusqu'à 53 pour 100 de la prime de la caisse des retraites et jusqu'à 44 pour 100 de la prime des compagnies d'assurances. Or les discussions du Parlement ont suffisamment établi les pertes qu'éprouve la caisse des retraites pour la vieillesse par suite de l'insuffisance de son

enveloppe gélatineuse, on a le *Myconostoc* de M. Van Tieghem, etc.

Eug. Fournier.

(*A suivre.*)

P. S. — Dans notre article précédent, page 72, en attribuant à M. Koch la gloire de la découverte précise des spores des Bactériens, nous avons commis envers M. Pasteur une injustice involontaire. L'illustre maître, en effet, a eu plusieurs fois l'occasion de s'exprimer sur l'existence et la nature de ces spores, avec une grande précision, aux pages 168, 228, 256 du tome Ier de son ouvrage si connu sur les maladies des vers à soie.

A la page 168 on lit : « ... J'ai joint une planche représentant les vibrions de la flacherie sous leurs deux modes de reproduction, par scission et par noyaux intérieurs, noyaux rappelant les corpuscules de la pébrine et un peu leur éclat, ainsi que la résorption graduelle de la matière du vibrion entourant le noyau brillant. » On peut voir cette planche à la page 228 de son ouvrage. A la page 256, il est prouvé expérimentalement que les vibrions sortent tout formés, adultes, des corpuscules brillants, comme un kolpode de son kyste, avec la seule différence qui peut résulter entre des corps les uns mobiles, les autres immobiles. Enfin M. Pasteur a montré que la vitalité des corpuscules-germes des vibrions se conserve, pendant plusieurs années, après la dessiccation et la réduction en poussière de ces germes.

Ainsi qu'il l'a dit dans le numéro de la *Revue scientifique* du 20 janvier 1883, la planche de la page 228 de son ouvrage de 1870 aurait pu figurer utilement dans le mémoire du docteur Koch, de 1876, sur le bacille du charbon et ses spores.

Ces citations suffisent pour établir l'erreur des physiologistes français qui ont attribué la découverte des spores des Bactériens au médecin de Breslau, lequel, croyons-nous, n'a d'ailleurs jamais élevé aucune réclamation de priorité en ce qui concerne la découverte du rôle physiologique des corpuscules-germes.

E. F.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie pathologique.

De la culture artificielle du vaccin, par M. C. Quist, à Helsingfors (Finlande).

C'est un fait connu qu'on a souvent déjà constaté dans le vaccin la présence d'organismes d'une extrême petitesse et tous de forme sphérique (micrococcus), auxquels on donne ordinairement un diamètre d'environ 5 millièmes de millimètre. Outre ces microbes, j'ai trouvé des bacilles, qui toutefois ne peuvent guère être considérés que comme une des formes du développement ultérieur des micrococcus. J'ai trouvé d'autres formes encore dans du vaccin conservé longtemps, mais je les considère aussi comme appartenant au cycle de transformation des microbes du vaccin.

Quant à la culture artificielle des micro-organismes qui déterminent l'action spécifique du vaccin, elle n'a pas, que je sache, été effectuée jusqu'ici, du moins pas de manière à aboutir à la reproduction et à la multiplication du principe actif. C'est pour cette raison que je désire faire part ici de quelques résultats positifs auxquels je suis arrivé dans ces derniers temps.

Pour pouvoir reproduire les bactéries du vaccin en dehors du corps animal, selon mes expériences deux conditions sont nécessaires : le libre accès de l'oxygène ou de l'air atmosphérique, et un liquide nourricier approprié. Les essais faits par moi et que je rapporterai plus loin fournissent la preuve que cette culture réussit dans ces conditions. Mais d'abord je voudrais dire quelques mots de ces conditions mêmes, de quelques autres circonstances qui influent sur les résultats, et enfin des appareils, très simples du reste, dont je me suis servi.

Sans oxygène il n'y a pas de développement possible des organismes du vaccin. Dans des tubes capillaires complètement remplis et bien fermés des deux bouts, les microbes périssent beaucoup plus vite que dans des tubes d'un peu plus grand diamètre et non bouchés, tout au contraire de l'opinion la plus répandue sur la conservation du vaccin. D'autre part, d'après mes observations, ces organismes, conservés dans des tubes ouverts, parcourent une série d'états qui diffèrent à bien des égards de leur développement dans le corps animal. Ainsi donc le microbe du vaccin est avant tout un *aérobium*. Sans doute il trouve dans le tissu cutané une quantité suffisante d'oxygène, mais cette condition de son existence est encore mieux réalisée en dehors de l'organisme animal. Certaines substances poreuses, par exemple une éponge fine, humectée, mais non complètement imbibée, d'une solution nourricière convenable, constituent un terrain favorable pour la culture de ces bactéries. Mais on trouvera

1° Prime annuelle à payer pour jouir d'une rente de 1200 francs à l'âge de soixante ans :

AGES.	PRIMES D'APRÈS		
	La caisse du corps médical français.	La caisse de retraites pour la vieillesse.	Les compagnies d'assurances.
	fr. c.	fr. c.	fr. c.
28 ans....	111 50	113 95	132 60
30 ans....	120 50	130 60	175 68
40 ans....	193 »	277 90	358 20
50 ans....	421 50	785 55	964 10

2° Rente accordée à l'âge de soixante ans pour le payement d'une prime annuelle de 100 francs :

AGES.	PRIMES D'APRÈS		
	La caisse du corps médical français.	La caisse de retraites pour la vieillesse.	Les compagnies d'assurances.
	fr. c.	fr. c.	fr. c.
28 ans....	1076 »	1053 20	776 40
30 ans....	996 »	918 90	683 »
40 ans....	620 40	431 80	335 »
50 ans....	285 60	152 50	124 45

plus d'avantages, eu égard surtout au but pratique de la multiplication, à l'effectuer à la surface du liquide même, versé dans un réceptacle à fond plat, un verre de montre par exemple.

Dans les liquides nourriciers — car j'ai employé des solutions, jamais des substances solides — l'élément essentiel est l'albumine. J'ai employé soit le sérum de sang, soit du blanc d'œuf à l'état fluide; mais les éléments minéraux entrant dans la substance de l'albumine, avec de l'ammoniaque et un acide organique, devaient pouvoir remplacer le sérum ou le blanc d'œuf : des expériences ultérieures sont nécessaires pour décider ce point. De plus j'ai toujours ajouté aux solutions employées une certaine quantité de glycérine, non pas que la glycérine y joue un grand rôle comme substance nutritive, mais parce que sans elle le liquide s'évapore si rapidement, qu'il est impossible d'éviter la dessiccation. Les microbes du vaccin supportent une assez grande quantité de glycérine, beaucoup plus grande que plusieurs autres micro-organismes, les mucédinées en particulier. Cela seul serait une indication pour l'emploi d'une grande proportion de glycérine, puisque le danger de moisissure se trouve par là presque absolument écarté. Une garantie de plus à cet égard est fournie par le réactif alcalin qu'il faut ajouter au liquide nourricier, car, comme la plupart des autres bactéries, et au contraire des mucédinées, celle du vaccin préfère un substratum alcalin. Quelquefois encore j'ai ajouté une substance mucilagineuse, sans pourtant pouvoir en soutenir la nécessité. — Voici la composition de quelques solutions nourricières que j'ai employées. Toutes, au moins les quatre premières, ont donné des résultats certains, mais je ne prétends nullement qu'on ne puisse trouver une composition meilleure, peut-être plus simple.

1°	Sérum de sang de bœuf...	1	partie.
	Glycérine...............	1	—
	Eau distillée............	1	—
	Carbonate de potasse......	1/900	—
2°	Sérum de sang de bœuf....	2	—
	Glycérine...............	1	—
	Eau distillée............	2	—
	Carbonate de potasse......	1/400	—
3°	Blanc d'œuf.............	1	—
	Glycérine...............	1	—
	Décoction de racine d'althæa.	4	—
	Carbonate de potasse......	1/150	—
4°	Blanc d'œuf	1	—
	Mucilage de gomme arabique.	6	—
	Carbonate de potasse......	1/60	—
5°	Tartrate d'ammoniaque....	1	—
	Carbonate de potasse......	1/5	—
	Phosphate de potasse......	1/10	—
	Sulfate de magnésie.......	1/50	—
	Chlorure de chaux........	1/100	—
	Eau distillée............	100	—
	Glycérine...............	30	—

La stérilisation nécessaire des solutions nourricières a été effectuée en les chauffant et les maintenant pendant une demi-heure, trois jours de suite, à une température de 60 degrés Cels. Ce procédé est pleinement effectif, comme le prouve un échantillon de sérum qui, à l'heure qu'il est, c'est-à-dire trois mois après y avoir été soumis, ne contient pas trace de bactéries. Les autres objets dont je me suis servi ont été stérilisés, selon leur nature, soit par le même procédé, soit par le chauffage au rouge.

La température ordinaire de l'air en été, 19 à 21 degrés Cels, et celles des chambres en hiver, 18 à 20 degrés Cels, s'étant montré suffisante, je n'ai pas essayé des températures plus élevées.

Comme semence j'ai employé du vaccin soit frais, soit de date moins récente, dont j'ai en même temps éprouvé l'efficacité. On place dans la solution nourricière un fragment d'éponge stérilisée, imbibée d'une petite goutte de vaccin. Il vaut mieux se servir de semence à l'état solide, telle que la fournit la couche épidémique de la pustule du vaccin. Cet épiderme en lui-même et sans qu'aucune portion de la lymphe séreuse de la pustule y reste attachée, contient du virus-vaccin à un haut degré. Du troisième au dixième jour, c'est-à-dire avant le dessèchement de la pustule, on la nettoie avec soin ainsi que ses environs immédiats, puis on enlève un fragment de son épiderme, amolli et un peu épaissi à cette époque, qu'on lave encore à l'eau ; après quoi on le dépose immédiatement ou au bout d'un ou deux jours dans le verre destiné à la culture. Cette semence solide ne m'a jamais donné que de bons résultats. Elle a, de plus, pour la force probante des expériences, l'avantage sur le vaccin fluide, qu'elle exclut la possibilité qui existe incontestablement pour celui-ci de se répandre à la surface ou dans la masse du liquide nourricier.

Les appareils sont aussi simples que possible : des verres de montre à fond plat, de 3 à 4 centimètres de diamètre, ou bien des tubes courts de 1 à 1 1/2 centimètre de diamètre transversal. Il faut préférer les verres de montre si l'on veut transformer en peu de temps une grande quantité de solution nourricière en vaccin actif, les tubes, au contraire, s'il s'agit d'obtenir une culture plus durable, mais qui ne doive pas fournir une aussi grande quantité de virus à la fois. Les verres sont glacés à découvert sous une cloche de verre, à l'intérieur de laquelle on a soin de maintenir une humidité suffisante. Quant aux tubes, on les ferme par un bouchon

---

tarif. Il est notoire également que les compagnies d'assurances ont un tarif à peine suffisant et que ces compagnies éprouveraient des pertes considérables si elles ne trouvaient le moyen de placer leurs fonds en immeubles, à des taux beaucoup plus élevés que le taux d'intérêt de la rente sur l'Etat et des obligations de chemins de fer. La conséquence forcée de cette situation est que la caisse du corps médical s'exposerait à perdre jusqu'à 66 pour 100 des retraites qu'elle servirait, si elle ne garantissait qu'une simple rente aux médecins assurés. Mais de plus on propose de garantir des secours aux médecins infirmes et des rentes de survie aux veuves des médecins. Il paraît dès lors plus difficile encore d'arriver au résultat désiré. J'appelle donc sur ces chiffres toute l'attention du comité qui sera chargé de discuter le projet de M. le docteur Lande. Je lui préfère d'ailleurs de beaucoup celui que le *Concours médical* a depuis longtemps recommandé à ses adhérents et qui consiste dans l'assurance en cas de décès, faite au profit de la veuve et des enfants du médecin. C'est une question d'un ordre différent, j'en conviens ; mais elle me tient à cœur et j'y reviendrai un jour ou l'autre.

Je n'en ai pas fini d'ailleurs avec l'énumération des institutions qui dépendent du *Concours médical*. Il s'occupe encore de pourvoir aux clientèles vacantes, d'assurer le remplacement temporaire des médecins momentanément empêchés. Il va même — et en cela il va bien loin, car il marche, l'audacieux, sur les brisées de l'Association générale — jusqu'à secourir ceux de ses adhérents qui sont malades et nécessiteux. Il vient d'étudier à Paris et d'organiser, avec l'assistance du docteur L. Duchesne, un bureau de nourrices qui pourra être un bureau modèle. Il fournit du vaccin de génisse à tous les adhérents et il le leur livre à des conditions très avantageuses, tout en obtenant en même temps pour sa caisse des subventions encore respectables, etc., etc. Mais je vous entends, cher confrère. Quelle est cette fantasmagorie, vous écriez-vous ? Comment la *Gazette* ne pense-t-elle pas que cet organe de pu-

de liège stérilisé en le faisant bouillir dans de la paraffine, et sur un des côtés duquel on a ménagé une petite ouverture pour l'air.

Il est facile de suivre le processus de développement, surtout pour les cultures dans des verres de montre. Déjà au bout de quelques jours, toute la surface du liquide se montre active à l'inoculation. Après huit à dix jours, on voit même sans l'aide du microscope, surtout à un éclairage oblique, la surface couverte dans toute son étendue comme de fines écailles, qui cependant ne forment pas une couche cohérente, mais sont plutôt isolées. Un peu plus tard on voit se former au-dessous d'elles une poussière grise, très fine, qui forme peu à peu un dépôt au fond du verre. Mais comme nous l'avons dit, le liquide est actif bien avant ces changements à l'œil nu. Et j'ajouterai que si on le recueille à ce moment dans des tubes capillaires pour le conserver, le liquide est tout à fait clair, transparent, et, selon la solution employée, incolore ou légèrement teinté de jaune.

Examiné au microscope, ce liquide, soit parfaitement clair, soit déjà troublé, ne présente que des micrococcus de la plus petite dimension. Les écailles, visibles à la surface, ou la poussière déposée au fond sont constituées par des essaims de ces micrococcus en nombre incalculable.

Voici maintenant, à l'appui de ce que j'ai dit de cette culture artificielle du vaccin et de ses conditions, le récit de quelques-unes de mes expériences de culture et d'inoculation.

1er *essai.* — Au milieu d'un verre de montre de 3 centimètres de diamètre rempli de la solution n° 1, je plaçai, le 27 octobre, un petit fragment d'épiderme pris la veille sur une pustule de huit jours, après quoi je mis le verre de montre sous une cloche de verre, à l'abri de tout ébranlement. Le 30 octobre j'inoculai, au moyen de quatre piqûres, dans le bras d'un enfant, du liquide pris à la surface à 1 centimètre de l'endroit où la semence avait été insérée. Le 6 novembre, je constatais quatre pustules de vaccin d'un développement normal.

2e *essai.* — Semblable au précédent, si ce n'est que je pris le liquide à 1 1/2 centimètre du point d'insertion. L'inoculation pratiquée le 30 octobre par quatre piqûres donnait, le 6 novembre, le même résultat complet.

3e *essai.* — Semblable au premier et du même liquide. L'inoculation, pratiquée une semaine plus tard, donna à l'examen, le 12 novembre, le même résultat.

4 *essai.* — Pareil au premier, mais avec la solution n° 3. Inoculation de la même manière que la première fois, le 30 octobre. A l'examen, le 6 novembre, même résultat : quatre pustules bien développées.

5e *essai.* — Semblable au précédent, sauf que le liquide fut pris à 1 1/2 centimètre du point d'insertion. L'inoculation pratiquée le 30 octobre par quatre piqûres donna le même résultat complet.

6e *essai* (contre-épreuve). — Un verre de la grandeur des précédents rempli d'un mélange d'une partie de glycérine et de deux parties d'eau distillée (rendue légèrement alcaline par l'adjonction de carbonate de potasse), ce qui ne constituait pas un liquide nourricier. Insertion d'un morceau d'épiderme de pustule comme dans les essais n°s 1 à 5. Inoculation le 30 octobre de ce liquide pris à la surface près du point d'insertion : quatre piqûres au bras droit d'un enfant Le 6 novembre, je constatai une seule petite pustule, d'un développement retardé, tandis que le bras gauche, où j'avais inoculé en même temps du vaccin ordinaire, avait six pustules normales (ce qui prouve la réceptivité de l'enfant).

7e *essai.* — Répétition, le 6 novembre, de la contre-épreuve précédente avec du liquide pris dans le même verre. L'examen, le 13 novembre, constate le même résultat presque négatif, tandis que des pustules bien développées sur l'autre bras montraient la pleine réceptivité de l'inoculé.

8e *essai.* — Dans un tube de 1 1/4 centimètre de diamètre dont le fond était recouvert jusqu'à 1/2 centimètre de la solution n° 1, je glissai le long d'un des côtés un morceau d'épiderme pris le jour même sur une pustule de huit jours. Je l'en retirai le 17 octobre et je le mis dans un autre tube préparé comme le premier. Le 1er novembre, nouvelle répétition de la même opération. Je pris, le 4 novembre, un peu du liquide du troisième tube, à la surface et sur le bord opposé au point d'insertion. Inoculé par six piqûres dans le bras d'un enfant, ce virus montrait à l'examen, le 11 novembre, 5 pustules bien développées.

9e *essai.* — Une goutte prise le 18 octobre au moyen d'une éponge dans une culture commencée le 2 octobre fut transportée dans un autre tube de la même dimension (1 1/4 centimètre) et dont le fond était également recouvert de la solution n° 1. Le 23 octobre j'inoculai par quatre piqûres du liquide pris dans ce second tube, à la surface, et je constatai, le 30 octobre, quatre pustules normales.

10e *essai.* — Au fond d'un tube de 1 1/2 centimètre, je déposai, le 1er novembre, un morceau d'épiderme pris deux jours auparavant sur une pustule de huit jours, puis je remplis le tube jusqu'à 1/2 centimètre de la solution n° 2. Le liquide pris à la surface le 11 novembre et inoculé par quatre piqûres donna à l'examen, le 18 novembre, trois pustules normales.

11e et 12e *essais.* — Des cultures semblables avec la solution n° 4 donnèrent le 11 novembre, pour une inoculation pratiquée le 4 novembre par quatre piqûres, 3 pustules, et une semaine plus tard, le 18 novembre, quatre pustules, après une inoculation par quatre piqûres, le 11 novembre.

---

blicité, pour vivre et faire le bien qu'on lui prête, doit avoir des ressources cachées, peut-être inavouables? Il me reste à vous éclairer à cet égard et je le fais avec d'autant moins de scrupules que je ne suis ni adhérent ni abonné du *Concours médical.*

En 1879, le docteur A. Cezilly, pensant, non sans raison, que la plupart des organes de la presse médicale se trouvaient : ou bien, en raison de leur légitime succès et du but scientifique qu'ils poursuivaient et du public auquel ils s'adressaient, trop encombrés pour ouvrir leurs colonnes à toutes les communications qui leur seraient adressées sur des sujets exclusivement professionnels par des médecins de province ; ou bien, par suite de leur organisation et des situations qu'occupaient leurs directeurs, suspects à divers médecins, M. Cézilly, dis-je, eut l'idée de fonder un nouveau journal. Celui-ci devait, dans son esprit, servir d'organe à tous les praticiens qui adhéreraient à ses statuts ; discuter, d'accord avec eux, toutes les questions professionnelles que l'Association générale ne pouvait ou ne voulait pas résoudre; devenir en un mot une tribune publique, ou, comme je vous le disais en commençant, le cahier des doléances de tous les praticiens. Pour mieux faire connaître le but qu'il poursuivait et les résultats qu'il espérait obtenir, M. le docteur Cezilly entreprit seul, sans aide et sans appui d'aucune sorte, l'œuvre qu'il espérait mener à bonne fin. Il adressa *gratuitement* à un très grand nombre de médecins le journal qu'il avait fondé à ses frais. Bientôt de nombreuses adhésions lui vinrent de tous les coins de la France. Le nombre des associés du *Concours médical* atteignit très rapidement un chiffre assez élevé, et, dès le 1er juillet 1880, un an à peine après sa fondation, les produits du journal dépassaient ses frais matériels. La combinaison imaginée par son directeur pour arriver à ce résultat mérite considération. Le corps du journal, ce que lisent tous les abonnés, tous les adhérents, ne contient que des articles ou scientifiques ou profes-

13e *essai*. — Je déposai, le 7 novembre, dans un tube de 1 centimètre de diamètre, un fragment d'épiderme pris le jour auparavant sur une pustule de huit jours, après quoi j'y versai de la solution n° 5 jusqu'à la hauteur de 1 centimètre. Du liquide pris à la surface et inoculé le 11 novembre, donna le 18 novembre un résultat complet : quatre pustules sur quatre piqûres.

Ces liquides contenant le virus-vaccin, se sont montrés, à l'essai, tout aussi faciles à conserver que le vaccin ordinaire. Je pris, le 25 octobre, du liquide d'une culture commencée le 18 septembre avec la solution n° 1 et entretenue depuis lors en ajoutant à diverses reprises de la solution nourricière; j'en remplis à moitié un tube capillaire un peu gros; une inoculation pratiquée le 13 novembre avec ce liquide, qui avait été ainsi conservé près de trois semaines dans le tube capillaire, donna pour résultat, le 18 novembre, quatre pustules avec quatre piqûres. Il en fut de même d'un échantillon, pris aussi le 25 octobre, du liquide d'une culture commencée le 2 octobre avec la solution n° 1, et qui avait ainsi gardé intacte sa virulence dans le tube capillaire pendant dix-neuf jours.

Ce ne sera naturellement qu'à la prochaine épidémie de variole qu'on pourra avoir la preuve tout à fait incontestable de la protection donnée par ces inoculations. Le temps a été trop court également pour de nombreuses épreuves de revaccination sur des enfants inoculés avec du vaccin artificiel. Cependant je puis en citer un essai fait par moi.

Un enfant vacciné le 4 novembre exclusivement avec du vaccin artificiel et qui, le 11 novembre, avait cinq pustules bien développées sur six piqûres (voy. le 8e essai), fut revacciné le même jour directement du bras d'un enfant qui avait des pustules de huit jours de vaccin ordinaire. A l'examen, le 18 novembre, je constatai que cette seconde vaccination n'avait pas produit de pustules, mais seulement des élevures insignifiantes, déjà desséchées. Mais c'est justement ainsi que se comporte une revaccination ordinaire pratiquée huit jours après la première. Ce n'est qu'au bout de deux semaines qu'une revaccination donne des résultats tout à fait négatifs.

CORRESPONDANCE

Physiologie de la locomotion.

A MONSIEUR LE PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

II

Revenons maintenant sur nos pas pour mettre sous les yeux de notre ami M. Gariel, quelques réflexions relativement à certains points de fait, touchés dans cette description et qu'il n'envisage peut-être pas sous leur véritable jour.

En commençant son exposé général de la question, M. Gariel s'exprime ainsi :

« Jusqu'à présent, les arguments fournis par chacun des contradicteurs n'ont pas, ainsi qu'il arrive souvent d'ailleurs, réussi à convaincre l'autre. »

Et notre collègue s'attache alors « à indiquer avec précision *les points* sur lesquels M. Marey et moi sommes encore en désaccord ».

Je crois pouvoir me permettre d'adresser un léger reproche à mon excellent ami; mais ce jugement, si généralement exact d'ordinaire, n'est, dans le cas actuel, tout à fait juste ni pour M. Marey, à la loyauté duquel il ne rend pas suffisamment hommage, ni à moi qu'il contraint à reprendre une argumentation qui avait, au contraire, paru convaincre ma partie adverse elle-même.

Si je me reporte, en effet, à l'introduction du débat, à ma première dissertation (4 septembre), aux comptes rendus officiels de nos discussions, je constate, grâce à la sincérité de mon honorable adversaire (séance du 25 septembre), que *les points* demeurés en suspens entre nous, et sur lesquels le désaccord règne encore, sont au nombre d'*un seul*, celui même que nous venons de traiter dans le paragraphe qui précède.

Ainsi toutes les objections élevées par moi contre l'exactitude des inscriptions autographiques de la *Machine animale*, relatives au saut et à la course, bases de toute l'argumentation de M. Marey; toutes celles opposées à l'interprétation de ces graphiques et relevant les contradictions existant entre ces documents et les conséquences qui en étaient déduites, ont été explicitement reconnues par mon savant adversaire (voy. la séance du 25 septembre, p. 4119 et suivantes du *Bulletin de l'Académie*).

Toutes, disons-nous, une *seule exceptée:* celle relative à la faculté attribuée par M. Marey à l'homme de détacher ses pieds du sol par relèvement ou flexion simple des extrémités inférieures.

Ajoutons que, toujours fort explicitement, M. Marey déclarait en même temps, « qu'en écrivant son livre (*la Machine animale*) il avait presque entièrement sacrifié ce qui est relatif à la locomotion humaine; qu'il n'avait eu nullement la prétention d'écrire un traité méthodique, mais bien d'exposer des méthodes nouvelles capables de rendre d'importants services à la physiologie expérimentale, etc., etc. ».

Et M. Marey, abandonnant dès lors toute tentative de défense sur les points contestés, s'applique *uniquement* à défendre ses explications de la séparation du corps et du sol, par l'exemple et le mécanisme que nous venons d'étudier; ce qui nous semblait d'ailleurs reconnu par M. Gariel dès le

---

sionnels. Depuis cinq années on n'y peut trouver que les comptes rendus des sociétés savantes, des articles d'histoire et de critique médicales, de longues et minutieuses correspondances, une chronique spéciale des *syndicats médicaux*, des articles bibliographiques, des variétés, etc. Jamais on n'y rencontre de ces réclames qui, sous le nom d'*Index de thérapeutique*, peuvent tromper les praticiens inexpérimentés en matière de journalisme. Mais la couverture, qui est plus volumineuse chaque jour, imitant en cela celle des journaux anglais, contient toute une série d'annonces médicales et extra-médicales, toutes admises par un comité spécial, et, en raison de cet examen préalable, particulièrement recommandées à l'attention des lecteurs du journal. Que ceux-ci acceptent ou refusent ces recommandations, qui leur sont faites par le journal qu'ils reçoivent et dont ils sont co-propriétaires; que tous les produits pharmaceutiques, toutes les sociétés ou compagnies d'assurances, tous les fournisseurs recommandés par le *Concours médical* soient excellents, bons ou mauvais, je n'aurai garde de le rechercher ni surtout de le discuter. Il me suffira de vous dire que le produit de ces annonces *spéciales* devenant très supérieur à celui des annonces de la plupart des autres journaux de médecine, M. le docteur Cezilly a pu — les comptes rendus officiels de ses assemblées en font foi — assurer à ses adhérents, qui tendent peu à peu à constituer une *Société en participation des bénéfices*, tous les avantages matériels qu'il leur avait annoncés. Chacun des négociants ou des industriels recommandés sur la couverture du journal s'engageant à verser à la caisse du *Concours médical* une subvention déterminée, d'autant plus considérable que le nombre des adhérents de la Société qui fait appel à ses services devient plus grand, la prospérité de la Société du *Concours* va donc en croissant de jour en jour. Et les fabricants de papier, les libraires, les compagnies d'assurances sur l'incendie, sur la vie, sur les accidents, etc., les Sociétés d'eaux minérales, les fournisseurs de vaccin, etc., contribuent ainsi, au prorata des bénéfices que leur assure

début de son entrée en matière : « Il s'agit seulement de décider si le corps de l'homme peut être tout entier flottant dans l'air *sans détente brusque des muscles*, etc. » (voyez la première citation reproduite en tête de cette réponse); *ce qui, en effet, est la seule question à résoudre.* »

Revenant donc sur les éléments d'un débat qui semblait terminé, M. Gariel, plus royaliste que le roi, met de côté l'abandon fait par M. Marey de ses propres arguments, et reprend, en son lieu et place, l'étude et l'analyse de nos opinions respectives *antérieures*.

Nous dirons avec un grand regret que nous n'avons point reconnu, dans l'exposé qu'il a fait, ni nos propositions, ni celles surtout de M. Marey.

Après avoir fort correctement rappelé que : « La course présente avec le saut un caractère commun, à savoir que pendant un certain temps le corps flotte dans l'air, que les deux pieds ont quitté le sol, » — définition consentie par tous, et à laquelle même M. Marey a ajouté fort justement, en ce qui concerne la course, que cette circonstance était un « *caractère essentiel* », M. Gariel ajoute : « Mais faut-il voir dans la course une série de sauts? M. Giraud-Teulon le pense; M. Marey ne le croit pas, et là commence le différend. »

Occupons-nous d'abord de la part qui, dans cette phrase, nous est faite; nous reviendrons ensuite à l'opinion prêtée à M. Marey.

Considérons-nous, en effet, ainsi que le veut M. Gariel, la course comme une *série de sauts?* Et d'abord, jamais nous ne nous sommes servi de cette formule, tout au moins très incomplète et prêtant, comme nous allons le voir, à de multiples interprétations.

Ainsi, par exemple (p. 688 de la *Gazette*, 2 novembre), M. Gariel, admettant comme étant la *course* vraie ou *proprement dite* celle que conçoit M. Marey (notons en passant que ce dernier, que nous sachions, n'a jamais donné de cet acte une autre description que nous-même), se demande si celle que nous avons nous-même en vue (la série de sauts) ne serait pas plutôt « *le trotter* »?

Or que lui répondre? Dans ma dissertation, je n'ai considéré, en particulier, aucun des modes, aucune des variétés qu'on puisse introduire dans la manière d'exécuter la course. Je n'ai envisagé l'acte qu'à son point de vue le plus général, sous celui de son mécanisme spécial, le même dans tous les modes; et c'est un mouvement assez commun pour qu'il n'y soit pas requis d'explications. On n'a qu'à regarder courir le premier enfant venu sortant de classe; c'est ce coureur-là que j'ai eu en vue, le seul que je pusse avoir en vue, parlant d'un cas général. Traitant une question de principe (le mécanisme), il n'est pas à supposer que j'aie été choisir, comme exemple, une singularité et surtout sans l'indiquer. Qui dit « course en général », en parlant de l'homme, ne dit pas « le trotter ».

M. Gariel voit dans ma description « le trotter ». Mais à quels signes le reconnaît-il? Il ne décrit ni ne définit cette variété, ni en quoi elle s'identifierait plus qu'une autre avec le cas que nous considérons. De sorte que, véritablement, nous ne comprenons en rien son argumentation, à moins toutefois que la clef ne nous en soit apportée par sa conclusion dernière (p. 737) :

« La course peut correspondre à une série de sauts produits successivement. Il est probable que ce cas se présente, et nous pensons que c'est surtout chez les hommes qui *ne savent pas courir.* »

Si telle était l'interprétation que je dusse donner à cette critique, il me faudrait convenir que j'ai joué de malheur en ne rencontrant pour mes observations que des impotents, quand, à chaque instant, s'offrent à nos yeux tant d'alertes exemples, dont on a même peine à se garer pour peu qu'on traverse un jardin public.

Revenons aux arguments sérieux; car, dans ce dernier, nous ne saurions reconnaître l'esprit si juste de M. Gariel.

Vous voulez que, pour moi, la course soit une *série de sauts.* Si nous nous reportons à la seule définition ou description que j'en aie donnée, la description classique, séculaire, nous verrons qu'elle ne prête guère à méprise, et qu'il est difficile d'y faire confusion.

« La course est une succession d'appuis alternatifs, comme dans la marche, *entre lesquels* s'observe une période de suspension complète du corps en l'air. »

Cette période est plus courte ou plus longue, relativement à l'appui; mais cela est indifférente au point de vue du principe, seul objet que nous ayons traité.

De telle sorte que la course, en s'en tenant à la description classique, dont je ne me suis pas un seul instant écarté, serait bien plutôt *une série de pas de marche*, se terminant par une phase de saut, qu'une série de sauts (tout court).

Revenons maintenant à ce qu'est la course, *telle que la conçoit M. Marey.*

Que dit à cet égard M. Gariel?

« Si, comme semble le vouloir M. Giraud-Teulon, on caractérise le saut seulement par la séparation complète des pieds du sol, il n'est pas douteux que la course se compose d'une série de sauts; mais — et c'est, à ce qu'il paraît, le point de vue auquel se place M. Marey — il y a un autre caractère qu'il convient de signaler, c'est l'*élévation du corps*, sa projection en l'air (nous laissons de côté pour l'instant la cause de cette projection et nous prenons le fait seul); dans le saut, il ne saurait y avoir aucun doute, la projection se continue après que les pieds ont quitté le sol, et c'est pendant que le corps flotte que l'élévation atteint sa valeur maxima. »

---

une clientèle médicale de plus en plus nombreuse, aux subventions que reçoit la caisse du journal. Celui-ci est donc exploité au bénéfice de ses adhérents et les avantages qu'il retire de cette combinaison servent à l'intérêt professionnel de ces mêmes adhérents. C'est là un cercle — qui n'est pas vicieux, que je sache; — d'ailleurs je ne juge pas, je raconte. Et vous, cher confrère, vous penserez de cette nouvelle entreprise ce que vous voudrez. Mais vous ne méconnaîtrez pas qu'elle sollicite l'attention de ceux mêmes qui, par suite de goûts ou d'intérêts différents, ne peuvent pas en approuver tout le mécanisme. Dirigée honnêtement par un médecin honnête et dans un but philanthropique et confraternel, elle devait d'ailleurs être signalée. Dans une autre lettre je vous parlerai, un jour ou l'autre, des questions diverses que le *Concours médical* a l'intention de résoudre.

Assemblée générale de la Société protectrice de l'enfance. -- La séance se tiendra au grand amphithéâtre de la Sorbonne, rue Sorbonne, 15, le dimanche 17 février, à deux heures précises, sous la présidence d'honneur de M. G. Picot, membre de l'Institut.

Ordre du jour : 1° Discours de M. G. Picot; 2° Compte rendu moral et financier, par M. le docteur Blache; 3° Rapport sur les mémoires adressés pour la question de prix, par M. le docteur Leroux; 4° Rapport sur les récompenses accordées aux médecins-inspecteurs, par M. le docteur Bouilly; 5° Rapport sur les récompenses accordées aux jeunes bienfaiteurs, par M. le docteur Marjolin; 6° Rapport sur les récompenses accordées aux mères-nourrices, par M. le docteur Ch. Richet.

Hôpital Bichat. — *Conférences de clinique et de thérapeutique médicales.* — M. le docteur Henri Huchard commencera ces conférences, à l'hôpital Bichat, le dimanche 17 février, à dix heures et demie, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

« Pendant la course, dit M. Marey, les choses se passent autrement; le maximum d'élévation a lieu avant que le pied ait quitté le sol, et pendant le temps que les deux pieds sont en l'air, le corps subit un abaissement progressif. »

Que telle ait été à un moment donné l'idée que M. Marey a pu se faire de la course dans sa comparaison avec le saut, nous le croyons avec M. Gariel; mais nous ajouterons, et la comparaison des textes suffit à le démontrer, que cette conception était, chez lui, toute de fantaisie, ou plutôt de sentiment, et qui n'a pu évidemment survivre à la séance du 25 septembre, dans laquelle M. Marey faisait abandon des dernières expérimentations sur lesquelles il avait cru pouvoir l'établir.

Aussi nous n'imaginons pas au travers de quel prisme notre sympathique critique a comparé entre eux ces éléments d'argumentation. Nous en appellerons donc de sa part à une nouvelle lecture. Et, à cet effet, nous la reproduisons ici tout entière; elle n'est pas longue.

Après avoir rappelé que « le caractère essentiel de la course est le temps de suspension pendant lequel, entre deux appuis des pieds, le corps reste en l'air un instant », M. Marey poursuit :

« Comment se produit cette suspension du corps, à chaque impulsion des pieds? On pourrait croire au premier abord que c'est l'effet d'une *sorte de saut*, dans lequel le corps serait *projeté en haut* d'une manière *si violente*, qu'il décrirait en l'air une courbe au milieu de laquelle il atteindrait son maximum d'éloignement du sol.

» *Il n'en est point ainsi*. Pour nous en assurer, faisons intervenir l'appareil qui enregistre les réactions ou oscillations verticales du corps :

» Le tracé de la figure 30 (course, *Machine animale*) nous montre que le corps exécute chacune de ses ascensions verticales pendant les appuis, de telle sorte qu'il commence à s'élever au moment où un pied frappe le sol, qu'il atteint son *maximum* d'élévation au milieu de l'appui de ce pied, et qu'il redescend pour tomber à son *minimum*, au moment où un pied vient de se lever, et avant que l'autre ait posé sur le sol. »

Voilà donc, quant au côté descriptif, les circonstances qui établissent, pour M. Marey, le caractère différentiel entre la course et le saut. Dans la première, le maximum d'élévation du corps correspond à la période d'appui : Le corps n'est pas *projeté en haut*, c'est bien entendu.

Il est donc à croire que lorsque nous serons en présence du graphique relatif au saut, cette différence se signalera par une cessation de l'appui plus ou moins *antérieure* au moment où le corps arrivera à son maximum d'élévation.

Le caractère signalé n'est différentiel qu'à cette condition.

Or voici, deux pages plus loin, l'interprétation donnée par l'auteur au graphique du saut, figure 32 :

« On voit *ici encore* que les *maxima* de la courbe des réactions (ou oscillations verticales) *coïncident avec les appuis*. »

Et il n'y a pas là une flagrante contradiction ! M. Marey a été à cet égard moins indulgent pour lui-même que M. Gariel. Dans sa réplique du 25 septembre (p. 1119 et 1121 du *Bulletin*), notre honorable contradicteur reconnaît avec franchise et ces discordances entre les tracés ci-dessus et leur interprétation, et leur conflit absolu avec la réalité des faits. L'analyse des photographies instantanées produites par lui dans cette même séance conduit, dès le premier coup d'œil, aux mêmes conclusions.

GIRAUD-TEULON.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ALPHONSE GUÉRIN.

M. le docteur *Ceschwind*, médecin-major de 1re classe, envoie le *Compte rendu des vaccinations* qu'il a pratiquées en 1883. (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *Lebouq* adresse une *Étude sur l'épidémie de fièvre typhoïde à Paris en* 1882. (*Commission des épidémies.*)

M. *Rogé Delabarre* prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un *Pli cacheté*. (Accepté.)

La « *Très honorable Compagnie des épiciers de Londres* » informe l'Académie que son premier prix quadriennal de « découvertes dans la science de l'hygiène », dont le montant est de 25 000 francs, sera décerné à l'auteur de la découverte dont le libellé est ainsi conçu : « Découvrir une méthode au moyen de laquelle le virus vaccinal puisse être cultivé dans un milieu indifférent. La méthode doit permettre de multiplier le virus indéfiniment par générations successives et le produit de chaque génération doit accuser les qualités de la lymphe vaccinale naturelle autant que le délai accordé en permettra l'épreuve. » Le concours est universel; les mémoires doivent être envoyés avant le 31 décembre 1886; le prix sera décerné au plus tard au mois de mai 1887.

M. *Luys* présente un ouvrage de M. le docteur *Mairet* sur la *démence mélancolique*.

M. *Brouardel* fait hommage, de la part de M. le docteur *J. Cyr*, d'un *Traité de l'affection calculeuse du foie*.

M. *Vittemin* dépose un mémoire de M. le docteur *Beppe*, faisant connaître les *résultats des vaccinations et revaccinations* qu'il a pratiquées en 1882-1883 sur les troupes de la garnison de Nancy. (*Commission de vaccine.*)

DÉCÈS DE M. DECAISNE. — M. le docteur Desguin (d'Anvers) informe l'Académie de la mort de l'un de ses correspondants étrangers, M. le docteur Pierre Decaisne, inspecteur général retraité du corps de santé de l'armée belge.

OPÉRATION DE L'EMPYÈME PAR LA MÉTHODE D'ESTLANDER. — M. *Féréol* présente un malade qui vient d'être opéré par M. *Berger*, d'un empyème pulsatile par la méthode d'Estlander. Le malade est complètement guéri et M. Féréol se réserve de faire dans la prochaine séance une communication à ce sujet.

TRICHINE ET TRICHINOSE. — L'Académie a procédé au vote des conclusions de la commission, qu'elle a adoptées, moins la dernière, ainsi que nous allons l'indiquer. — M. *Colin* (d'Alfort) commence la discussion en demandant si la trichinose est, comme on le prétend, une maladie d'importation qui pourrait être évitée, ou à peu près, si on ne consommait pas en France de viande de porc de provenance étrangère? La trichine est-elle un parasite exotique? C'est là une double erreur, car le rat et la souris, d'une part, présentent quelquefois des trichines musculaires enkystées tout à fait semblables à celles des porcs; d'autre part, ces animaux contractent, avec la plus grande facilité, une trichinose grave, presque toujours mortelle, à raison de la pullulation excessive des parasites dans leur intestin. Or, comme ils se mangent entre eux, il y a nécessairement des échanges fréquents entre les sujets porteurs de trichine et ceux qui en sont dépourvus, et ces échanges peuvent, dans certaines conditions, se faire entre des animaux d'origine ou de provenance diverses. Assurément, la contamination trichineuse des rats et des souris deviendrait plus fréquente et plus grave qu'elle ne l'est aujourd'hui si l'on importait des viandes chargées de trichines vivantes ou des porcs affectés de trichinose; mais, même à défaut de toute importation, ils restent des animaux dangereux, car s'ils ne peuvent donner directement la trichine à l'espèce humaine, ils la lui donnent par l'intermédiaire d'autres espèces, le porc, le chat, le chien. C'est ainsi qu'en 1866 M. Colin, après avoir développé la trichinose sur des rats, put la communiquer à des porcs en leur faisant manger de la viande hachée des premiers. En somme, un seul rat trichineux suffit pour donner la trichinose à quatre porcs, lesquels pourraient, s'ils étaient consommés comme l'a été celui d'Emersleben, faire naître quatre

épidémies, chacune sur plusieurs centaines d'individus. Toutes les prohibitions et inspections des viandes étrangères ne nous garantiraient pas contre de pareils accidents. Le porc peut aussi prendre la trichine ailleurs, tant les migrations du parasite sont variées : il peut la recevoir de l'homme, dont il ingérerait des matières trichinées rejetées par les vomissements ou les déjections. Les carnassiers peuvent, de même que beaucoup d'autres animaux, des oiseaux, des reptiles, concourir à la dissémination et à l'échange des trichines, quelque réfractaires qu'ils pourraient être à la trichinose; M. Colin en fournit de nombreuses preuves. Ainsi la trichine peut se multiplier et s'échanger autour de nous de mille manières dans les conditions ordinaires, et, par conséquent, le développement de la trichinose n'est pas uniquement subordonné, comme on paraît le croire, à l'importation des viandes étrangères. D'ailleurs, l'histoire des épidémies observées en Allemagne à compter du moment où la nature de la maladie a été mise en évidence par Zeuker, prouve que presque toutes les épidémies y sont dues à des porcs indigènes. Aussi peut-on dire que le nombre des porcs trichinés en Europe est considérable; mais les dangers auxquels expose la consommation du porc indigène doivent demeurer à peu près fictifs partout, sauf dans les pays où la viande de cet omnivore est consommée crue ou à peine cuite. Il est donc facile d'éviter les effets de ces dangers. — Ce qu'il y a de plus intéressant en ce moment, c'est de savoir si l'importation des porcs étrangers, notamment celle des salaisons, nous crée des dangers nouveaux ou aggrave ceux qui nous menacent en dehors de toute importation. Dès 1866, M. Colin se proposa de déterminer exactement le temps que les trichines mettent à périr dans les viandes salées et le degré de salaison qui conduit à ce résultat; il rappelle ces expériences, communiquées à cette époque à l'Institut, le 1er juin 1868, et elles montrèrent que la salaison tue assez promptement les trichines dans le jambon, les saucisses, le lard; quinze jours suffisent pour celles des parties superficielles; un mois, six semaines, pour celles des parties profondes. Ces résultats ont été confirmés depuis de divers côtés par Corradi, Rebourgeon, Pennetier, Delle, à Bâle, à Utrecht, et l'on n'a pu réussir jusqu'ici à trichiniser les animaux nourris de viandes salées américaines pendant un temps plus ou moins long. Sans doute ces viandes ou d'autres peuvent conserver, au centre des plus grosses pièces et dans des points peu perméables, dans certaines conditions, des trichines vivantes, et elles ont pu alors produire des trichinoses chez les animaux inoculés; mais il est permis de penser que ces viandes sont exceptionnelles, tant il y va de l'intérêt des négociants de n'exporter que des viandes bien salées. La règle est que, dans les bonnes salaisons datant d'un certain temps, les trichines sont mortes et par suite inoffensives. Il reste à voir dans quelle mesure ces exceptions peuvent être inquiétantes ou dangereuses, et il est fâcheux qu'on ne sache pas dans quelle proportion, relativement aux trichines mortes, les salaisons retiennent des trichines vivantes. En résumé, le sel tue les trichines, et, dans les épidémies, la maladie est beaucoup moins grave chez les individus qui mangent une préparation salée.

Le débat qui a suivi cette communication de M. Colin s'est surtout élevé entre M. *Chatin* et l'Académie tout entière, par la voix du rapporteur de la commission, M. *Proust*. M. Chatin aurait voulu que l'Académie ajoutât aux conclusions les propositions suivantes : « 1° Les viandes salées d'Amérique peuvent contenir des trichines; 2° ces trichines se développeraient dans le corps de l'homme si les viandes n'étaient soumises à une cuisson complète, cuisson qui les tue et supprime tout danger; 3° cette cuisson ne se pratiquant en France ni partout, ni toujours, il y a lieu de soumettre les salaisons d'Amérique à un examen suffisant, soit aux lieux de départ, soit aux points d'arrivée. » Mais M. Proust a fait observer à M. Chatin que la dernière de ces propositions était identique à la troisième conclusion du rapport, et quant aux deux premières elles constituent des hypothèses ou des affirmations qu'il est difficile d'introduire dans un rapport de cette nature.

Divers fragments d'une lettre de M. le docteur *Gibert* (du Havre), lus par M. Proust, ont surtout frappé l'Académie; il résulte en effet des faits qui s'y trouvent relatés que la salaison des viandes de porc d'Amérique est suffisante pour tuer la trichine, car les ouvriers du Havre mangent depuis *quinze ans* ces viandes, souvent à l'état cru, sans en avoir jamais été incommodés; la trichinose est inconnue dans cette ville. C'est aussi ce que confirme une lettre de M. l'inspecteur de service de la boucherie de Paris, lettre communiquée par M. *Leblanc* : les employés et charretiers des marchands de viandes salées mangent sans aucun inconvénient les salaisons trichinées saisies par les inspecteurs.

Incidemment M. Chatin a donné la liste des principaux observateurs qui ont, selon lui, constaté la vitalité des trichines dans les viandes salées : MM. Zeuker (Dresde, 1861), Virchow, Lenckart (Berlin, 1861), Paul Bert (Paris, 1862), Testelin (Lille, 1866), Schmidt (Cassel, 1874), Benecke (Strasbourg, 1879), Ch. Girard et Pabst (Paris, 1881), Duchâteau (Le Havre, 1881), Levou (Marseille, 1881), Fourment (Paris, 1882), Bouley et Gibier (Paris, 1882), de Borger (Belgique, 1883). Il a ajouté que cette vitalité avait été constatée après six mois environ par M. J. Chatin, après quinze mois par M. Benecke, après quinze mois par M. Fourment et au bout de deux ans sur des viandes congelées par M. de Borger. — M. *Colin* (d'Alfort) ne croit pas que les trichines puissent être vivantes, dans des viandes bien salées, pendant plus de deux mois au maximum; il craint que la plupart des observateurs se bornent à examiner les trichines au microscope et ne se donnent pas la peine de les inoculer à des animaux; cette dernière manière de procéder est la seule sérieuse, la moindre pression sur les kystes, la plus petite élévation de température pouvant produire l'apparence de mouvements, par suite du déroulement des spires, sur la platine du microscope. Il regrette, d'autre part, que l'on ignore dans quelle proportion relativement aux trichines mortes les trichines vivantes ont pu être rencontrées dans les salaisons et récuse enfin tout procédé de coloration pour l'examen de ces helminthes. — M. *Bouley* objecte que M. *Gibier* a nettement démontré que les trichines mortes s'imprègnent facilement de certaines matières colorantes, tandis qu'il n'en est pas de même pendant leur vie.

Les conclusions du rapport de la commission ont enfin été adoptées, excepté la dernière, relative à la nécessité d'entreprendre des expériences pour compléter l'histoire naturelle de la trichine et donner les raisons scientifiques de l'immunité de notre pays vis-à-vis des viandes trichinées. Conformément à la remarque de M. *Léon Le Fort*, l'Académie a craint de laisser croire que les conclusions pratiques de sa commission ne s'appuyaient pas sur des raisons scientifiques suffisantes et elle a reconnu qu'elle était interrogée sur un fait spécial, déterminé, dont elle ne devait pas s'écarter.

En conséquence, l'avis adopté par l'Académie est le suivant :

1° Une épidémie de trichinose ne peut être confondue avec une épidémie de fièvre typhoïde. Si, dans une de ses phases, la trichinose peut présenter des accidents d'apparence typhoïde, il n'y a aucune identité entre les deux maladies, et l'évolution de l'affection trichineuse permettra toujours d'en établir le diagnostic. La symptomatologie, la marche, la durée, l'anatomie pathologique et la nature des deux maladies sont absolument différentes, soit dans une épidémie, soit dans des cas isolés. — 2° Aucun cas de trichinose n'ayant été constaté en France, en Angleterre, ni en Belgique, l'importation de viandes porcines salées

d'Amérique peut être autorisée en France. — 3° Il y aurait avantage à créer une entente commune avec les pays d'importation de viandes trichinées, relativement à des mesures spéciales de garantie, au port de départ. — 4° Il serait nécessaire de publier une instruction largement distribuée prescrivant la cuisson des viandes de porc. Tout marchand ou débitant de viande de porc sera tenu d'afficher cette instruction.

Traitement du genu valgum par l'ostéoclasie. — M. le docteur *Mollière*, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, présente quinze malades opérés dans son service par un procédé d'ostéoclasie dû à M. le docteur Victor Robin, son ancien interne. Ce procédé est applicable à tous les âges; mais il a surtout pour but de guérir le *genu valgum* chez les adultes et les adolescents, en prenant un point d'application sur les condyles fémoraux, et en n'agissant pas sur l'articulation du genou, par suite sans avoir de tiraillements articulaires. La fracture thérapeutique doit être pratiquée un peu au-dessus de l'articulation du genou, au point de la bifurcation inférieure de la ligne âpre, pour parler le langage anatomique. Quand la fracture siège plus bas, la surface fracturée est très large; il faut un temps beaucoup plus considérable pour obtenir la consolidation. Cependant la fracture intra-condylienne est préférable chez les sujets dont les cuisses sont extrêmement courtes; il est alors plus facile de dissimuler l'angle de correction. — M. Mollière donne ensuite quelques détails sur le manuel opératoire. Il insiste sur la nécessité de construire, avant d'opérer, une gouttière plâtrée, dans laquelle on immobilise le malade dès que le fémur a été rompu. Lorsque l'on applique l'appareil, la gouttière fixatrice de la cuisse doit être excessivement serrée, autrement on a des fractures obliques. Le redressement ne doit être opéré que le sixième ou huitième jour, alors qu'il y a déjà un commencement de consolidation; jamais, en agissant de la sorte, on n'a vu survenir le gonflement du genou que l'on rencontre toujours dans la fracture accidentelle du fémur.

Les quinze malades présentés ont de seize à trente ans; il est d'ailleurs préférable de pratiquer l'ostéoclasie chez les sujets dont la croissance est terminée; M. Mollière insiste sur la parfaite souplesse de leurs jointures, sur l'absence de cal; deux des malades ont été opérés dans le courant de décembre 1883; l'un d'eux a pu marcher au vingt-et-unième jour.

Le plus remarquable est un Polonais qui, il y a neuf ans, eut le fémur fracturé dans les condyles, à Odessa; la consolidation fut vicieuse, la jambe resta fortement déviée en dehors; après avoir vainement erré à travers toute l'Europe, traversant Berlin, la Bavière, Vienne, la Suisse, la haute Italie, l'Espagne, partout repoussé comme incurable ou menacé de subir l'ostéotomie, il vint à Lyon, où M. Mollière a appliqué sur lui l'ostéoclasie de Robin. Il s'agissait d'un fémur éburné avec cal énorme; aussi la force déployée fut-elle considérable (1200 à 1500 kilogr.), néanmoins le malade n'eut pas le moindre gonflement.

M. Larrey pense qu'il y aurait intérêt à se servir dans l'ostéoclasie d'un dynamomètre, d'après les principes exposés jadis par Sédillot, pour les luxations anciennes, afin de se rendre compte du degré de force développée dans chaque opération ostéoclasique.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 23 JANVIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Présentations de livres : Les eaux minérales dans les affections chirurgicales, par M. Eugène Rochard; Annales des maladies de l'enfance. — Opération d'Estlander; continuation de la discussion : MM. Périer, Lucas-Championnière, Monod, Sée, Trélat, Berger.

M. *Verneuil* présente, de la part de M. Eugène Rochard, un ouvrage intitulé : *Les eaux minérales dans les affections chirurgicales.* Il fait remarquer combien précieux sont les renseignements qu'il renferme sur la valeur de ce traitement, puisque les conclusions qu'on y trouve ne reposent pas sur moins de 42 000 observations relevées patiemment par l'auteur, soit dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, soit dans les *Archives médicales* du ministère de la marine.

M. *de Saint-Germain*, au nom de M. Cadet de Gassicourt et au sien, offre à la Société le premier volume des *Annales des maladies de l'enfance.*

— La discussion sur l'opération d'Estlander se continue par les communications suivantes :

M. *Périer* apporte deux nouveaux faits en faveur de cette opération, faits tendant à en prouver la bénignité, car si l'un de ses malades a succombé peu après l'intervention chirurgicale, ce n'est pas elle qu'il faut accuser de cette issue fatale. Le premier opéré était un garçon de l'École vétérinaire d'Alfort, qui, à la suite d'une piqûre anatomique, eut des suppurations multiples dans diverses régions du corps, et finalement une pleurésie purulente pour laquelle il dut subir l'opération de l'empyème. Son état ne s'améliorant pas, la suppuration l'épuisant de jour en jour, on lui proposa la résection de quelques côtes pour aider à sa guérison. Il s'y refusa d'abord obstinément, mais finit par la réclamer avec insistance, alors que son affaiblissement semblait devoir la contre-indiquer. On acceda cependant à son désir. Deux côtes furent enlevées dans une étendue de 5 à 6 centimètres. L'opération se passa simplement, sans incident, mais ne fut suivie que d'une modification heureuse sur le moral du malade. Quelques jours après il succombait. Le deuxième malade était un homme de quarante-trois ans, non tuberculeux, ayant depuis un an une fistule pleurale consécutive à un empyème du côté droit. La fistule donnait accès dans une cavité contenant 750 grammes de liquide. Le poumon gauche, à l'auscultation, paraissait sain. Le 27 octobre, M. Périer, assisté de MM. Berger et Bouilly, commença par circonscrire sur la paroi thoracique un large lambeau quadrilatère à base adhérente supérieure, et dont la base inférieure correspondait à la neuvième côte. Ce lambeau fut disséqué dans son étendue, mais on n'ouvrit les muscles larges du thorax qu'au niveau de chaque côte, de façon à avoir ainsi une série de petites incisions sur chaque arc costal permettant de réséquer la côte correspondante. On enleva de cette façon une longueur de 7 à 5 centimètres des huitième, septième, sixième, cinquième, quatrième, troisième et deuxième côtes. Le lambeau cutané fut suturé suivant ses bords. Le malade n'eut pas de fièvre, et le retrait de la paroi thoracique s'effectua rapidement. Vers le milieu du mois de décembre, la cavité ne contenait plus que 200 grammes de liquide, et depuis trois semaines elle n'est plus que d'une capacité de 100 centimètres cubes. D'ailleurs le malade a engraissé et est dans une situation de santé excellente.

M. *Lucas-Championnière* présente le plastron costal du malade dont il a parlé dans une précédente séance; on y voit que la résection a enlevé 7 centimètres de la huitième côte, 6, 5 et 4 centimètres des septième, sixième, cinquième, quatrième et troisième côtes. Rappelant les principaux incidents qui ont suivi l'opération, M. Lucas-Championnière répète, ainsi qu'il l'a déjà dit, qu'il regrette de n'avoir pas drainé les petites cavités musculo-périostiques résultant de l'extraction des côtes; il eût sans doute, par cette précaution, évité un peu d'inflammation à la partie supérieure du lambeau, et obtenu peut-être une réunion par première intention complète. Quoi qu'il en soit, le malade va très bien, et la cavité, qui contenait 500 grammes de liquide, ne renfermait plus que 80 grammes le 13 janvier, c'est-à-dire juste un mois après l'opération. Un phénomène noté dans toutes les observations commence aussi à se produire, c'est le durcissement de la paroi désossée; il semble que des plaques osseuses se

forment dans son épaisseur. C'est peut-être là un inconvénient, la rigidité prématurée de la paroi empêchant son retrait vers la cavité à combler. Voilà pourquoi il faut toujours réséquer une très grande longueur de côtes. Quant à l'enlèvement du périoste costal, conseillé par quelques auteurs, il semble bien difficile de le pratiquer sans faire courir au malade le risque de la blessure des nerfs et des vaisseaux intercostaux.

M. *Monod*, qui a déjà rappelé que M. Letiévant avait conseillé, il y a quelques années, la résection costale dans les pleurésies chroniques, lit le passage d'une lettre dans laquelle ce chirurgien rappelle qu'en effet il fit en 1875, devant les élèves, plusieurs résections de côtes dans le but de combler les cavités pleurales pathologiques. Il avait donné d'abord à cette opération le nom de *fénestration*, puis celui de *résection costale pour mobilisation*, afin de bien préciser le but de l'intervention. Les élèves trouvant longue cette dernière dénomination, prirent l'habitude de désigner l'opération par le nom de son auteur.

M. *Sée* vient de pratiquer, il y a dix jours, la résection costale chez un jeune homme. Il s'est servi d'une simple incision verticale sur la ligne médiane, les lèvres de la boutonnière ainsi obtenue fortement rétractées lui ont permis d'enlever une longueur de 5 centimètres de quatre côtes. Pansement à plat avec plusieurs doubles de gaze iodoformée. Le malade va très bien.

M. *Trélat*, qui n'a pas, il est vrai, pratiqué l'opération d'Estlander, mais a assisté en spectateur à trois de ces opérations et a suivi les malades, se demande si les incisions faites jusqu'ici, dessinant un grand lambeau libre par sa base inférieure et ses bords latéraux, ne pourraient pas être remplacées par d'autres plus avantageuses. Le lambeau en faveur jusqu'ici n'est nourri que par un de ses bords, et sa partie moyenne est en contact avec le foyer purulent de l'empyème, d'où peu de vitalité, pas de réunion par première intention, et tendance à la formation de fistules. L'incision proposée par M. Sée ne convient que pour des résections de peu d'étendue. M. Trélat croit qu'il y aurait avantage à faire une première incision verticale passant par la fistule pleurale et deux incisions horizontales à chacune des extrémités de la première : on aurait ainsi deux sortes de volets qu'on pourrait développer pour attaquer les côtes. Une fois l'opération faite, on rabattrait les deux valves et on suturerait les bords. De cette façon, les deux lambeaux, très bien nourris, auraient une grande partie de leur étendue en dehors du foyer purulent.

M. *Verneuil* constate que toutes les observations relatives à l'opération d'Estlander, rapportées jusqu'ici, signalent bien l'amélioration, mais non la guérison des malades. Toutes sont muettes sur le mécanisme de cette amélioration; tient-elle au retrait des côtes ou doit-elle être attribuée au débridement, qui rend plus facile l'écoulement des liquides? Si ce dernier mécanisme est le vrai, il y a longtemps que les chirurgiens ont signalé les heureux effets du débridement des foyers purulents.

M. *Sée* répond que, dans la majeure partie des opérations de résection costale, dans celle qu'il a faite particulièrement, on ne touche pas à la fistule, et que toute l'amélioration doit être rapportée à la mobilisation de la paroi costale.

M. *Berger*, dans son récent rapport sur l'opération d'Estlander, disait qu'aucun cas de mort ne pouvait jusqu'alors être imputé à cette opération. Tout dernièrement, une issue fatale chez un de ses opérés est venu démentir cette assertion. Il est vrai qu'il s'agissait d'un malade très affaibli, atteint depuis plus de deux ans d'une pleurésie purulente du côté droit, et ayant subi au mois de novembre dernier une opération de l'empyème qui donna écoulement à 3 litres de pus. Cette pleurotomie ne fut suivie d'aucune amélioration, et le malade alla en s'affaiblissant. Cependant l'auscultation du poumon gauche ne révélait aucune lésion, à peine un peu de rudesse de la respiration; par contre, l'examen des crachats, qu'on doit aujourd'hui toujours pratiquer pour compléter le diagnostic, dénotait la présence d'une grande quantité de bacilles. En présence de l'abondance de la suppuration et de l'état satisfaisant du poumon sain, M. Berger crut que son malade retirerait bénéfice de la résection costale. Il fit donc l'opération le 24 janvier, taillant un lambeau triangulaire à base adhérente postérieure, et enlevant 12 à 10 centimètres des dixième, neuvième, huitième, septième, sixième, cinquième, troisième et deuxième côtes. Pas d'incident opératoire, perte de sang très minime; malgré cela, le malade est très pâle et refroidi, et on doit pratiquer une injection d'éther avant même de le rapporter dans son lit. Mort dans la journée. A l'autopsie, on ne constate rien d'anormal dans le foyer traumatique, les côtes ont déjà une certaine tendance à se rapprocher. Le poumon du côté malade est ratatiné tout à fait à la partie postéro-supérieure du thorax; il est recouvert de fausses membranes qui le dissimulent complètement. A la coupe, il offre l'aspect d'une masse fibreuse. De l'autre côté, le poumon présente des granulations tuberculeuses abondantes.

Il est bien évident que l'acte opératoire a avancé ici la mort du malade; mais comme le poumon du côté opposé paraissait sain, et comme malgré des explorations nombreuses il avait été impossible de se rendre compte de la vaste étendue de la cavité pleurale, on était bien en droit d'intervenir. Quoi qu'il en soit, ce fait porte en lui un enseignement, c'est que la trop grande étendue de la poche pleurale est une contre-indication de l'opération. Le thorax n'aurait pu, en effet, se rétracter sur le moignon du poumon au point d'effacer la cavité. Cette rétraction mécanique est le but de l'opération d'Estlander; si elle reste impuissante en présence des grandes cavités, elle l'est aussi en face des fistules sans diverticule, qui s'enfoncent perpendiculairement au thorax dans le poumon.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

La séance a été tout entière consacrée à la lecture d'une *Notice sur la vie de Davaine*, par M. Laboulbène. En retraçant la vie si active et si bien remplie de Davaine, l'un des membres fondateurs de la Société de biologie, M. Laboulbène s'est attaché à bien préciser la part qui revient à Davaine dans le mouvement scientifique qui s'accomplit aujourd'hui; il a su rendre à tous pleine justice sans amoindrir, comme quelques-uns ont tenté de le faire, la valeur des travaux de Pasteur.

La Notice de M. Laboulbène sera publiée en tête du volume des *Comptes rendus et Mémoires* de la Société pour l'année 1884.

VARIÉTÉS

Faculté de Paris. — M. Tarnier, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, à la Faculté de médecine de Paris.

Banquet et médaille a M. Bouley. — On apprendra avec plaisir que le corps des vétérinaires vient d'offrir à M. Bouley, à l'occasion de son élection comme vice-président de l'Académie des sciences, un banquet dont la présidence avait été donnée à M. Pasteur. Avant leur séparation, les membres de cette réunion ont résolu d'en perpétuer le souvenir par une médaille offerte à M. Bouley.

BANQUET OFFERT AU DOCTEUR J. STRAUS.

Un banquet confraternel réunissait, mardi dernier, dans les salons du café Riche, un très grand nombre des élèves de l'ancienne Faculté de Strasbourg, désireux de fêter leur condisciple le docteur J. Straus, nommé, à son retour de la mission qu'il avait dirigée en Egypte, au grade de chevalier de la Légion d'honneur. Dans une allocution très applaudie, le docteur Mathias Duval a loué non seulement le dévouement et le courage de son plus ancien, de son plus fidèle ami, mais encore et surtout l'énergie et la persévérance qu'il a su mettre au service d'études de physiologie pathologique entreprises, sous la direction de M. Pasteur, à un âge et à un moment où tant d'autres n'auraient songé qu'à profiter des avantages que procure la carrière si honorable de médecin des hôpitaux de Paris. En lui remettant, au nom de tous ses anciens camarades, la croix de la Légion d'honneur, M. Mathias Duval n'a pu, sans émotion, rappeler à M. Straus ce qu'ils doivent tous deux de gratitude et de respect à leurs anciens maîtres de Strasbourg. Répondant à tous ses amis et en particulier à celui qui était si digne de prendre la parole en leur nom, M. Straus a cru devoir, lui aussi, reporter sa pensée à une quinzaine d'années en arrière, et rappeler ce qu'était, avant 1870, l'Ecole aux leçons de laquelle il a été formé. Ce qu'il n'a pu dire, c'est qu'il y a des élèves qui, par leurs légitimes succès, par la dignité de leur carrière scientifique ou professionnelle, et l'autorité que donnent à leur nom des travaux unanimement appréciés, honorent à leur tour leurs premiers maîtres.

La Faculté de Strasbourg, aujourd'hui dispersée, reçoit chaque jour un nouvel hommage de ceux qui y ont puisé les premiers éléments de leur éducation médicale. Aussi, et M. le docteur Treille l'a rappelé en termes éloquents à l'issue de ce banquet, l'Association des anciens élèves des Facultés de Strasbourg, dont M. le docteur Thorens est l'actif et si dévoué secrétaire général, doit-elle compter sur l'adhésion et le concours de tous ceux qui ont la mémoire du cœur.

Assistance publique. — Un concours public pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert, le lundi 3 mars 1884, à l'Hôtel-Dieu. Le registre d'inscription des candidats sera clos définitivement le samedi 16 février, à trois heures.

Souscription scientifique. — M. le professeur Brouardel est nommé membre de la commission des souscriptions scientifiques et littéraires pour 1884.

Faculté de Lyon. — La chaire d'anatomie pathologique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon est déclarée vacante. — M. Bessac (Marie-Charles-Joseph), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur du laboratoire de physique, en remplacement de M. Jays, démissionnaire.

École de médecine de Marseille. — M. Chaplain, professeur de clinique chirurgicale, est nommé directeur de l'Ecole, en remplacement de M. Seux, décédé.

Faculté des sciences de Lyon.—M. Klein, docteur ès sciences, est nommé maître de conférences de chimie.

Faculté des sciences de Montpellier. — M. Destrem, docteur ès sciences, est nommé maître de conférences de chimie.

Hôpitaux de Nantes. — M. Beauté vient d'être nommé médecin en chef du quartier des aliénés de l'hôpital Saint-Jacques.

Ecole de médecine d'Alger.— M. Vincent, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes. Il est chargé, à titre provisoire, du cours de pathologie externe.

Distinctions honorifiques. — M. Lotar, professeur à la Faculté de médecine de Lille, est nommé officier de l'instruction publique.

Hôpitaux d'Alger. — Un concours pour la nomination à une place de nouvelle création de médecin-adjoint à l'hôpital civil de Mustapha d'Alger s'ouvrira, le lundi 7 juillet 1884, à une heure, à l'Ecole de médecine de cette ville.

Nécrologie. — Le corps de santé de l'armée belge vient de perdre deux de ses membres les plus considérés, M. Lelong, médecin principal, et M. Pierre Decaisne, ancien inspecteur général, membre honoraire de l'Académie de médecine de Belgique, commandeur de l'ordre de Léopold et officier de la Légion d'honneur. Né à Bruxelles le 11 mai 1809, il est mort à Anvers le 2 février 1884.

— On annonce la mort d'un des praticiens les plus renommés d'Italie, M. le docteur Ercolani, de l'Université de Bologne et celle de MM. les docteurs Ragaine, à Mortagne; — Commarmont, à Saint-Galmier; — Cuvillier, à Cambrai; — Follet, à Foix; — Michaux, à Meximieux; — Gérin, à Rives; — Bartolli, à Marseille; — Bamprun, à Bagnères-de-Bigorre; — Comte, médecin-major retraité, et Chevrel (de Bastia); — Lesseliers (de l'Université de Gand). — La doctoresse en médecine et en chirurgie, Mme Martina Castells de Constanti (de Barcelone).

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 15 janvier 1884, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de directeur : M. Bérenger-Féraud, médecin en chef.

Au grade de médecin en chef : M. Fabre, médecin principal.

Au grade de médecin principal : deuxième tour (choix), M. Le Grand, médecin de 1re classe.

Le banquet de l'hôpital français de Londres. — Ce banquet, qui est le seizième, a eu lieu, à Willis Room, sous la présidence de M. Waddington, ambassadeur de France. Le lord-maire, M. R.-N. Fowler, M. P., y assistait. Le corps médical de l'hôpital était au grand complet, avec son médecin en chef le docteur Vintras. Le nombre des convives peut être évalué à 250 personnes. D'après le rapport de M. Rimmel, le nombre des malades soulagés à l'hôpital français s'élève en 1883 à 346 internes et 6966 externes, répartis entre vingt nationalités différentes, l'hôpital français donnant ses secours sans s'occuper de la patrie à laquelle le malade appartient.

Mortalité a Paris (5e semaine, du vendredi 25 au jeudi 31 janvier 1884). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1093, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 16. — Variole, 2. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 59. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 53.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 185. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 82. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 65. — Bronchite aiguë, 37. — Pneumonie, 77. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 27; au sein et mixte, 18; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 104; de l'appareil circulatoire, 82; de l'appareil respiratoire, 101; de l'appareil digestif, 44; de l'appareil génito-urinaire, 35; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 7.

Conclusions de la 5e semaine. — La saison très douce dont nous jouissons s'accompagne d'une mortalité des plus faibles. Toutes les maladies épidémiques, excepté la diphthérie, sont en décroissance. Le service de statistique a reçu notification de 1093 décès, au lieu de 1112 que l'on comptait dans la semaine précédente.

Fièvre typhoïde (16 décès); coqueluche (6); variole (2); scarlatine (3); rougeole (14); diphthérie (59); bronchite (37); pneumonie (77); athrepsie (47).

Dr Jacques Bertillon,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 14 février 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : PYO-PNEUMOTHORAX PULSATILE. — ACTION PHYSIOLOGIQUE DU CHLOROFORME. — LA LOI SUR LES ALIÉNÉS. — LES SCHIZOMYCÈTES (OU SCHIZOPHYTES) AU POINT DE VUE MÉDICAL.

Académie de médecine : Pyo-pneumothorax pulsatile. — Action physiologique du chloroforme. — La loi sur les aliénés.

Nous regrettons bien que les nécessités du journal et en particulier celle d'achever sans interruption la publication de la remarquable étude de M. Eug. Fournier sur les Schizophytes, nous empêchent de nous arrêter aujourd'hui sur les communications faites dans la dernière séance de l'Académie de médecine, une des mieux remplies qu'on ait eues depuis longtemps. Nous résumons plus loin avec détails le mémoire de M. Féréol sur le *pyo-pneumothorax pulsatile;* nous reproduisons *in-extenso* celui de M. le professeur Bouchard sur l'*action physiologique du chloroforme*, et nous comptons apprécier prochainement la discussion, non encore close, qui s'est continuée mardi sur le rapport de M. Blanche relatif au projet de loi sur les aliénés. Le discours de M. Billod et celui de M. Luys sont l'un et l'autre des plaidoyers formels en faveur de la loi du 30 juin 1838. Seulement le premier n'y accepterait certaines modifications que par résignation, par un sentiment d'impuissance contre le « courant de l'opinion publique »; tandis que M. Luys, revendiquant, d'une part, le droit du diplôme, repousse la demande de deux certificats médicaux ou d'un seul certificat revêtu de deux signatures pour justifier la séquestration d'un aliéné; et, d'autre part, prévoyant des difficultés d'exécution préjudiciables aux malades eux-mêmes, se montre absolument opposé à la création d'asiles provisoires inclus dans les grands asiles et destinés à maintenir pendant un an en observation les malades entrants.

Les Schizomycètes (ou Schizophytes) au point de vue médical.

(Zopf, *Die Spaltpilze*, nach dem neuesten Standpunkte bearbeitet, 1883.)

(Suite. — Voyez les numéros 5 et 6.)

On voit par ce rapide exposé que la plupart des noms employés comme génériques, dans la classification des Schizophytes, ne désignent que des phases de végétation. Les faits qui prouvent la succession de certaines phases, en apparence distinctes, bien que peu nombreux encore, sont des plus caractéristiques. Les conidies du *Bacterium merismopœdioides* de M. Zopf se développent en agrégations tabulaires semblables à celles d'un *Merismopœdia*. L'état de *Zooglœa* a été, comme phase du *Spirillum tenue*, observée par M. Ray-Lankester; comme phase du *Spirillum undula* et du *Sp. rosaceum*, par M. Klein (54). Les *Spirillum*, que l'on rencontre fréquemment au sein des macérations anatomiques, n'ont point été constatés par M. Miquel parmi les sédiments des poussières atmosphériques (et cela après une expérience de plusieurs années), ce qui paraît prouver que l'état de *Spirillum* est propre à ces infusions. Le *Bacterium aceti*, quand il se trouve dans une solution qui lui convient, allonge ses articles et passe à l'état de *Leptothrix* (55). Au contraire, dans des solutions pauvres en principes nutritifs, il élargit et épaissit ses articles en les raccourcissant jusqu'à des formes que M. Nægeli a regardé comme monstrueuses et qualifié du nom d'*Involutionsformen*. Ces mêmes formes monstrueuses sont, d'après M. Buchner, déterminées, sur certains Schizophytes, par un abaissement de la température. Il est permis aussi d'affirmer que les modifications de forme sont influencées par la manière dont l'oxygène pénètre dans l'infusion où ils vivent. En tout cas, il est certain que les Bactériens recherchent ce gaz; on les voit sous le microscope s'accumuler sur

(54) Voy. Magnin, *Les Bactéries* (thèse pour l'agrégation en 1878), p. 11.
(55) Zopf, p. 6. Voy. d'ailleurs sur ce point particulier un travail spécial du même auteur : *Ueber die genetischen Zusammenhang der Spaltpilzformen*, in *Sitzungsberichte der Berliner Akademie der Wissenschaften*, mars 1881.

les points où ils peuvent en jouir, à tel point que M. Engelmann a utilisé cette propriété comme un réactif animé propre à déceler l'oxygène dans des expériences de microchimie (56). Un bacille filamenteux observé par M. Miquel prend l'aspect d'un *Micrococcus* globuleux dans une solution fortement salée. Il est probable que la qualité relative des eaux, l'état de leur atmosphère gazeuse, leur température, la nature des composés qu'elles renferment en dissolution sont pour beaucoup dans les modifications qu'on a constatées sur les *Cladothrix* et les *Crenothrix*. Le *Cladothrix dichotoma*, qui vit dans beaucoup d'eaux courantes ou stagnantes, se présente sous forme de longs filaments, simples ou abondamment pourvus de fausses ramifications, droits ou recourbés, en hélice, sous forme de baguettes droites ou spiralées, de courts bâtonnets droits ou arqués, enfin sous forme de cellules sphériques dissociées. Le *Crenothrix Kuhniana*, connu pour infecter les eaux, tant à Berlin (57) qu'à Lille (58), revêt un grand nombre d'aspects différents. On l'a vu à l'état de *Micrococcus*, de *Diplococcus*, de *Zooglœa;* on l'a vu en agglomérations composées de spores germant simultanément, et formant des étoiles rayonnantes de Bactéries qui s'allongent en se cloisonnant. Il en résulte dans l'eau des filaments droits ou ondulés composés d'articles bactériformes emprisonnés dans une gangue gélatiniforme, et d'autant plus allongés qu'ils sont plus supérieurs. A leur extrémité, la gangue finit par manquer, les articles se séparent et deviennent libres dans l'eau environnante. Ces articles sont ensuite le siège d'un procédé particulier de fragmentation, et divisés en *Micrococcus* qui, pendant quelque temps, sont animés de mouvements actifs dus à un *flagellum*, selon M. Giard. Quand ceux-ci ont perdu le mouvement, ils se fragmentent en forme de *Merismopœdia* et s'entourent d'une coque gélatineuse, etc. D'autres êtres placés sur la limite des Schizophytes et des Oscillatoriées, les *Beggiatoa*, ont des métamorphoses analogues. Leurs spores s'allongent en vibrions ou en *Spirillum*, munis à chacune de leurs extrémités d'un filament, et fort mobiles, qui ayant perdu leur *flagellum* se transforment en filaments allongés. Dans ces conditions, quel naturaliste oserait soutenir que le *Bacterium* et le *Spirillum* eux-mêmes soient des genres? Aussi sommes-nous aujourd'hui, à peu d'années de distance, bien loin des classifications si nettement arrêtées de M. Cohn. Celles-ci, selon M. Zopf, n'ont plus qu'un intérêt historique, et M. Van Tieghem vient d'écrire dans son magistral *Traité de botanique* (p. 1114) que dans la famille des Bactériacées le principe de la formation des genres est encore à trouver. Toutefois, M. Van Tieghem, qui a beaucoup observé ces petits êtres, admet au moins parmi eux des espèces. L'opinion de M. Billroth, qui les réduit tous au *Coccobacteria septica*, est une opinion de haute fantaisie. Il semble que le sentiment, le plus conforme à l'état présent de la science, soit celui de M. Nægeli : « Autant je suis convaincu qu'on a distingué parmi les Schizomycètes trop » d'espèces, autant il me paraît peu probable, d'un autre » côté, que tous les Schizomycètes constituent une seule » espèce naturelle. Je serais plutôt porté à supposer qu'il » existe parmi eux un petit nombre d'espèces qui se rap- » portent peu aux genres et aux espèces admises aujourd'hui, » et dont chacune parcourt un cycle de formes déterminées, » mais assez nombreuses. » Somme toute, c'est à peu près aussi l'opinion de M. P. Miquel, qui, dans son livre sur *Les organismes vivants de l'atmosphère*, écrit, p. 118 : « Qu'après s'être livré pendant cinq années à la culture des » bactéries sur le porte-objet du microscope, il confesse, » pour sa part, n'avoir rien vu qui puisse ébranler ses con- » victions sur l'immutabilité des espèces; » — et ailleurs, p. 98 : « Si l'on ne veut pas tomber dans ces excès, regret- » tables pour la microbotanique, de créer sans cesse de » nouvelles variétés d'organismes, il faut s'habituer, dès le » début des études micrographiques, à se rendre compte des » formes diverses que peuvent adopter transitoirement » beaucoup de microphytes. »

On pourrait penser que le mode d'activité physiologique donnerait, à défaut de la constance de la forme, une sorte de critérium scientifique. Il ne paraît pas malheureusement qu'il en soit ainsi. En effet, les propriétés des Schizophytes varient sous certaines influences. On sait comment M. Pasteur est parvenu à atténuer les effets de certains microbes, propagateurs des maladies septiques les plus terribles, au moyen de *cultures* prolongées pendant plusieurs générations, et à fabriquer ainsi un virus d'une énergie beaucoup moindre, dont l'inoculation est généralement sans danger, et peut être comparée pour son mode d'action à la vaccination. Un expérimentateur anglais, M. Greenfield, a été plus loin. Il a remarqué non seulement que l'activité virulente de la bactérie charbonneuse (cultivée dans l'humeur aqueuse) diminue avec l'âge de la lignée, mais encore que fréquemment les êtres qui s'éloignent beaucoup de la souche recueillie dans les liquides naturels de la putréfaction demeurent fréquemment inertes dans l'inoculation. « Chaque » génération de *Bacillus anthracis* ainsi cultivée est, dit-il, » moins virulente que celle qui l'a précédée, exigeant, pour » produire la même action, un temps plus long et une quantité » plus considérable de virus. » Au bout d'un certain nombre de générations (au delà de la douzième), le *Bacillus*, sans avoir rien perdu de ses caractères morphologiques ni de sa faculté de multiplication, devient complètement inoffensif, même pour les animaux les plus susceptibles (59). Il semblerait que le microbe, en se multipliant pendant plusieurs générations au contact de l'oxygène libre et abondant, perde la propriété de se nourrir aux dépens de l'oxygène du sang, propriété qui le rend terrible pour les animaux.

On peut donc affirmer que la conception du genre et de l'espèce, dans la famille des Schizophytes, est encore extrêmement vague. Ce que l'on sait de mieux sur leur compte, c'est la nature des transformations chimiques, des *fermentations* qu'ils déterminent dans les liquides où ils vivent, et pour l'étude desquelles nous renvoyons à l'article Fermentation du *Dictionnaire encyclopédique*. Mais on est encore profondément divisé sur leur rôle pathogène, rôle qui nous paraît nié à tort par les uns, et singulièrement exagéré par les autres.

L'un des exemples les plus frappants du rôle pathogène joué par un Schizophyte est celui de la fièvre récurrente et du *Spirochæte Obermaieri* (60), signalé d'abord par Obermaier, et caractérisé par M. Cohn (61), qui ne peut distinguer ce para-

(56) On trouvera à ce sujet plusieurs notes de M. Engelmann, dans le *Botanische Zeitung* pour 1882.

(57) Zopf, *Entwickelungsgeschichtliche Untersuchung über Crenothrix : Die Ursache der Berliner Wassercalamität*. Berlin, 1879.

(58) Alfred Giard, *Sur le Crenothrix Kühniana Rab., cause de l'infection des eaux de Lille* (*Comptes rendus*, séance du 30 juillet 1882).

(59) Greenfield, *On the cultivation of Bacillus Anthracis*, in *Proceedings of the Royal Society*, t. XXX, 1880, p. 557.

(60) Obermaier, *Medicinisches Centralblatt*, t. XI, 1873, et *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1873, p. 152, 391; Hirschfeld, *Medicinische Jahresbericht*, t. CLXVI, 2e livr., p. 11; Sanderson, *Reports of the Medical Officer of the privy council and local Government Board*, new series, 1874, n° 111, p. 41.

(61) *Untersuchungen über Bacterien*, in *Beiträge*, etc., t. I, Heft 3, p. 141 et sq.

site du *Spirochæte plicatilis* des eaux stagnantes. La fièvre récurrente est toujours corrélative du développement de ce *Spirochæte*, qui pullule dans le sang pendant les accès, et ne s'y montre pas pendant les intervalles. En admettant, dit M. Van Tieghem (62), que ce *Spirochæte* ait des spores, comme cela est infiniment probable, puisqu'il en a trouvé chez des *Spirillum*, on conçoit très bien la suite des phénomènes. Introduite au début dans le sang (par un procédé naturel encore inconnu), la plante y pullule et l'épuise, ce qui dure de six à sept jours : c'est le premier accès. Après quoi, elle fait ses spores et semble disparaître : il y a rémission. Pendant ce temps, le sang répare ses pertes, et après huit jours, durée de la première rémission, il se retrouve sensiblement dans ses conditions initiales. Les spores y germent alors, la plante y pullule de nouveau et l'épuise encore, mais plus vite que la première fois : c'est le second accès, qui ne dure, en effet, que cinq jours. Puis elle fait de nouveau ses spores et disparaît encore : c'est la seconde rémission, pendant laquelle le sang exigera pour se réparer plus de temps que la première fois, et qui dure, en effet, neuf jours (63). Il a été prouvé d'ailleurs que l'inoculation de ce *Spirochæte* cause cette fièvre.

Cela établi, n'est-il pas facile de comprendre comment un agent antiseptique, sulfate de quinine, acide phénique, etc., introduit dans le sang à un moment convenable, peut enlever aux spores des Cryptogames la faculté germinative, empêcher un nouvel accès, et *guérir* le malade?

Pour nous borner aux faits et aux preuves que nous fournit la pathologie humaine, nous devons placer ici au premier rang non seulement le charbon, dont il a été parlé tant de fois dans ces pages, mais encore la septicémie, causée par le Vibrion septique ou *Bacillus septicus*, et qui a été l'objet de si beaux travaux de la part de M. Pasteur. Les détails de ces travaux sont si connus des physiologistes qu'il suffit de les mentionner dans cette rapide revue du sujet.

On se souvient que la Société médicale des hôpitaux a entendu (64) une communication de M. Laveran sur le parasite de l'impaludisme. Ce parasite, qui diffère beaucoup de ce qu'avaient cru observer, dans l'atmosphère de la malaria, MM. Klebs et Tommaso Crudeli (65), se rapproche, au contraire, des *Spirillum*. M. Laveran, en le traitant dans une solution de sulfate de quinine, l'a vu sous le microscope perdre ses mouvements et se déformer. M. Sternberg, expérimentant en Amérique, aux environs de la Nouvelle-Orléans, où sont de grands marécages, a vu une solution de colle de poisson acquérir des propriétés pathologiques quand il y eut cultivé des organismes inférieurs recueillis dans la vase de ces marécages (66). En présence de pareils faits, en présence des *Conclusions*, solidement étayées sur l'hygiène, qui forment le dernier chapitre du livre de M. Miquel, nous avouons ne point comprendre comment des confrères placés au premier rang de la science refusent d'accepter la théorie parasitaire, et dirigent même des leçons professorales contre le principe de la théorie. Il est fort spirituel de dire assurément qu'en visant le microbe on atteint le malade; mais cette boutade n'atteindrait que le médecin assez inexpérimenté pour ignorer l'importance des doses. Comme le rappelle excellemment M. Peter au début de sa dernière leçon inaugurale (67), il y a dans notre art bien plus d'un point mystérieux qui rappelle le τὸ θεῖον des Grecs, le *quid divinum*, disons mieux, le *quid ignotum* des Latins. Parmi ces points mystérieux de la thérapeutique est au premier rang la disproportion de l'effet produit avec la faible quantité de médicament introduit dans l'économie. Les exemples en surabondent, et nous n'avons ni le temps ni la place de les rappeler. Il y a des médicaments dont de faibles doses, difficiles à peser, sont appelées massives, eu égard à leur action sur l'ensemble de l'économie. En comparaison, 2 grammes de sulfate de quinine (substance si légère) représentent une quantité énorme, et suffisent, convenablement répétés dans les conditions que l'on sait, pour mettre l'économie en état de résister à la cause de la fièvre paludéenne, quelle qu'elle soit.

On sait depuis quelques années que le meilleur remède contre la maladie furonculaire est d'absorber matin et soir quelques gouttes d'acide phénique dans un demi-verre d'eau sucrée. M. Pasteur a trouvé dans les furoncles (avant que la suppuration y soit établie) un microbe en chapelet qui a reçu le nom de *Torula pyogenica* (68). Il semble, dans ce cas, que les furoncles agissent réellement comme des émonctoires chargés d'expulser de l'économie un principe dangereux. Ils se remplissent du cryptogame, et ce cryptogame y détermine une suppuration par laquelle il est éliminé (69). L'acide phénique, substance antiseptique, agit de son côté en le détruisant dans l'économie; mais ici encore la quantité thérapeutique employée ne rend nullement compte de son succès.

Il y a d'ailleurs des faits probants, acquis expérimentalement, qui justifient les faits thérapeutiques en mettant sous les yeux l'action de l'agent antiseptique. M. Brefeld (70) a montré qu'il suffit de 1/2 pour 100 de sulfate de quinine dissous dans l'eau de Rabel pour arrêter le développement des *Bacillus* dans les solutions mêmes qui leur conviennent le mieux. Un jeune savant allemand, M. Kuhn (71), a prouvé que pour tuer des bactéries vivant dans une solution (de nature parfaitement déterminée), il a suffi de 1/5000[e] d'acétate d'alumine, de 1/25 000 de sublimé corrosif (72). Le thymol n'a agi dans les mêmes circonstances qu'à la dose de 1/3000[e]; mais cette dose n'est pas déjà considérable (73). D'après M. de Lanessan (74), il suffit, pour modifier efficacement la bactérhémie chez la grenouille, d'injecter sous la peau de l'animal malade une quantité de phénate de soude égale à un millionième de son poids. D'après M. Miquel, le pouvoir microbicide du nitrate d'argent est fort énergique. Il serait intéressant de connaître quelle est la proportion

(62) *Bulletin de la Société botanique de France*, 1879, p. 67.
(63) Voy. Heydenreich, *Ueber den Parasiten des Rückfallstyphus*, Berlin, 1877.
(64) Séance du 28 avril 1882.
(65) Klebs et Tommaso Crudeli, *Atti della reale Accademia dei Lincei*, anno CCLXXVI, 1878-1879, serie terza, *Transunti*, vol. III, fasc. 7, juin 1879, p. 216-220.
(66) *Etiology of malarial fevers, in National Board of Health Bulletin*, suppl. n° 14, Washington, 13 juillet 1881.

(67) *Revue médicale*, n° du 8 décembre 1883.
(68) *Bulletin de la Société botanique de France*, t. XXVII (*Revue bibliographique*), p. 100.
(69) Ceci est tout à fait d'accord avec les expériences récentes communiquées à la Société de biologie, le 15 décembre dernier, par M. Straus, et doit être rapproché des injections d'acide phénique qu'un chirurgien américain, M. Tayler, emploie pour faire avorter les bubons.
(70) *Untersuchungen der Spaltpilze, zunächst der Gattung Bacillus*, in *Sitzungsberichte der Gesellschaft naturforschender Freunde zu Berlin*, séance du 19 février 1878.
(71) Kühn, *Ein Beitrag zur Biologie der Bacterien*, Disc. inaug. In-8, Dorpat 1879.
(72) Voy. Haberkorn, *Das Verhalten der Harnbacterien gegen einige Antiseptica*, Diss. inaug. Dorpat, 1880.
(73) Le thymol a des propriétés analogues à celles du phénol (Heckel, *Comptes rendus*, séance du 22 octobre 1878), et l'infusion de thym rend de grands services dans certaines fièvres graves.
(74) *Revue internationale des sciences*, 1879, p. 80.

d'hydrate de chloral qu'il faut employer pour faire disparaître la fétidité de la sueur des pieds, c'est-à-dire pour neutraliser le *Bacterium fœtidum* à qui elle est due (75).

L'une des objections faites contre la théorie parasitaire s'appuie sur la difficulté de comprendre l'introduction du parasite. Il n'est pas douteux pour nous qu'il ne puisse pénétrer dans le corps humain à travers l'air. Il y a eu, nous le savons, une époque où l'on niait la présence des bactéries dans l'air. M. Burdon Sanderson (76) faisait passer de l'air ordinaire à travers des vases contenant la solution minérale dite de Pasteur, n'y voyait après cet « ensemencement » qu'un *Torula* et le *Penicillium glaucum*, et concluait que les bactéries font complètement défaut dans l'air atmosphérique. Cela prouvait simplement que la liqueur minérale de Pasteur est impropre à la germination des bactéries (nous ne disons pas à leur entretien) quand elles sont sorties de leurs spores (77). En effet, les nombreux et beaux travaux de M. P. Miquel, travaux exécutés surtout à l'observatoire de Montsouris, ont prouvé surabondamment l'existence des bactéries dans l'air, en quantité variable du reste, selon certaines circonstances atmosphériques, selon la localité, la saison, etc. (78). Ainsi, de ce côté, toute difficulté disparaît. Mais comment s'opère la contagion? Pour les surfaces mises à nu, la réponse est facile, et la meilleure preuve de la facile pénétration des germes atmosphériques est dans l'heureuse influence du pansement de Lister, ainsi que des pulvérisations d'acide phénique en usage dans nos salles de chirurgie. Dans d'autres cas, le transport a lieu par un insecte, comme celui du charbon. Il n'est pas douteux que l'inspiration ne puisse faire pénétrer des germes morbifiques dans l'économie. M. Buchner (79) avait fait manger à des souris des fragments de rates d'animaux morts de la maladie charbonneuse, et n'en avait vu aucun résultat fâcheux; mais quand il eut placé d'autres souris dans une caisse où il faisait tourbillonner de la poussière provenant de ces mêmes rates desséchées, il vit les souris périr sans exception. L'introduction du parasite a eu lieu évidemment, dans ces expériences, par la voie aérienne. Une expérience d'un autre ordre, due à M. J.-B. Schnetzler (de Lausanne), conduit à la même conclusion. Ce savant (80) nous a appris que l'injection de sulfate de quinine dans les fosses nasales combat d'une manière efficace la maladie dite *fièvre de foin*, le *hay-fever*, laquelle pourrait bien être causée par des bactéries pénétrant dans les voies respiratoires. On dira qu'il ne suffit pas de cette pénétration. Ce serait le cas de rappeler avec M. Van Tieghem (81) que le *Bacillus Amylobacter* peut s'insinuer dans la cavité des cellules des plantes en traversant la membrane qui clôt ces cellules, à l'instar des mycéliums issus des spores de beaucoup d'Urédinées. Ce que fait le *Bacillus Amylobacter*, d'autres *Bacillus* peuvent le faire, probablement à travers l'épithélium des dernières ramifications des bronches, et peut-être à travers celui de la muqueuse intestinale. Ici il y a une démonstration faite par les observations de MM. Charles Richet et Louis Olivier (82). Ces physiologistes ont constaté des microbes pareils à ceux des eaux de la mer, non seulement dans le tube digestif des poissons, ce qui est fort naturel, mais aussi dans la cavité péritonéale, à la surface de l'estomac. Ce n'étaient pas des microbes nocifs, mais le fait en lui-même a sa valeur.

Eug. Fournier.

(*A suivre.*)

(75) George Thin, *Proceedings of the Royal Society*, t. XXX, 1880, p. 433.

(76) *Appendix to the 30th Report to the Medical officer of the privy Council for* 1871, p. 335.

(77) Voy. Tyndal, *Les microbes*, traduction française, p. 297.

(78) Voy. les *Annuaires de l'observatoire de Montsouris* à partir de 1879.

(79) *Ueber die experimentelle Erzeugung des Milzbrand Contagium*, in *Sitzungsberichte der K. bayerischen Akademie der Wissenschaften*, 1882, livr. II, p. 147 et sq.

(80) *Archives des sciences physiques et naturelles* (Bibliothèque universelle de Genève), cahier de juillet 1882.

(81) *Bulletin de la Société botanique de France*, séances du 22 mars 1877 et du 24 janvier 1879.

(82) *Société de biologie*, séance du 11 novembre 1883; *Comptes rendus*, 1883, 2e semestre, p. 384-386.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie pathologique.

Étude expérimentale sur la mort qui succède a l'injection sous-cutanée de chloroforme sur les animaux et sur l'albuminurie chloroformique. Mémoire lu à l'Académie de médecine dans la séance du 12 février 1884, par M. Ch. Bouchard.

En 1876, j'ai reconnu que si on injecte, chez un lapin, par voie sous-cutanée, un centimètre cube de chloroforme, on peut, au bout de vingt à trente minutes, observer un certain degré de somnolence, rarement une narcose véritable, presque toujours un abaissement thermique. J'ai constaté que, au bout d'une heure, l'animal est éveillé, agile, alerte, qu'il mange comme à l'ordinaire, et que, enfin, au bout de vingt-quatre à trente-six heures, il s'affaisse et meurt très rapidement.

En 1881 et depuis, à l'aide d'expériences qui dépassent une centaine, j'ai cherché à quoi pouvait être attribuée cette mort inopinée et pour ainsi dire constante. Un fait qui n'a jamais manqué, c'est le développement d'une albuminurie généralement intense et souvent accompagnée d'hématurie, qui se produit deux heures après l'injection, quelquefois plus tôt, quand la dose a été plus considérable, et qui, malgré la conservation des signes extérieurs de la santé, persiste jusqu'à la mort. Cette albuminurie dure vingt-quatre heures, quarante-huit heures au plus, quand la dose a été plus faible et que la mort ne survient pas.

Chez les lapins mis en expérience, dont le poids moyen était de 1709 grammes, le chloroforme injecté sous la peau à la dose de 1 centimètre cube ou à une dose supérieure, a toujours provoqué l'albuminurie et a toujours amené la mort dans les délais et avec la succession de phénomènes que j'ai indiqués.

A la dose de 3/4 de centimètre cube, l'albuminurie a été constante, la mort s'est produite dans les trois quarts des cas.

A la dose de 1/2 centimètre cube, l'albuminurie a été constante, sauf dans un cas; la mort est survenue dans les trois quarts des cas. L'animal chez lequel l'albuminurie n'a pas été constatée compte parmi les morts.

A la dose de 1/4 de centimètre cube, l'albuminurie n'a paru que dans la moitié des cas; quand elle s'est produite, elle a été suivie de mort; quand elle a manqué, les animaux ont survécu. Chez ces derniers, de nouvelles injections de 1/4 de centimètre cube pratiquées un, deux ou trois jours de suite ont suffi pour déterminer l'albuminurie et la mort.

A des doses moindres, de 1/5 à 1/10 de centimètre cube, l'albuminurie et la mort n'ont jamais été la conséquence d'une première injection; mais elles ont toujours suivi les injections multiples pratiquées une fois seulement par jour, et dont le nombre a varié entre deux et dix.

Chez le chien, l'injection de chloroforme à une dose représentant le millième du poids du corps ne produit ni la mort ni l'albuminurie. A la dose de 1 centimètre cube par kilo-

gramme, elle produit une albuminurie légère qui n'est pas suivie de mort. A la dose de 2 centimètres cubes par kilogramme, elle détermine l'albuminurie et la mort. Comme chez le lapin, la mort survient tardivement chez le chien, après une période intermédiaire de santé apparente.

Jamais, ni chez le lapin, ni chez le chien, il ne s'est produit localement ni gangrène ni phlegmon. J'ai dû d'abord me demander si la mort avait des relations nécessaires avec l'albuminurie et si elle résultait d'une néphrite avec accidents urémiques. L'examen histologique des reins ne m'a révélé qu'une congestion intense avec extravasation sanguine dans les canalicules, sans lésions épithéliales. De plus, l'analyse du sang m'a permis de reconnaître que le chiffre de l'urée n'était pas plus élevé qu'à l'état normal. Une seule fois, la proportion de l'urée s'est élevée à 60 centigrammes pour 1000 grammes de sang; mais il m'est arrivé de constater une semblable proportion chez le lapin normal. J'ai donc dû rejeter l'idée de néphrite produisant une intoxication urémique.

Je me suis demandé si l'albuminurie et la mort ne seraient pas le résultat d'un réflexe provoqué par l'irritation des nerfs dans la partie du corps où a été poussée l'injection. On sait en effet que, comme toute excitation cutanée un peu vive, l'application d'une compresse de chloroforme sur la peau produit l'albuminurie passagère chez le lapin comme chez l'homme, même quand toutes les précautions sont prises pour empêcher les vapeurs de chloroforme de pénétrer dans les voies respiratoires.

En vue de résoudre cette question, j'ai fait, chez un lapin, la section des nerfs sciatique et crural du même côté; j'ai attendu que les plaies fussent cicatrisées, puis, avant qu'il fût possible d'admettre que les nerfs sectionnés avaient pu se régénérer, j'ai pratiqué l'injection chloroformique dans le membre énervé. L'animal est devenu albuminurique et est mort comme les autres.

Je ne pouvais pas invoquer un trouble profond de la santé consécutif à l'hypothermie chloroformique et aux désordres nutritifs qui s'y rattachent, car si l'hypothermie et l'albuminurie s'observent sous l'influence de causes nombreuses, on ne voit pas survenir la mort après le retour à la santé apparente.

Une hypothèse devait être vérifiée : le chloroforme, comme les corps à faible capacité calorifique, abaisse la température en s'opposant à l'osmose, en entravant la nutrition. Or on admet que c'est à la faveur de l'intensité du mouvement nutritif que les cellules de l'animal vivant résistent à l'invasion des agents de la putréfaction. Il n'était donc pas inadmissible que l'arrêt momentané de la nutrition générale ait rendu possible le développement d'un état septicémique dont les germes auraient été fournis par le tube digestif. Une telle infection n'aurait pas expliqué l'albuminurie qui est trop hâtive; mais elle pouvait expliquer le retour apparent à la santé et la mort après ving-quatre ou trente-six heures. Je dois dire que je n'ai pas pu découvrir la présence de microbes dans le sang ni dans les tissus, chez ces animaux au moment de la mort, et que j'ai inoculé sans résultat leur sang à des animaux sains.

Il fallait donc arriver à l'hypothèse simple et naturelle, et se demander si ces accidents ne dépendaient pas de l'empoisonnement, de l'absorption du chloroforme. J'ai fait une autre série d'expériences qui a paru confirmer partiellement cette opinion.

Les inhalations d'air mélangé de vapeurs chloroformiques en assez petite quantité pour que l'animal ne soit ni anesthésié, ni endormi, produisent chez le lapin une albuminurie intense et rapide avec hématurie. Mais cette albuminurie des inhalations chloroformiques n'est pas suivie de mort.

D'autre part, l'injection intra-veineuse de 20 centigrammes de chloroforme dissous dans l'eau alcoolisée produit une narcose immédiate et profonde avec albuminurie et hématurie intenses; mais la mort ne survient pas après l'introduction dans les veines de cette solution de chloroforme. Quant à la narcose et à l'hématurie, je me suis assuré expérimentalement qu'elles dépendaient bien du chloroforme et non de l'alcool.

L'albuminurie des injections sous-cutanées de chloroforme semble donc dépendre de l'empoisonnement, soit que le poison agisse directement sur les éléments du rein au moment de l'élimination, soit que, transporté dans les centres nerveux par le sang, il y influence les parties qui président à la nutrition ou à la circulation du rein.

Mais si l'albuminurie peut être expliquée par l'empoisonnement, il n'en est pas de même de la mort qui suit ces injections, puisque le chloroforme introduit dans le sang par l'inhalation ou par l'injection intra-veineuse n'amène pas la mort, quoiqu'il ait produit la narcose et l'albuminurie.

Le mécanisme de la mort après l'injection sous-cutanée de chloroforme est donc encore inconnu.

Cette ignorance doit nous rendre circonspect à l'égard des injections de chloroforme à haute dose chez l'homme, et surtout à l'égard des injections réitérées. 3 ou 4 centimètres cubes injectés chaque jour, ne fût-ce que pendant trois jours, correspondent à des doses qui ont été mortelles chez le lapin.

Chez l'homme, je n'ai jamais constaté l'albuminurie après l'injection sous-cutanée du chloroforme, même de 5 centimètres cubes en une seule fois; mais j'ai vu l'anesthésie par les inhalations de chloroforme suivie d'albuminurie transitoire. Il serait donc téméraire de penser que l'homme est à l'abri d'accidents qui peuvent entraîner la mort chez l'animal.

Clinique médicale.

De la tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë. Lu à la Société médicale des hôpitaux, le 8 février 1884, par M. Ch. Fernet, agrégé, médecin de l'hôpital Beaujon.

La péritonite tuberculeuse se montre communément sous deux formes distinctes qui ont été décrites à part par les auteurs : l'une est la forme chronique, bien étudiée et bien connue comme l'espèce la plus fréquente des péritonites chroniques, l'autre est la forme aiguë dont M. Empis a donné une excellente description dans son ouvrage, si remarquable au point de vue clinique, sur la granulie.

Cependant plusieurs faits que j'ai eu occasion d'observer depuis quelques années m'ont paru s'écarter assez de la description classique de ces deux formes pour mériter une étude spéciale : il m'a semblé que ces faits, par leurs analogies et leurs ressemblances, constituaient un type particulier, intermédiaire, en quelque sorte, entre les formes chroniques et les formes aiguës, et représentaient une variété de ces tuberculoses locales, dont l'étude a été poursuivie depuis quelques années dans divers organes. Je me propose de les décrire ici sous le nom de tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë, forme subaiguë de la tuberculose du péritoine et des plèvres.

Plusieurs points ont spécialement fixé mon attention, et je désirerais les mettre en relief : c'est d'abord le siége de la maladie qui occupe simultanément ou successivement le péritoine et les plèvres; c'est ensuite son évolution sous la forme subaiguë; les phénomènes locaux et réactionnels sont en effet peu développés; souvent quelques-unes des lésions sont latentes; la durée de la maladie n'excède pas, en général, six ou sept semaines; c'est enfin la bénignité relative, comparée à la gravité ordinaire de la péritonite tuberculeuse aiguë ou chronique; c'est aussi l'efficacité des moyens thérapeutiques qu'on peut lui opposer.

Mais, avant d'entrer dans le détail de ces diverses questions, je dois citer quelques observations qui me paraissent être des

exemples nets de la forme de tuberculose que je veux étudier ici.

Obs. I. — F... (Ferdinand), âgé de quarante et un ans, garçon marchand de volailles, entre le 8 août 1877, dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, pavillon IV, n° 31.

C'est un homme grand, d'extérieur vigoureux, bien que sa figure offre une certaine pâleur. Il nous raconte que depuis deux mois il a senti ses forces diminuer, et il s'est aperçu qu'il maigrissait; cependant il put continuer son travail jusqu'au moment où il lui survint une vive douleur à la partie supérieure du ventre, douleur qui était exagérée par les efforts de toute espèce et même par les mouvements respiratoires. L'examen du ventre ne révélait, au moment de l'entrée à l'hôpital, aucun signe de quelque importance, mais la palpation éveillait des douleurs telles que le malade poussait des cris. Il n'y avait pas de fièvre, pas d'élévation de la température, et l'examen de la poitrine donnait aussi un résultat négatif.

Le diagnostic resta d'abord indécis; mais au bout de quelques jours on put remarquer que le malade s'amaigrissait rapidement et que sa pâleur avait augmenté : les douleurs abdominales étaient toujours très vives. Un nouvel examen nous permit de constater que le ventre avait notablement augmenté de volume : il était dur et rénitent dans toutes ses parties, et la percussion montrait que cette distension était due à une accumulation de gaz dans les intestins. En outre, nous constations des signes d'épanchement, peu considérable, d'ailleurs, à la base des deux plèvres. Dès lors il n'y avait plus de doute, le malade avait une péritonite et une double pleurésie, et considérant qu'une même cause devait présider à cette triple manifestation morbide sur trois grandes membranes séreuses et que la tuberculose était sans doute la plus probable, je conclus à l'existence d'une granulie tuberculeuse du péritoine et des plèvres.

Le 1er septembre et les jours suivants, les symptômes précédents étaient encore plus accentués : la tuméfaction du ventre avait tellement augmenté que le malade disait que son ventre allait éclater; les veines sous-cutanées de l'abdomen étaient un peu distendues, ce qui témoignait de la gêne apportée à la circulation profonde; la palpation et la percussion dénotaient la présence d'une quantité, d'ailleurs peu considérable, de liquide dans la cavité du péritoine, la distension du ventre étant surtout due à des gaz accumulés dans l'intestin. L'examen de la poitrine montrait que l'état des plèvres restait toujours le même : épanchement peu abondant aux deux bases. La dyspnée très intense que le malade éprouvait tenait au refoulement du diaphragme bien plus qu'à l'état de la poitrine elle-même. Les douleurs abdominales étaient toujours très vives, et comme les préparations opiacées intus et extra semblaient impuissantes à les calmer, on dut recourir à des injections sous-cutanées de morphine, que l'on fit matin et soir, et grâce auxquelles on put procurer au malade un soulagement marqué et quelques heures de repos.

A partir du 5 septembre, un nouveau symptôme s'ajouta aux précédents, ce fut une diarrhée abondante qui persista pendant une douzaine de jours malgré l'emploi du laudanum auquel on eut recours.

Le 20 septembre, on commence à constater une légère amélioration : les douleurs du ventre avaient sensiblement diminué, ainsi que la tympanite et l'ascite.

Le 22, on constate que toute trace d'ascite a disparu et le ventre devient un peu souple. Pour la poitrine, l'épanchement reste stationnaire du côté droit et s'élève encore jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate; mais du côté gauche la diminution est très sensible, l'épanchement est limité à la partie la plus déclive. La respiration est d'ailleurs beaucoup plus facile. Les douleurs ne se font plus sentir que par intervalles. La diarrhée est arrêtée. L'examen minutieux des sommets et des poumons qui jusqu'alors avait été très difficile à cause de la gêne respiratoire, ne fournit aucun signe qui indique une tuberculisation pulmonaire.

A partir de ce moment, tous les symptômes de la maladie s'atténuent rapidement. Le 29 septembre, l'oppression et les douleurs ont entièrement disparu; l'auscultation permet de constater l'intégrité des bruits respiratoires des deux côtés, avec un peu d'affaiblissement aux deux bases; du côté droit, au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, on entend de légers frottements. Le ventre est revenu à son volume normal et ses parois sont souples, on ne sent par la palpation aucune dureté anormale.

Cet état satisfaisant persistait depuis plus de quinze jours, lorsque, sans aucune cause apparente, le malade commença à souffrir de nouveau à la partie supérieure du ventre, et le 19 octobre, à huit heures du matin, il éprouva brusquement une vive douleur au niveau des fausses côtes droites, dans la ligne du mamelon, et la respiration redevint très anxieuse; du reste, pas de frissons, aucun signe de fièvre, température normale comme dans tout le cours de la maladie. Dans les jours suivants, le ventre augmente un peu de volume et il semble se faire un peu d'épanchement dans la plèvre droite. Six ventouses scarifiées sur la partie douloureuse et quelques injections de morphine calmèrent la douleur et bientôt tout rentra dans l'ordre; cette petite rechute ne dura pas plus de huit ou dix jours, et à partir de ce moment la convalescence fut régulière. Le malade mangeait avec appétit, ses forces revenaient, et au milieu de novembre il paraissait avoir retrouvé sa santé antérieure. Le 13 novembre il quittait l'hôpital entièrement guéri.

Il y a une grosse lacune dans cette observation. Le traitement et surtout le régime, n'ont pas été indiqués. Je crois me rappeler, très nettement, que le malade était soumis au régime lacté, qu'on donna d'abord aussi abondant que possible, et qu'on associa plus tard au régime ordinaire.

Obs. II. — P... (Pauline), âgée de seize ans, couturière, entre à l'hôpital Beaujon (salle Sainte-Paule, n° 8), le 31 janvier 1883.

Cette jeune fille, presque une enfant, est de taille d'apparence moyenne. Sa santé antérieure paraît avoir été bonne; elle n'a eu qu'une fièvre typhoïde à l'âge de onze ans. Ses antécédents héréditaires sont bons. Elle vit assez pauvrement avec sa mère, mais ne paraît pas avoir subi de grandes privations. Elle a été réglée pour la première fois le 3 janvier de cette année.

Sa maladie actuelle date de huit jours. A ce moment elle a ressenti de vives douleurs dans la partie antérieure du ventre, en même temps son appétit s'est supprimé, et après le repas elle éprouvait des nausées et quelques vomissements bilieux; elle était constipée, son ventre a commencé alors à grossir et a progressivement augmenté de volume depuis cette époque. Vers le même temps elle a été prise d'un point de côté à la base de la poitrine du côté droit, et d'une toux fréquente, pénible, sans expectoration. Elle avait de la fièvre tous les soirs, sans transpiration la nuit, et elle dormait assez bien. Elle ne semble pas avoir beaucoup maigri depuis qu'elle est malade.

Ce qui frappe le plus dans le premier examen de cette malade, c'est l'augmentation considérable de volume du ventre; celui-ci est uniformément développé, dur et rénitent, douloureux à une pression superficielle surtout dans sa partie inférieure. La percussion montre qu'il y a un météorisme marqué et en même temps une quantité notable de liquide dans le péritoine. L'examen de la poitrine dénote, du côté gauche, quelques râles disséminés surtout au sommet, et en outre, des deux côtés, tous les signes d'un épanchement pleurétique occupant la moitié inférieure du thorax en arrière, un peu plus abondant à gauche qu'à droite. Le cœur est sain. Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Ainsi cette malade est atteinte de péritonite et d'une double pleurésie; le sommet gauche du poumon est suspect. Ces affections sont sans doute de nature tuberculeuse.

Traitement : deux demi-verres d'eau de la Bourboule par jour, teinture d'iode sur le ventre et sur la poitrine tous les deux jours; deux cuillerées de poudre de viande, lait, un degré d'aliments.

Au bout de quelques jours (7 février) on constate une diminution dans les phénomènes locaux : le météorisme et l'ascite sont sensiblement moindres. L'épanchement pleurétique du côté droit a disparu, et dans les parties qu'il occupait on perçoit des frottements. Du côté gauche la matité semble aussi avoir diminué et on croit entendre quelques frottements près du rachis.

Le 16 février, le ventre est redevenu plus dur et plus tendu qu'il y a quelques jours : le palper fait sentir à travers la paroi abdominale quelques anses intestinales qui paraissent indurées et agglutinées. Il y a de la constipation et plusieurs fois il a été nécessaire de recourir à des lavements.

Le 23, on trouve de nouveau une diminution dans le volume du ventre. L'état de la poitrine reste satisfaisant.

Dans les premiers jours de mars, les accidents thoraciques se reproduisent. Une douleur vive au côté nécessite le 2 mars une piqûre de morphine.

Le 3 mars, je trouve la malade assise dans son lit, la respiration haletante et la figure un peu cyanosée. L'examen de la poitrine montre que les épanchements pleuraux se sont reproduits et occupent, à droite, le tiers inférieur, à gauche les trois quarts inférieurs de la plèvre en arrière. La thoracentèse, reconnue né-

cessaire, est pratiquée d'urgence à gauche, avec l'appareil Lotain. On retire 750 grammes de liquide séreux, un peu rougeâtre. Après vingt-quatre heures de repos on trouve dans le liquide un caillot fibreux. L'analyse chimique, faite par M. Leseq, mon interne en pharmacie, donne 0gr,127 de fibrine totale, et 32 grammes de matériaux dissous : aucune trace de pus.

Cette ponction amène un grand soulagement de la dyspnée, et pendant quelques jours l'état de la malade est satisfaisant. L'ascite disparaît complètement, et on sent d'une façon très nette, dans les flancs, surtout dans le flanc droit, les anses intestinales qui paraissent empâtées et agglutinées. Pendant une semaine (du 10 au 17 mars) il y a de la diarrhée que l'on combat par le diascordium et le bismuth; ensuite survient de la constipation qui cède d'ailleurs facilement à une pincée de poudre de rhubarbe prise tous les matins. L'épanchement de la plèvre gauche ne se reproduit pas; on ne trouve plus autre chose qu'un peu d'obscurité du bruit respiratoire aux deux bases. Mais la malade tousse et expectore quelques crachats muco-purulents; on trouve quelques râles muqueux dans le sommet gauche, qui disparaissent d'ailleurs au bout de peu de jours; mais dans cette partie la percussion stéthoscopique donne un bruit de transsonance plus éclatant que du côté opposé; ce sommet gauche peut donc être tenu pour suspect, sans qu'il y ait de signe évident de tuberculose pulmonaire en évolution. On trouve, en outre, des signes d'adénopathie trachéo-bronchique plus accusés du côté gauche que du côté droit.

Le 1er avril, les troubles fonctionnels liés à la péritonite et aux pleurésies ont disparu, il n'y a d'ailleurs plus d'épanchement manifeste ni dans le péritoine, ni dans les plèvres. La malade se lève tous les jours pendant quelques heures; mais son appétit diminue et elle fait de grandes difficultés pour prendre la poudre de viande et même les autres aliments. Du 8 au 23 avril nous constatons un amaigrissement progressif, et dans ces deux semaines la malade perd 1 kilogramme de son poids.

Cependant, le 23, on note que la respiration est redevenue normale dans toute la hauteur des deux poumons, sauf aux bases en arrière où l'on entend quelques frottements pleuraux, très limités; que le ventre est souple, mais qu'il présente toujours quelques inégalités dues sans doute à l'agglutination des intestins.

La malade étant guérie des maladies pour lesquelles elle est entrée dans mon service, je lui conseille de sortir de l'hôpital pour aller dans un asile de convalescence, à Vaugirard; j'espère qu'elle y retrouvera l'appétit et sera dans des conditions meilleures pour combattre une déchéance nutritive qui nous donne des inquiétudes pour l'avenir. Elle part le 28 avril.

Le 13 juin, la malade vient nous revoir à la consultation; il ne paraît s'être rien produit de nouveau dans la poitrine ni dans le ventre, mais elle semble avoir encore un peu maigri, et sa mère déclare qu'elle ne peut arriver à la faire manger d'une façon suffisante.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Physiologie de la locomotion.

A MONSIEUR LE PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

(Fin. — Voyez les numéros 4 et 6.)

Voilà pour les différences de fait; passons à celles offertes par les mécanismes. Ces mécanismes sont exposés par M. Marey dans les deux propositions suivantes :

En ce qui concerne la course :

« Ce rapport des oscillations verticales avec les appuis (toujours figure 30) des pieds, montre bien que le temps de suspension ne tient pas à ce que le corps projeté en l'air aurait abandonné le sol, mais à ce que les jambes se sont retirées du sol, par l'effet de leur flexion, et cela, au moment où le corps était à son maximum d'élévation. »

En ce qui regarde *le saut*, terminant l'exposé rappelé ci-dessus, des rapports entre l'élévation du corps et les appuis, M. Marey écrivait, en ce qui regarde le mécanisme, cette unique et courte phrase :

« Ainsi, par leur synergie, les deux jambes soulèvent le corps, puis le laissent retomber au moment où, *en se fléchissant*, elles se préparent à agir de nouveau. »

Dans l'un et l'autre acte, les jambes se retirent donc d'elles-mêmes, par simple flexion, au moment du maximum d'élévation qui, de part et d'autre, est supposé correspondre à l'appui.

La question de différence est donc jugée : les graphiques qui seuls devaient l'avoir suggérée n'en contiennent pas trace, ni dans la succession des actes, ni dans le mécanisme.

D'autre part, si nous considérons les photographies présentées par l'auteur, nous reconnaissons dans l'analyse des trajectoires du centre de gravité tant de la course que du saut, le même caractère parabolique, soit que le maximum de la courbe se trouve en rapport avec l'appui, soit qu'il corresponde à la période de suspension, c'est-à-dire, en général, suivant que la période d'appui dépasse ou non en durée la phase de suspension, le premier des caractères appartenant plutôt à la course, le second étant constant dans le saut, où la projection prend la plus grande place. Mais, comme nous le disions, il n'y a là qu'une différence de degré, de partage et non de principe. Dans les deux cas, le fait de la séparation complète du corps et du sol, si courte qu'elle soit, fait rentrer *ipso facto* l'acte observé dans la classe des projections : il y a effet de balistique; la trajectoire est toujours une parabole, que le tir soit dirigé en haut, horizontalement, ou en plongeant.

Le seul point de doctrine survivant à cette première partie de la discussion soulevée devant l'Académie, se réduisait donc, comme le formulait très bien M. Gariel dès le début de son exposition, à décider si « l'homme avait ou non la faculté de se détacher du sol par simple flexion des membres inférieurs, sans à-coup, ni ressort musculaire ».

Et en effet, plus on y réfléchit, plus on se convainc qu'un seul caractère mécanique capital différencie la course aussi bien que le saut, *de la marche : ce fait du détachement du sol*, de l'abandon du mouvement continu de *propulsion* reposant sur un appui solide, le passage de ce mouvement à une translation libre dans un milieu tel que l'air. Au point de vue mécanique, et il nous semble qu'il devait plus que tout autre frapper M. Gariel, là est le vrai caractère différentiel entre ces mouvements, les autres circonstances constituant seulement des formes, des modalités d'exécution, de mise en œuvre d'un principe commun et unique.

Ce principe peut être d'ailleurs mis en pleine lumière par l'étude directe et comparative des deux mécanismes uniques sur lesquels se fondent nos mouvements de déplacement de totalité.

Nous rappelions tout à l'heure une proposition de M. Gariel :

« Si, comme il nous semble que le veut M. Giraud-Teulon, on caractérise le saut, seulement par la séparation complète des pieds et du sol, il n'est pas douteux que la course se compose d'une série de sauts. »

Avec quelques modifications dans les termes, nécessités par l'expression série de sauts, cette proposition est nôtre, en effet, et il nous paraît peu douteux qu'elle ne devienne aussi promptement celle de notre savant ami.

Nous prétendons effectivement démontrer que *toute* séparation complète du corps et du sol, dans un déplacement de totalité de notre individu, obtenu par le jeu de nos seules forces intérieures, sans autre point d'appui que notre base de sustentation, reconnaît pour cause directe et unique un arrêt brusque venant suspendre subitement un mouvement accéléré de notre centre de gravité; en un mot, le mécanisme du saut.

Rappelons d'abord par quels modes généraux s'opère notre déplacement *sur le sol :*

La marche, — la course, — le saut.

Puis comparons le premier et le dernier.

Dans le premier cas (la marche), mouvement uniforme sans arrêts ni soubresauts de notre centre de gravité, produit par une propulsion constante opérée par les supports du tronc, suivant les lois de l'équilibre du levier, c'est-à-dire prenant sans interruption un point d'appui sur le sol (voy. la courbe si bien étudiée par M. Carlet dans sa monographie de la marche).

Passons au dernier cas, le saut; considérons un homme en marche et passant lestement, par un petit bond, du niveau du sol de la rue sur le trottoir, petit bond exécuté soit d'un pied sur l'autre, soit à pieds joints, peu importe.

Le marcheur a-t-il, dans cette circonstance, exécuté un saut proprement dit, ou un pas de course? On en décidera tout à l'heure. Ce qui est certain, c'est qu'il y a une phase de suspension complète du corps.

Or, dans ces deux cas si voisins, les conditions d'équilibre ne sont-elles pas entièrement dissemblables? Ce corps qui flotte en l'air, si courte que soit la durée de cette suspension, obéit-il encore aux lois mécaniques du mouvement à l'appui? La fonction du levier, sur laquelle reposait, l'instant précédent, la propulsion continue du corps, n'est-elle pas rejetée bien loin en arrière, au moment où s'évanouit le dernier contact avec le sol?

Ce parcours libre, sans appui ni soutien, dans l'air, dont la résistance est ici négligeable, et qui s'exécute soit en hauteur presque verticale, soit plus ou moins obliquement à l'horizon, ne caractérise-t-il pas une trajectoire que, dès son début, le sujet est impuissant à modifier?

Or nous savons ce que sont ces sortes de trajectoires; ce sont les paraboles ou branches de paraboles que décrivent tous les projectiles, et que deux forces, sans plus, dirigent et déterminent :

1° Une quantité de mouvement imprimée au début, au mobile, suivant une certaine direction;

2° L'action constamment en exercice de la pesanteur.

Il n'est plus question ici du rôle du levier.

Maintenant, quelle est cette force, cette quantité de mouvement instantanément communiquée? d'où vient-elle? Car il y en a une, assurément. Sans cela, le corps tomberait immédiatement *suivant la verticale*.

Lors du jet d'un projectile, cette quantité de mouvement une fois imprimée, ou communiquée au mobile, est fournie, soit par l'explosion subite d'un gaz intérieur comprimé, soit par le coup sec de la détente d'un arc, etc., etc.

Dans le cas qui nous occupe, où pouvons-nous l'emprunter? L'ensemble des circonstances nous l'indique. Cette force nouvelle ne peut être qu'une vitesse acquise, une force vive mise en réserve pendant un mouvement antérieur, et subitement rendue libre. Et, dans la sphère du mouvement observé, seul, le mouvement accéléré d'extension des membres inférieurs peut nous l'offrir.

Mais il faut une condition encore pour que ce mouvement accéléré donne lieu à la manifestation d'une force vive, d'une vitesse acquise. Il faut qu'il ait d'abord produit cette force vive, qu'il y ait eu, pendant un temps donné, excès du travail moteur sur le travail résistant, et que tout d'un coup cet excès soit rendu libre, c'est-à-dire que ce mouvement antérieur soit subitement suspendu, arrêté dans son cours.

Ne sait-on pas que dans tout mouvement continu, se terminant sans brusquerie, ni secousse, finissant paisiblement à zéro, comme il a commencé, le travail résistant a absorbé tout le travail moteur, et que, dès lors, il n'y a plus de vitesse acquise à attendre, plus de force vive à invoquer?

Le mouvement continu d'extension, poursuivi *sans arrêt brusque* jusqu'aux limites imposées par le contact des surfaces et la tension des ligaments articulaires, ne pourrait donc, conduit verticalement, qu'amener le sujet droit sur la pointe des pieds, ou, s'il était incliné, déterminer le renversement du corps à terre. Cette conséquence avait été très positivement formulée par Borelli, il y a plus de deux siècles, quoique son expression se ressentît de la confusion des idées à cette époque sur ces questions de mécanique.

Or cet arrêt soudain, nous avons, à satiété, exposé ce qui le produit, en physiologie : à savoir, l'à-coup ou ressaut musculaire résultant de la contraction subite des antagonistes des muscles générateurs du mouvement accéléré antérieur :

Arrêt du mouvement d'élévation ou d'*extension*, par l'intervention soudaine des fléchisseurs, dans le cas du saut classique;

Arrêt du mouvement d'abaissement, par la contraction soudaine des extenseurs, dans le cours du mouvement précipité de M. Marey.

Le saut et la marche étant ainsi différenciés, la simple définition de la course suffit à la formule de son mécanisme :

« La course, disent tous les auteurs, est une succession de *pas de marche* interrompus par une phase variable en durée de suspension complète du corps, » c'est-à-dire une succession de *pas de marche* entre lesquels intervient le mécanisme d'un *saut* (soit plus bref, soit plus étendu).

Nous avions donc absolument tort d'accepter, même pour un instant, comme discutable, l'affirmation de M. Marey d'un détachement du sol amené par lui sans l'intervention d'un à-coup ou ressaut musculaire. Il ne peut en être observé de semblable. Voilà ce que nous eussions dû affirmer dès le premier jour, mais au nom de la physiologie seulement. Voilà ce que devait confirmer notre visite au laboratoire physiologique de M. Marey. Les inscriptions autographiques que nous en avons rapportées et mises sous les yeux de l'Académie de médecine dans la séance du 15 janvier nous montrent toutes que partout où se rencontre une dépression dynamométrique équivalente au poids du corps, c'est-à-dire une séparation de ce dernier d'avec le dynamomètre, on observe *simultanément un arrêt brusque dans un mouvement accéléré*.

GIRAUD-TEULON.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 28 JANVIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

SUR L'EMPLOI DES MÉLANGES TITRÉS DE VAPEURS ANESTHÉSIQUES ET D'AIR DANS LA CHLOROFORMISATION, par M. *Richet*. — L'auteur dit que, convoqué pour assister à plusieurs opérations d'anesthésie par la méthode de M. Paul Bert, les effets immédiats de l'anesthésie n'ont pas été plus heureux que par les procédés ordinaires (excitation, vomissements).

« Théoriquement, dit M. Richet, il me paraît sinon impossible, du moins bien difficile, d'admettre qu'on puisse jamais faire la démonstration de l'innocuité d'une méthode quelconque d'anesthésie avant d'avoir découvert la cause de la mort par les inhalations du chloroforme. Or, jusqu'ici, tout est mystère, et, malgré les travaux si nombreux et si consciencieux des physiologistes, nous en sommes réduits à des hypothèses. C'est donc par hypothèse que procède notre savant confrère quand il nous parle de sa *dose limite*, et, jusqu'à plus complète démonstration, je me refuse à l'admettre. Mais alors où sera le critérium? Dans la clinique, et jusqu'à présent dans la clinique seulement, c'est-à-dire dans la *coordination d'une longue série d'observations sur l'homme*, et c'est là ce que je vais chercher à démontrer. » Puis l'auteur passe en revue les résultats de l'anesthésie par les procédés ordinaires et en divers pays, et arrive à cette conclusion :

« Il demeure établi que la proportion des morts est de 1 sur 10000 à 12000 chloroformisations, et cela malgré les modes d'administration les plus divers, tantôt avec des appa-

reils, tantôt avec la simple compresse, maniée elle-même de différentes manières. »

Enfin M. Richet rappelle les tentatives déjà faites d'anesthésie par un mélange d'air et de chloroforme (comité de la Société médico-chirurgicale de Londres : MM. Clover, Sanson, etc.), et relate les accidents qui sont survenus.

Sur la proportion de phosphore incomplètement oxydé contenue dans l'urine, spécialement dans quelques états nerveux. Note de MM. *R. Lépine*, *Eymonnet* et *Aubert*. — Bien que l'attention ait été attirée par quelques auteurs, notamment par M. Zuelzer, sur le phosphore qui se trouve dans l'urine à l'état d'oxydation incomplète, on n'a pas jusqu'ici déterminé suffisamment sa quantité par rapport à l'azote et à l'acide phosphorique, et les variations qu'elle peut présenter dans diverses conditions. Les auteurs ont, il y a dix-huit mois (Lépine et Eymonnet, *Comptes rendus de la Société de biologie*, p. 622, 1882), indiqué la méthode de dosage qu'ils ont constamment employée, et dont l'exactitude a été éprouvée par l'un d'eux (Eymonnet, *Journal de pharmacie et de chimie*, 1882). Ils ont de plus fixé la proportion *normale* du phosphore incomplètement oxydé, chez l'homme et chez le chien; enfin ils ont montré qu'elle peut être fort augmentée chez les phthisiques affectés de foie gras, ce qui est sans doute en relation avec la forte proportion de lécithine (Dastre et Morat) que renferme ce dernier. Tout récemment, M. Zuelzer (*Untersuchungen ueber die Semiologie d. Harns*, p. 18 et 19, 1884) a publié quelques dosages dont le résultat le plus important est la grande augmentation du phosphore incomplètement oxydé dans l'urine des malades soumis à l'anesthésie chloroformique. Ce fait intéressant a engagé les auteurs du mémoire à faire connaître les principaux de leurs dosages de ce phosphore dans plusieurs états nerveux.

Rappelons que chez l'homme, à l'état normal, pour 100 parties d'azote (dégagé par l'hypobromite de soude), il y a dans l'urine des vingt-quatre heures moins de 20 parties d'acide phosphorique à l'état de phosphates (Zuelzer), et, en général, moins de 0,25 d'acide phosphorique *produit* (1) (Lépine et Eymonnet). On voit que le phosphore incomplètement oxydé ne représente pas beaucoup plus de 1 pour 100 du phosphore total. Cela posé, voici les résultats obtenus par les auteurs :

1° Dans un cas d'*apoplexie* (causée par un gros foyer hémorrhagique dans la capsule externe et la portion externe du noyau lenticulaire), l'acide phosphorique, à l'état de phosphates, étant, par rapport à 100 d'azote, augmenté d'une manière insignifiante (21,6), il y avait une quantité d'acide phosphorique *produit* (1,7) quatre fois plus forte qu'à l'état normal, et constituant 4,7 pour 100 du phosphore total. Quarante-huit heures plus tard, la proportion était normale.

2° Dans un cas d'*épilepsie*, après l'attaque (par litre) :

Azote dégagé par l'hypobromite de soude, 4gr,6.

Acide phosphorique des phosphates, 1gr,44 pour 31 pour 100 d'azote.

Acide phosphorique produit, 0gr,033 pour 0,71 pour 100 d'azote.

Augmentation fort sensible de l'acide phosphorique et du phosphore incomplètement oxydé, par rapport à l'azote, ce dernier atteignant le triple de l'état normal et représentant 2,2 pour 100 du phosphore total.

3° Chez une jeune *hystéro-épileptique*, dans les six heures consécutives à une attaque, légère augmentation de l'acide phosphorique (elle a manqué à la suite d'une autre attaque), le phosphore incomplètement oxydé atteignant le double de l'état normal et représentant 1,8 pour 100 du phosphore total.

4° Dans un cas de *delirium tremens*, notable augmentation de l'acide phosphorique et du phosphore incomplètement oxydé, ce dernier restant avec le phosphore total dans un rapport sensiblement normal : 1,3 pour 100.

5° Chez *un chien*, après l'injection sous-cutanée de plusieurs centigrammes de chlorhydrate de morphine, grande augmentation de l'acide phosphorique et du phosphore incomplètement oxydé. Chez *un chien* de chasse, augmentation de ce dernier après l'ingestion stomacale de plusieurs grammes de bromure de potassium.

Dans plusieurs états nerveux organiques, notamment dans quelques méningites, les auteurs ont au contraire observé une diminution, par rapport à l'azote, du phosphore incomplètement oxydé, coïncidant ou non avec une augmentation relative de l'acide phosphorique.

(1) Dans notre Note à la *Société de biologie*, les auteurs avaient exprimé en acide *phosphoglycérique* le phosphore incomplètement oxydé, d'où la différence du chiffre.

Recherches sur l'intensité des phénomènes chimiques de la respiration dans les atmosphères suroxygénées. Note de M. *L. de Saint-Martin*. — Lavoisier et Seguin n'avaient constaté aucun changement dans les produits de la respiration, quand, au lieu d'air ordinaire, ils employaient comme milieu respirable, soit de l'air suroxygéné, soit de l'oxygène pur. Ces faits ont été confirmés depuis par Regnault et Reiset dans leur beau mémoire. M. Paul Bert est arrivé à des résultats différents. D'après ce physiologiste, « l'activité des combustions organiques » dans les atmosphères suroxygénées « va en augmentant d'abord pour diminuer ensuite, après avoir passé par un certain maximum qui est probablement placé au-dessus » de 42 pour 100 d'oxygène.

Les expériences de M. de Saint-Martin, au nombre de seize, ont porté, onze sur un cobaye et cinq sur un rat. Les animaux à l'étude étaient soumis à un régime régulier. Ces recherches ont été effectuées à l'aide d'un appareil analogue à celui de Regnault et Reiset, mais de plus petites dimensions, et modifié sous plusieurs rapports. L'acide carbonique était dosé à part par des pesées directes.

Les onze premières expériences sur le cobaye ont duré chacune six heures. Elles montrent qu'en moyenne les différences existant entre les expériences faites dans l'air ordinaire et celles effectuées dans l'air suroxygéné sont très faibles, d'ordre purement physiologique, et qu'elles n'atteignent même pas la valeur des différences observées entre deux expériences faites à la même température dans l'air ordinaire.

Les expériences sur le rat ont duré chacune vingt-quatre heures, sauf l'expérience n° 13, qui, faute d'oxygène, n'a pu être prolongée au delà de seize heures. Elles confirment les précédentes, et la conclusion du mémoire est celle-ci :

« Les phénomènes chimiques de la respiration ne subissent » aucun changement appréciable par le fait de la suroxygé- » nation de l'atmosphère dans laquelle ils s'accomplissent. »

Recherches sur les déviations menstruelles. Note de M. *J. Rouvier*. — Sur 308 observations de déviations menstruelles réunies par nous, l'auteur a trouvé qu'elles siégeaient 277 fois dans une région unique ou sur des parties similaires à droite et à gauche du corps, et 31 fois dans des régions multiples. Dans 38 cas, la déviation se faisait par des plaies, ulcères ou tumeurs. L'exhalation sanguine s'est produite par : la muqueuse pulmonaire, 51 fois; la muqueuse stomacale, 50; les membres inférieurs, 38; la muqueuse nasale, 36; les yeux, 29; les membres supérieurs, mains, doigts, 27; les mamelles, 26; l'anus et l'intestin, 23; le conduit auditif, 21; la bouche, la langue, les lèvres, 17; la face, 13; le tronc, dos, abdomen, 13; les gencives et alvéoles dentaires, 13; la muqueuse des voies urinaires, 10; le cuir chevelu, 9; le nombril, 9; tout le corps, 4; le pli de l'aine, 2; le creux de l'aisselle, 1.

SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

Anesthésie par mélange de chloroforme et d'air. — Réponse aux observations de M. *Richet*, par M. *Paul Bert*. — M. Richet a accepté comme moyenne le chiffre de 1 mort sur 10 000 à 12 000 chloroformisations; pour M. Gosselin, il y a 1 mort sur 5200; pour le docteur Coles, 1 mort sur 2800. Rien de moins précis, on le voit, que ces résultats statistiques, d'autant plus qu'il n'est nullement démontré que tous les cas de mort soient publiés. « Il faut, dit M. Duret, quadrupler et peut-être quintupler le chiffre des cas de mort connus, pour arriver à une appréciation très approximative, car nombre de cas ne sont pas publiés. » M. P. Bert rappelle, à ce sujet, les angoisses avouées par quelques chirurgiens en présence de la pratique de l'anesthésie, et les précautions minutieuses que cette angoisse leur a inspirées.

A chaque moment, ajoute l'orateur, les inégalités de l'évaporation dues à la température, à la ventilation et à la respiration, les quantités variables de chloroforme, les distances variables de la compresse aux voies respiratoires, modifient dans des limites qu'il est impossible de mesurer, mais qui sont, à coup sûr, très étendues, la proportion des vapeurs de chloroforme dans l'air inspiré. J'ai donc eu raison de dire, étant donné le faible écart qui existe entre la proportion efficace (4 centigrammes par inspiration) et la proportion très dangereuse (8 centigrammes par inspiration) des vapeurs de chloroforme dans l'air, que c'est « en louvoyant avec habileté » au milieu de ces difficultés que « les chirurgiens obtiennent l'anesthésie et évitent les accidents »...

J'ose dire que ce n'est pas un appareil, c'est une méthode nouvelle que j'apporte. Mon but est de régler et de maintenir constante dans l'organisme la quantité de chloroforme nécessaire à l'anesthésie, et j'y parviens en faisant respirer les vapeurs de chloroforme juste à la tension nécessaire. L'emmagasinement chimique du chloroforme étant faible et lent à se produire, et pouvant être négligé pendant la durée des opérations chirurgicales, le sang et les tissus contiendront, au bout de quelques minutes, ce qu'il faut de chloroforme, ni plus ni moins.

On n'a donc pas à craindre les accidents d'empoisonnement qui ne pourraient se manifester qu'après un très long temps, et dont avertirait sûrement le graduel abaissement de la température. On n'a pas davantage à craindre les accidents d'asphyxie, puisque la proportion d'oxygène dans l'air inspiré n'est diminuée que d'un centième. Enfin on n'a pas à craindre (réserve faite, bien entendu, des syncopes ou des congestions cérébrales dues à l'émotion) les accidents du début de la chloroformisation...

On paraît supposer, à priori, que la valeur du titre du mélange devrait changer suivant les dispositions individuelles que le langage médical appelle les *idiosyncrasies*. Ce que j'avais vu sur les animaux rendait la chose peu probable. Les expériences sur l'homme, aujourd'hui au nombre d'une quarantaine, ont montré que cette supposition est peu vraisemblable, car les malades, choisis dans les conditions les plus variées, ont tous été endormis par le mélange à 8 grammes de chloroforme pour 100 litres d'air, sans présenter de différences notables. Il semble que les écarts les plus considérables doivent osciller entre 7 et 9 grammes. Du reste, s'il paraissait nécessaire, dans quelques circonstances exceptionnelles, d'employer des proportions différentes, un dispositif instrumental que je ne puis décrire ici donnerait immédiatement le résultat désiré.

Ainsi l'emploi des mélanges titrés a la précision qui donne la sécurité et la souplesse qui peut se prêter à toutes les éventualités. On peut, je viens de le dire, changer les proportions, on peut, cela est bien évident, si on le désire, procéder par intermittences. Mais ce qu'il ne permet pas, c'est de faire courir des dangers par l'emploi de doses trop élevées. Il donne à coup sûr, et mécaniquement, ce que recherchent et ce qu'obtiennent les praticiens les plus habiles au prix d'une longue et souvent pénible expérience.

Je n'ai donc rien exagéré en disant que son emploi peut seul permettre au chirurgien d'affirmer, en cas d'accident mortel, et de prouver, s'il est nécessaire, qu'il a pris toutes les précautions qui doivent couvrir sa responsabilité. J'irai volontiers jusqu'à penser que, grâce à lui, les accidents inhérents au chloroforme lui-même doivent absolument disparaître.

Inhalations anti-microbiennes contre la diphthérie. — M. *L. Sandras* soumet au jugement de l'Académie un mémoire sur ce sujet. (Commissaires : MM. Vulpian, Paul Bert, Charcot.)

Influence de l'oxygène sous pression augmentée sur la culture du « Bacillus anthracis ». Note de M. *J. Wosnessenski*. — Les expériences de l'auteur donnent lieu aux conclusions suivantes :

1° M. Paul Bert a eu raison de considérer l'oxygène à très haute tension comme un poison mortel pour le protoplasma du *Bacillus anthracis*.

2° Néanmoins, l'augmentation graduelle de la tension de l'oxygène n'amène pas graduellement à la perte de la vitalité du microbe. Pendant une première période, et avant que la tension de l'oxygène atteigne 3 atmosphères (15 atmosphères d'air), le microbe résiste mieux qu'avec la tension normale, beaucoup mieux surtout qu'avec la tension diminuée, à l'action atténuante de la chaleur.

3° Suivant que les cultures sous pression augmentée se font en couche épaisse ou en couche mince, les résultats qu'elles donnent varient d'une manière remarquable : la culture en couche mince accentue toujours l'influence exercée par les autres conditions ambiantes. Ainsi, à la température eugénésique + 35-38 degrés, le développement est plus rapide, plus complet, et la virulence plus prononcée que dans les cultures en couche épaisse, comme l'a déjà établi M. Chauveau pour les pressions normales. Au contraire, à la température dysgénésique de + 42-43 degrés, les cultures en couche mince sont plus entravées dans leur développement et deviennent plus complètement inoffensives.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ALPHONSE GUÉRIN.

M. le docteur *Mairet* envoie un ouvrage sur la démence mélancolique, pour le concours du prix Lefèvre de 1884. (Inscrit sous le n° 1.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. *P. Mégnin*, un mémoire sur *les trichines et les pseudo-trichines;* 2° de la part de M. *Boymond*, une brochure *sur le poids des gouttes;* 3° au nom de M. le docteur *Desgnin*, un *Rapport sur le burquisme;* 4° de la part de M. le docteur *Laissus*, un *Essai sur les stations de montagnes en Tarentaise;* 5° au nom de M. le docteur *José Armangué y Tuset* (de Barcelone), un ouvrage sur la *neuropathologie;* 6° de la part de M. le docteur *Bochefontaine*, des appareils en cuivre fabriqués à Villedieu-les-Poêles.

M. *Blot* présente, de la part de M. le docteur *Verardini*, des rapports sur le service de la vaccine à Bologne en 1881-1882. (*Commission de vaccine.*)

M. *Fauvel* fait hommage, au nom de M. le docteur *Mahé*, de l'article Sol, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

M. *Larrey* dépose, de la part de M. le docteur *Liégey*, une note sur le *rôle étiologique du déboisement dans le typhus des plantes, des animaux et de l'homme*, et fait don, en son nom personnel, de plusieurs journaux et recueils de médecine français et étrangers.

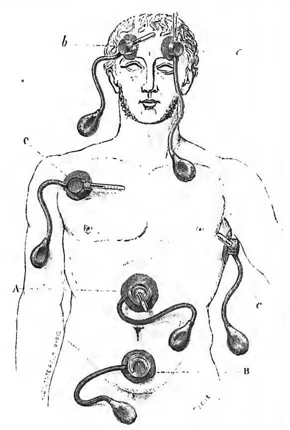
M. *Dechambre* fait hommage, au nom de M. le docteur *Lediberder* (de Lorient), d'un mémoire imprimé sur *la scarlatine, sa nature et son traitement.*

M. *Constantin Paul* présente trois modèles de thermomètres qu'il a fait construire par M. *Galante* pour obtenir la constatation des températures locales superficielles. Ces trois modèles sont un vertical A, un circulaire B, et un horizontal C. (Voy. à la page suivante.)

Guérison d'une fistule pleurale par l'opération d'Estlander. — M. *Féréol* reprend et termine la communication qu'il a commencée à la dernière séance, au sujet d'un malade de son service qui a été guéri d'une pleurésie purulente au moyen de plusieurs opérations, dont la dernière a été la résection de plusieurs côtes, opération connue sous le nom d'Estlander. Chez ce malade, la pleurésie, qui siégeait à gauche, avait présenté à un certain moment les caractères de l'*empyème pulsatile total;* et c'est sur ce point particulier, encore à l'étude et peu connu, que M. Féréol attire l'attention de l'Académie.

Les pleurésies pulsatiles ont été, dans ces derniers temps, fort bien étudiées par M. le docteur Comby, d'abord dans une thèse inaugurale (1882), puis dans une série d'article parus en décembre dernier dans les *Archives de médecine.* M. Comby, qui a observé à l'hôpital Lariboisière, dans les

services de MM. Proust, Siredey et Duguet, plusieurs de ces cas assez rares, a collecté toutes les observations analogues qu'il a pu recueillir et est arrivé aux conclusions suivantes : « Toutes les pleurésies qui ont présenté des pulsations isochrones au pouls, perceptibles à l'œil et à la main dans une grande étendue de la poitrine, siégeaient à gauche ; l'épanchement était purulent ; le cœur était refoulé sous le mamelon droit ; ses battements étaient souvent plus faibles que les pulsations thoraciques ; la présence de l'air, constatée quelquefois avant l'évacuation du pus, l'a toujours été après cette



Thermomètres de M. Constantin Paul.

évacuation ; mais ce pneumo-thorax est souvent latent. Pour le constater, il ne suffit pas d'ausculter le malade au repos, il faut le faire tousser, parler, le secouer, pour obtenir les signes de la présence de l'air dans la plèvre. Pour que le phénomène des pulsations thoraciques se produise, il faut que le poumon soit refoulé latéralement et maintenu par des adhérences contre le péricarde, et qu'il soit affaissé, sclérosé, en quelque sorte anéanti d'une manière irrémédiable. La présence de l'air n'empêche pas le phénomène de se produire. — La maladie ne guérit jamais ; le mieux qu'on puisse obtenir c'est une prolongation d'existence. Peut-être pourrait-on tenter la résection des côtes ; mais il est permis de douter que ce moyen fût suffisant. »

Tout en rendant justice aux travaux de M. Comby, qui ont le grand mérite d'entamer un sujet encore neuf, et qui en ont fixé les traits principaux avec beaucoup de justesse, M. Féréol pense que ces conclusions sont attaquables sur plusieurs points.

Le pronostic d'abord est un peu trop sombre. Le malade opéré par M. Berger (voy. *Société de chirurgie*, t. IX, 1883, p. 962) en est une preuve vivante ; et c'est un très beau succès à l'actif de l'opération d'Estlander, qui n'est pas encore en faveur auprès de tous nos collègues.

On peut voir en outre chez ce jeune homme que le poumon gauche a repris l'intégrité de ses fonctions. Il n'est donc pas nécessaire, pour que les pulsations thoraciques se montrent, que le poumon gauche soit *rétracté, sclérosé d'une manière irrémédiable.*

Enfin, dans l'analyse des conditions du phénomène, la part n'aurait pas été faite assez grande au pneumothorax. Suivant M. Féréol, la présence de l'air dans la plèvre est indispensable. Il est bien remarquable en effet que le pneumothorax a été constaté dans tous les cas d'empyème pulsatile, *soit avant, soit après l'évacuation du pus.* N'est-il pas bien probable que lorsqu'il n'a pas été constaté *avant*, cela tient à la difficulté des recherches ou à leur insuffisance ? Cela est d'autant plus à croire, que, comme le dit M. Comby, ce pneumothorax est latent. Il semble même probable que, dans l'empyème pulsatile, le pneumothorax doit être *clos et fermé*, selon l'expression de Weil (d'Heidelberg), c'est-à-dire sans communication avec l'air des bronches. Alors la plèvre réalise en quelque sorte les conditions du ballon enregistreur usité dans les expériences de physiologie. Autrement le phénomène des pulsations ne se comprend pas bien, et il devrait d'ailleurs se présenter bien plus souvent.

M. Féréol appuie ces déductions sur l'observation de son malade qui a présenté, avant l'évacuation du pus, un pneumothorax à allures très singulières. La sonorité tympanique ne se trouvait pas toujours à la même place ; elle disparaissait parfois, ainsi que le bruit de la succussion ; et le pneumothorax, en quelque sorte intermittent, semblait ne pas communiquer avec l'air des bronches. C'est dans ce sens que devront se diriger les observateurs à l'avenir.

Albuminurie et mort par injection sous-cutanée de chloroforme. — M. le professeur *Bouchard*, candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale, lit un mémoire sur ce sujet (voy. p. 105).

Appareil a chloroformisation. — M. le docteur *de Saint-Martin* lit une Note sur un appareil destiné à préparer de l'air titré en chloroforme pour l'anesthésie ; c'est l'appareil, servant à l'hôpital Saint-Louis en ce moment, pour les recherches inspirées par M. Paul Bert.

Législation relative aux aliénés. — La discussion est ouverte sur le rapport lu par M. Blanche à la séance du 22 janvier, sur les réformes de la législation relative aux aliénés. M. *Billod* déclare tout d'abord que sa conviction « à l'endroit des mérites de la loi du 30 juin 1838 et de sa supériorité sur tout autre texte de loi, est entière, profonde » ; il croit qu'il est préférable de la maintenir, sauf quelques légères modifications. Cette loi, en effet, n'a pu produire toute son action que du jour où l'enseignement de la pathologie mentale a pris place dans les Facultés et Ecoles de médecine et l'on en apprécie ainsi de plus en plus les bienfaits. Quant aux modifications à introduire, il en signale quelques-unes d'un certain intérêt, notamment l'institution d'une Commission mixte chargée de statuer sur la sortie ou le maintien provisoire des aliénés criminels.

M. *Luys* pense que le rapport de M. Blanche n'accentue pas assez, sur certains côtés, le rôle du médecin dans les mesures à prendre pour l'admission et le placement des malades dans les asiles ; en réalité, dans cette réforme de la loi de 1838, réforme si intempestive, qu'une opinion publique égarée par des sophismes et des récits erronés réclame depuis longtemps, c'est l'antagonisme de la médecine et de l'administration judiciaire qui se disputent la direction de nos malades, et il appartient à l'Académie de déclarer bien haut que les médecins doivent légitimement se prononcer sur des questions qui sont exclusivement du ressort de leur compétence. Il faut, à cet égard, laisser aux médecins les choses purement médicales, aux magistrats et aux administrateurs tout ce qui est légitimement de leur ressort et rien autre. C'est pourquoi M. Luys est d'avis de supprimer

la demande exigée par la nouvelle loi de deux certificats pour justifier l'entrée d'un malade ou d'un seul certificat revêtu de deux signatures, mesure vexatoire et inutile; il croit enfin qu'il ne faut pas donner suite aux propositions de l'article 15 de la nouvelle loi relative à la création d'asiles provisoires inclus dans les grands asiles et destinés à maintenir en observation pendant un mois les malades entrants; ce projet est illusoire, impraticable et sa réalisation serait très onéreuse pour le budget des asiles. — Tels sont les divers points traités par M. Luys dans un très long et très important mémoire, qu'il convient de lire au *Bulletin*.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. BUCQUOY.

Œdèmes éphémères de nature arthritique : M. Chauvet (de Royat). — Présentation d'ouvrage. — Nécrologie. — Cancer laryngo-pharyngien; compression du récurrent par des ganglions : M. Gouguenheim. — Tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë : M. Fernet. — Réflexe douloureux du nerf cubital dans certaines dyspepsies gastro-intestinales : M. Treille.

M. *Desnos* donne lecture d'une Note manuscrite adressée par M. *Chauvet* (de Royat), sur une observation d'*œdèmes éphémères de nature arthritique*. Il s'agit d'un homme de cinquante-sept ans, d'une bonne santé habituelle, atteint, vers l'âge de trente ans, d'une sciatique, et qui présenta, il y a deux ans, de la cystite, de la polyurie, sans sucre ni albumine, un peu d'affaiblissement général et des œdèmes circonscrits, passagers, survenant sans cause appréciable, et localisés soit au nez, soit aux paupières, aux lèvres, au scrotum, aux mains, aux épaules, etc. Cette tuméfaction œdémateuse circonscrite s'accompagnait d'un peu de rougeur et d'un léger prurit: elle conservait l'empreinte du doigt; elle durait ordinairement de quinze à vingt heures. Ces accidents ont complètement disparu sous l'influence des arsenicaux et d'une saison aux eaux de Royat : M. Chauvet pense que ces œdèmes localisés, chez un malade vraisemblablement arthritique, doivent être rapprochés des nodosités cutanées ou sous-cutanées décrites par MM. Féréol et Troisier (voy. les séances des 26 octobre et 9 novembre 1883), et ressortissent à l'étude des faits catalogués sous le titre d'*arthritisme abarticulaire*.

— M. *C. Paul* offre à la Société, au nom de M. Marc Sée, la seconde édition de ses *Recherches sur l'anatomie et la physiologie du cœur*.

— M. *Bucquoy* annonce à la Société la mort d'un de ses membres, le docteur Maingault, dernier survivant des trois membres associés faisant partie de la Société à l'époque où furent réformés ses statuts.

— M. *Gouguenheim* présente les pièces anatomiques recueillies à l'autopsie d'un homme de cinquante et un ans qui a succombé, dans son service, à un cancer pharyngo-laryngien. Cet individu souffrait de douleurs vives à la région cervicale, et se plaignait de dysphagie très marquée. La voix était à peu près intacte, et la respiration, ordinairement calme, devenait pénible par accès, surtout sous l'influence de l'examen laryngoscopique. Ce procédé d'exploration révélait une tumeur grisâtre, bosselée, ulcérée, obstruant presque complètement l'entrée du larynx. Le malade succomba à un spasme intense de la glotte. — A l'autopsie, on constate une tumeur épithéliomateuse, à la partie postérieure du larynx, près de l'œsophage : les replis aryténo-épiglottiques envahis ne sont pas infiltrés en totalité. A droite, le long de la trachée, se trouve une masse ganglionnaire comprimant le nerf récurrent, nettement atrophié à ce niveau. Les ganglions cervicaux sont aussi considérablement augmentés de volume, et offrent une dureté pierreuse ; l'examen histologique a démontré l'existence de globes épidermiques dans leur tisssu. M. Gouguenheim insiste sur la relation fréquente des dyspnées laryngiennes avec la compression des nerfs récurrents par les ganglions péri-trachéaux. Cette compression explique, dans le cas actuel, les accidents de spasme qui ont entraîné la mort, trop souvent imputée, sans preuves suffisantes, en pareilles circonstances, à un œdème laryngien.

— M. *Féréol* présente des pièces anatomiques qui sont un exemple remarquable de *tuberculose urinaire*. La muqueuse vésicale a entièrement disparu et les faisceaux musculaires, infiltrés de pus, sont à nu; la prostate est creusée d'une caverne tuberculeuse, ouverte près du verumontanum; les uretères, dilatés, sont parsemés de petits abcès tuberculeux. Les deux reins sont hypertrophiés, surtout le droit, et sont creusés, au voisinage des calices dont la muqueuse est ulcérée, de vastes cavernes tuberculeuses, remplies de pus grisâtre; on voit, sous la capsule fibreuse épaissie, une grande quantité de petits abcès tuberculeux. Les testicules sont sains. Les poumons renferment des îlots de granulations grises ou caséeuses, ramollis en quelques points; mais ces lésions paraissent moins anciennes que celles des voies urinaires. — Cet individu a succombé évidemment aux accidents d'une néphro-cystite purulente de nature tuberculeuse, bien plutôt qu'aux lésions pulmonaires, relativement peu avancées. Cependant l'infection primitive et la contagion directe, au niveau des voies urinaires, semblent difficiles à établir, en l'absence de toute blennorrhagie récente ayant pu servir de véhicule aux bacilles tuberculeux. Les accidents de cystite ont débuté au mois de janvier 1883, et jusqu'alors cet individu, indemne de tout antécédent tuberculeux, mais adonné à l'abus de l'alcool et à la masturbation, n'avait présenté d'autre affection sérieuse qu'une bronchite assez tenace, en 1879, à l'âge de vingt-six ans. Il succomba le 1er février 1884. M. Féréol paraît « plutôt porté à croire que la tuberculose a débuté par le poumon, et que les habitudes d'onanisme, avouées par le malade, ont sans doute contribué, pour beaucoup, à la localisation des tubercules sur l'appareil urinaire, ou qu'elles ont, du moins, singulièrement favorisé la rapidité de leur évolution. Il reste cependant assez surprenant, si cette hypothèse est fondée, que les testicules soient restés en dehors de l'action diathésique ». La recherche des bacilles sera pratiquée au niveau des lésions tuberculeuses, et M. Féréol tiendra la Société au courant du résultat; il regrette que l'examen du pus n'ait pas été fait, au même point de vue, pendant la vie.

— M. *Fernet* lit un travail important intitulé : *De la tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë* (voy. p. 105).

— M. *Treille*, médecin de la marine, lit une *Note sur un réflexe douloureux du nerf cubital dans certaines dyspepsies gastro-intestinales*. L'auteur signale chez les individus antérieurement atteints de diarrhée de Cochinchine, de dysentérie, ou même de dyspepsie intestinale, d autre cause, l'existence d'un réflexe douloureux sur le trajet du cubital, lorsqu'on vient à froisser ou à faradiser la peau de l'abdomen au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure, sur une ligne allant à l'ombilic. Il rapporte plusieurs observations intéressantes. — Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Debove, Hallopeau et Lereboullet, rapporteur. (Nous en ferons connaître plus complètement la teneur à propos du rapport de la commission.)

— A cinq heures, la Société se constitue en comité secret.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE ANNUELLE DU 30 JANVIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

M. *le Président* sortant remercie la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à diriger ses travaux pendant l'année qui vient de s'écouler, et de la bienveillance qu'elle n'a cessé de lui montrer.

M. *le Secrétaire annuel* lit un très substantiel rapport sur les travaux de la Société et proclame les noms des lauréats des concours.

Prix Duval. — M. Bouley, pour son travail : *De la taille hypogastrique.*.

Prix Laborie. — Pas de prix. — La Société accorde : un encouragement de 800 francs à M. Tuffier pour son mémoire sur les gommes et scléroses syphilitiques des lèvres; un encouragement de 600 francs à MM. Nimier et Mosiman, pour leur travail sur la *Cystotomie hypogastrique;* un encouragement de 400 francs à M. Beauregard, pour son mémoire sur *les accidents de l'ostéotomie.*

Prix Gerdy. — Ce prix est accordé à M. Charvot, professeur agrégé au Val-de-Grâce, pour son travail sur la question proposée : *Des tubercules localisés au point de vue chirurgical.*

Prix Demarquay. — Ce prix est partagé entre MM. Bouillet (de Béziers) et Soyer (de Vicherey, Voges). La question proposée était : *De l'étiologie de l'érysipèle.*

En 1884, la Société décernera le Prix Duval pour la meilleure thèse, et le Prix Laborie, sur un sujet libre de chirurgie.

En 1885 : 1° le Prix Gerdy (2000 fr.), pour le meilleur travail sur : *la Gangrène des membres, étiologie, pathogénie, traitement chirurgical;* 2° le Prix Demarquay (800 fr.), pour le meilleur travail sur : *De la pathogénie des luxations pathologiques.*

La séance se termine par un remarquable éloge de Broca, prononcé par M. *le Secrétaire général.*

SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Traitement du genu valgum par l'ostéoclasie : M. V. Robin. — Pathogénie du pied plat valgus : M. Després. — Présentation de malades : M. Fauvel (du Havre).

Au début de la séance, M. *Guéniot*, président sortant, invite M. Marc Sée, le nouveau président, à venir prendre sa place au fauteuil.

M. *Marc Sée* remercie ses collègues de l'insigne honneur qu'ils lui font en l'appelant à présider leurs travaux.

— M. *Berger* dépose sur le bureau la thèse de M. Garcin, élève de M. Bœckel (de Strasbourg), sur la cystotomie sus-pubienne.

— M. *Polaillon* remet, de la part de M. Dubourg (de Bordeaux), une observation d'opération de hernie sans ouverture du sac.

— M. *V. Robin* (de Lyon) montre une série de quinze malades opérés de genu valgum par l'ostéoclasie à l'aide de l'instrument dont il est l'inventeur. (Voy. dans le numéro précédent le compte rendu de l'Académie de médecine).

— M. *Chauvel* a dressé la statistique des jeunes gens exemptés pour pied plat valgus dans ces sept dernières années, de 1876 à 1884. Il résulte de ces recherches que la proportion varie par région; c'est dans le département du Nord que le pied plat valgus est le plus rare, et dans la Bretagne qu'il atteint sa plus grande fréquence. Dans ces régions même, certaines localités contribuent plus que d'autres au contingent de cette affection. D'où il semble résulter que le pied plat valgus est plutôt dû à une différence ethnique qu'à une différence de profession, d'occupation journalière, etc.

— M. *Després* complète son argumentation contre les hypothèses émises dans l'avant-dernière séance par M. L. Le Fort au sujet de la pathogénie du pied plat valgus douloureux. D'abord il relève une erreur qui tend à s'accréditer relativement à l'opinion émise par Duchenne (de Boulogne) sur la cause première de cette affection : ce n'est pas la contracture du long péronier latéral que Duchenne a incriminée, mais bien son impotence. Cette impotence du long péronier latéral, voilà l'origine de tous les accidents qui caractérisent les phases de cette longue affection. Duchenne (de Boulogne), qui voyait ces malades dès le début, a eu le mérite de bien saisir la pathogénie de la maladie. C'est parce qu'ils n'ont examiné les sujets qu'à une certaine période que les chirurgiens ont fait du pied plat valgus, les uns, avec Nélaton, une contracture des extenseurs; les autres, comme MM. Le Fort, Tillaux, une distension des ligaments; d'autres enfin, comme M. Gosselin, une arthralgie. Tous ces auteurs ont pris l'effet pour la cause. Il est difficile de se faire une opinion avec les observations d'ailleurs peu nombreuses que l'on trouve çà et là, toutes ne signalant que l'état du malade au moment même où il a été vu. Les faits lus par M. Le Fort sont trop incomplets pour éclairer le débat. Dans la thèse de M. Froustet (Paris, 1873), on trouve trois observations, mais prises sous la direction de M. Gosselin; elles se rapportent à ce degré de l'affection où existent des douleurs du côté de l'articulation médio-tarsienne; ce sont des exemples de tarsalgie, c'est-à-dire d'une des phases ou mieux d'une des complications du pied plat. La thèse de M. Descos, élève de M. Tillaux, pèche par le même défaut; on y trouve développée la théorie ligamenteuse, grâce à des observations où la maladie présente, en effet, des lésions du côté des ligaments. Dans sa *Chirurgie journalière*, M. Després a réuni cinq observations prises au début du pied plat; elles plaident en faveur de la pathogénie invoquée par Duchenne (de Boulogne). Trois jeunes malades (femmes), que M. Després présente, offrent chacune un des degrés de l'affection. La première n'a pas encore de pied plat confirmé, elle ne souffre pas, au repos son pied est cambré, mais il s'aplatit dès qu'elle essaye de marcher; la seconde a le pied plat, même au repos, et elle souffre beaucoup; la troisième a le pied plat constitué, elle n'éprouve aucune douleur et n'en est nullement incommodée. Une de ces trois malades a en même temps une scoliose légitime, la même influence générale, qui a amené le défaut d'équilibre entre les puissances musculaires bilatérales de la colonne vertébrale, l'a également produit pour les muscles du pied.

M. Le Fort a dit que l'électricité était inutile, car elle ne faisait plus contracter les muscles; c'est précisément une preuve que l'affection est arrivée à son degré ultime. A ce moment elle ne rend pas plus de service que le coussin pyramidal prescrit à la consultation du bureau central. L'électrisation est bonne au début, pourvu qu'elle soit bien appliquée sur le long extenseur. Quand le malade souffre, qu'il ne peut plus continuer ses occupations, l'appareil silicaté et le repos sont utiles, non seulement parce qu'ils calment les douleurs, mais encore parce qu'ils permettent à l'affection d'atteindre son degré d'indolence, c'est-à-dire de pied plat confirmé, contre lequel il n'y a plus rien à faire.

M. *Trélat* partage d'une façon générale l'opinion de M. Després, mais il n'admet pas cet enchaînement fatal des phases de la maladie. L'évolution du pied plat procède d'une façon très irrégulière, par poussées, par à-coup, s'arrêtant à des degrés bien variables. L'impotence est un de ces degrés, mais ce n'est pas le premier. Duchenne (de Boulogne) a eu le mérite de voir le phénomène et d'en tirer de bonnes déductions thérapeutiques, mais il n'a pas vu pour cela la cause

première de l'affection. Il y a un moment donné impotence, mais pourquoi cette impotence? Voilà ce qu'il faut rechercher. Elle dépend des conditions individuelles de résistance de chacun à subir la fatigue des longues marches. Il n'y a qu'à voir ces bandes de collégiens rentrant le soir d'une longue promenade, pour se convaincre des efforts pénibles et douloureux que font un grand nombre pour adapter, par des contractions musculaires soutenues, leurs pieds à la position qui les fait le moins souffrir. Ces jeunes gens contractent ainsi leur jambier antérieur et leur long péronier latéral. C'est là, si l'on veut, le premier degré du pied plat. Tout peut s'arrêter à cette phase; mais si le jeune homme est prédisposé, et cette prédisposition nous échappe, la contraction est remplacée par la contracture, et bientôt la contracture fait place à l'impotence.

M. *Terrillon* rappelle l'objet de sa communication, point de départ de tout ce débat; il a voulu, par ses observations, démontrer que parfois, dans le pied plat valgus douloureux, il y avait une douleur sur le côté externe du calcanéum, due à la pression de la pointe de la malléole, et parfois aussi une arthralgie de l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Il a voulu aussi appeler l'attention sur l'impotence du jambier antérieur. Aucun de ces points n'avait été signalé jusqu'ici.

M. *Tillaux* ne croit pas péremptoires les preuves données par M. Desprès de l'impotence primitive du long péronier latéral. Les ligaments commencent d'abord par être distendus et douloureux, la voûte du pied s'affaisse, ce n'est qu'alors qu'apparaît l'impotence du long péronier latéral. Par le repos et l'immobilisation, on peut arrêter la marche du pied plat valgus sans recourir à l'électrisation.

M. *Daniel Mollière* prend part à la discussion pour faire remarquer que le pied plat valgus est une cause favorisant le développement du genu valgum. Il suffit de faire marcher les malades en varus pour voir diminuer la tendance à la cagnosité.

— M. *Fauvel*, chirurgien de l'hôpital du Havre, présente un sujet atteint de hernie épiploïque à travers le dixième espace intercostal gauche, à la suite d'un coup de couteau. La plèvre et le poumon ont été atteints par l'instrument, ainsi qu'en témoignent une légère hémoptysie consécutive et un pneumothorax survenu immédiatement, et qui persiste encore. Le cas offre un réel intérêt au point de vue du diagnostic.

M. *Desprès* ne doute pas qu'il s'agisse d'une hernie épiploïque. Pour lui, il n'y a rien à faire qu'à attendre.

Alfred Pousson

Société de biologie.

SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Fécondation par un hybride de sanglier : M. Thierry.— Développement du squelette facial : M. Hervé. — Placenta des oiseaux : M. Mathias Duval. — Procédé de spectroscopie par la lumière réfléchie : M. Hénocque. — Glande de Harder : M. Pillet. — Expériences avec les viandes trichinées : M. Duprez. — Seconde Note sur la lutidine du goudron de houille : MM. Œchsner et Pinet.

M. *Thierry*, directeur de l'Ecole pratique d'agriculture de l'Yonne, adresse une Note sur un cas de fécondation d'une truie par un hybride né d'une truie et d'un sanglier : ce fait vient s'ajouter à plusieurs autres pour établir que l'hybride de truie et sanglier n'est pas un mulet.

— M. *Hervé* fait une communication sur le développement du squelette facial, qui se fait suivant le procédé connu du cartilage de Meckel : l'os se développe en dehors du tissu cartilagineux qui, là comme ailleurs, paraît jouer seulement le rôle de tuteur.

— M. *Mathias Duval* présente une étude sur le *Placenta des oiseaux*, désignation paradoxale en apparence puisqu'on sait que les oiseaux sont désignés sous le nom d'*Aplacentaires*, mais qu'il se propose de justifier par l'exposé même de ses recherches. Préoccupé de la signification du prolongement de l'allantoïde à l'extrémité amincie de l'œuf, il a poursuivi ses études sur les œufs de petits oiseaux qu'il a pu durcir en totalité et soumettre à des coupes méthodiques; il a vu ainsi l'allantoïde, au dessous de l'équateur de l'œuf, refouler le feuillet fibro-cutané avec le feuillet externe et former ainsi un étage inférieur où se trouve, à un moment donné, concentré tout l'albumen : la poche ainsi formée est limitée en haut par la vésicule ombilicale. Or dans sa cavité se forment à la face interne de l'allantoïde et à ses dépens des villosités vasculaires qui s'accroissent rapidement à partir du huitième jour de l'incubation; ces villosités président à l'absorption de l'albumine, s'en remplissent et, se développant ainsi, finissent par envahir toute la cavité : ce sont de véritables villosités choriales, et leur ensemble constitue une sorte de placenta, conception qui légitime le titre donné par M. Duval à sa communication.

— M. *Hénocque* communique un nouveau procédé d'examen spectroscopique du sang, qui consiste à examiner avec un spectroscope à vision directe le sang ou les liquides colorés déposés sur une plaque de porcelaine blanche et éclairés par la lumière solaire ou par une source lumineuse quelconque, une bougie par exemple.

Par ce procédé on voit, à la lumière solaire, les raies du spectre très nettement sur la porcelaine blanche, et, pour les substances qui présentent des bandes d'absorption, celles-ci apparaissent plus foncées ou plus larges, et même, pour des dilutions étendues, on peut voir, avec l'éclairage blanc de la porcelaine, des bandes qui n'apparaissaient pas à l'éclairage par transparence. En résumé, les substances colorées examinées sur la porcelaine blanche se comportent comme si elles étaient beaucoup plus concentrées ou sous une épaisseur beaucoup plus grande qu'à l'examen par transparence.

M. Hénocque démontre ce procédé par divers exemples : Solutions de sang, de chlorophylle, de sulfate et de chlorure de didyme, d'hémoglobine du Chironomus, etc.; il l'a appliqué à l'étude de la méthémoglobine, produite dans le sang par le nitrite de sodium; il a pu, en examinant le sang à quelques minutes d'intervalle, établir le moment d'apparition et la durée de cette action des nitrites sur le sang de divers animaux; enfin il propose d'employer ce procédé dans l'examen médico-légal des taches de sang ou d'autres substances colorées sur le linge, le bois, les tentures. On colle une partie du tissu à examiner sur le fond d'un godet de porcelaine, on l'humecte d'eau distillée et on peut l'étudier avec le spectroscope à vision directe, et enfin essayer les diverses réactions caractéristiques. On a ainsi l'avantage de pouvoir étudier sur des quantités de matières colorantes bien plus faibles qu'avec les procédés habituels, et de plus on peut ne pas séparer la matière colorante ou la tache du tissu qu'elle imprègne ou qu'elle recouvre.

— M. *Pouchet* présente une Note de M. *Pillet* sur l'anatomie de la glande de Harder du chameau, en insistant sur la disposition du cartilage central de cette glande.

— M. *Pouchet* communique une Note de M. *Duprez*, vétérinaire-inspecteur de la boucherie de Paris, sur de nouvelles expériences faites avec les viandes trichinées. Deux séries de rats sont soumises à l'alimentation avec de la viande de porc provenant de salaisons américaines saisies par le service d'inspection : une série reçoit par jour 10 grammes de salaison trichinée, 20 grammes de pain et un peu d'eau; la seconde série, 15 grammes de salaison et de l'eau sans pain. Au bout de trois semaines aucun accident ne s'est manifesté, à l'exception d'une légère diarrhée; des fragments de muscles pris sur les animaux vivants n'ont permis, du reste,

de constater aucune trace de trichines. Ces expériences viennent compléter les recherches également négatives faites déjà, sous la direction de M. Pouchet, par M. Rebourgeon.

— MM. *Œchsner de Coninck* et *Pinet* adressent une seconde Note sur les effets physiologiques de la lutidine du goudron de houille. Cette substance agit sur les centres nerveux : elle produit d'abord des phénomènes d'excitation, auxquels succèdent bientôt la diminution, puis l'abolition de la sensibilité et de la motricité. Les battements du cœur, d'abord accélérés, deviennent ensuite moins fréquents; la respiration, fréquente et irrégulière, se ralentit plus tard, tout en conservant son irrégularité; la température s'abaisse de 1 à 2 degrés.

— A six heures, la Société se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à une place vacante de membre titulaire.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. DELPECH.

Vaginite non blennorrhagique : M. Martineau. — Thermomètre pour les températures locales : M. C. Paul. — La paraldéhyde : M. Dujardin-Beaumetz. — Gravelle rénale et vésicale : M. Brame.

M. *Martineau* fait hommage à la Société des leçons qu'il a professées, l'an dernier, à Lourcine, sur *la vaginite non blennorrhagique*, affection trop peu étudiée jusqu'ici. La vaginite reconnaît des origines de trois ordres : c'est ainsi qu'elle peut être *constitutionnelle, traumatique* ou *virulente;* elle peut, du reste, comme toutes les affections des muqueuses, être primitive ou secondaire. La vaginite constitutionnelle peut dépendre de la scrofule, de l'arthritisme, de l'herpétisme, de la syphilis, du cancer ou de la tuberculose; M. Martineau a recueilli un grand nombre d'observations probantes à cet égard, parmi lesquelles il signale un cas de zona, et un autre d'urticaire du vagin. Quant aux granulations de la muqueuse vaginale, décrites le plus souvent sous le nom de vaginite granuleuse, et attribuées par les différents auteurs à la grossesse ou à la blennorrhagie (psorélythrie de Ricord), elles constituent seulement une modalité anatomique, et se rencontrent chez les femmes atteintes de vaginite constitutionnelle, principalement chez les scrofuleuses. Le diagnostic doit comprendre la recherche de la lésion, de sa cause et de sa nature, et ces trois points spéciaux doivent également fournir les indications multiples du traitement. Les eaux minérales, par leur action sur la constitution des malades, auront une grande efficacité contre la vaginite non blennorrhagique.

— M. *C. Paul* présente différents modèles des *thermomètres à température locale* construits sur ses indications. (Voy. p. 111.)

Ce petit appareil se compose essentiellement d'un thermomètre dont le réservoir, enroulé en spirale plane, est placé au centre d'une petite ventouse en caoutchouc, qui se fixe sur la peau au moyen du vide obtenu à l'aide d'une poire élastique, reliée à la ventouse pas un tube. La pression est suffisante pour que la spirale du thermomètre laisse une empreinte manifeste sur la peau, au bout de quelques instants d'application. M. C. Paul recommande surtout, comme plus pratique et moins coûteux, le dernier modèle auquel il s'est arrêté, et qui est à tige droite horizontale, et à *maxima*. Un autre thermomètre, plus portatif, est enroulé en spirale, comme le réservoir de mercure lui-même, et offre l'aspect d'une petite boîte ronde, fixée au centre de la ventouse; mais, sans parler de son prix élevé, il a l'inconvénient de n'être pas à *maxima*. Le modèle à tige droite horizontale peut fort bien servir à prendre la température axillaire; mais, dans l'aisselle, comme en toute région où l'on veut appliquer l'instrument, il faut choisir un point où la peau soit glabre, sinon on devra raser les poils qui s'opposeraient à ce que la ventouse pût être exactement fixée aux téguments. Ce thermomètre est précieux pour toutes les recherches de physiologie et de clinique qui nécessitent l'étude des températures locales. M. C. Paul signale, entre autres, une application des plus importantes : cet appareil placé à l'épigastre, chez une femme après l'accouchement, ne doit indiquer, normalement, qu'une température inférieure à 35 degrés; si la sage-femme, ou les personnes qui entourent l'accouchée, voient l'index dépasser cette limite maxima, elles seront averties du développement d'une complication phlegmasique, et pourront faire immédiatement prévenir le médecin.

— M. *Dujardin-Beaumetz* complète ses précédentes communications *sur la paraldéhyle* (voy. les séances des 9 et 23 janvier). Il a essayé l'aldéhydate d'ammoniaque en injections sous-cutanées, mais ses propriétés irritantes ont dû le faire abandonner; administré par la bouche, il n'a fourni aucun bon résultat. Quand à la paraldéhyde, elle a procuré constamment, chez tous les malades auxquels elle a été prescrite, un sommeil tranquille, mais elle ne produit pas l'anesthésie et le calme absolu : administrée à la dose de 3 grammes, chez un homme atteint de gastrite alcoolique et souffrant d'insomnie depuis un mois, elle lui a procuré immédiatement un profond sommeil, pendant neuf heures consécutives. M. Dujardin-Beaumetz a constaté très nettement, sur les animaux, l'antidotisme très marqué qui existe entre la paraldéhyde et la strychnine; on peut donner, aux animaux maintenus sous l'influence de la paraldéhyde, une dose de strychnine vingt fois plus forte que la dose maxima, sans amener la mort.

Cet antagonisme remarquable est à rapprocher de celui que M. Dujardin-Beaumetz a, depuis longtemps déjà, signalé entre l'alcool et la strychnine, et qui, également étudié par Amagat et Luton, avait conduit ce dernier à admettre que la strychnine était le contrepoison de l'alcool, et qu'elle constituait la médication souveraine des accidents alcooliques. Il y a dans cette proposition quelque exagération : en effet, si l'administration de la strychnine permet d'élever notablement, chez le même sujet, la dose toxique de l'alcool, si même elle a une action curatrice manifeste sur les accidents nerveux de l'alcoolisme (ivresse, delirium tremens, tremblement), elle ne peut en rien modifier les lésions organiques développées sous l'influence de l'alcool. Luton a préconisé, contre les accidents de l'ivresse et les troubles fonctionnels de l'alcoolisme, les injections hypodermiques de sulfate neutre de strychnine, à la dose de 5 milligrammes, répétées, au besoin, trois fois dans les vingt-quatre heures. M. Dujardin-Beaumetz a retiré de grands avantages de ce procédé, mais il n'a jamais fait plus de deux injections par jour. Il pense que la strychnine, localisant son action sur le système nerveux, et l'alcool imprégnant en nature, ainsi qu'il l'a démontré, les cellules du centre cérébro-spinal, l'antagonisme des deux substances résulte sans doute, de ce fait que les cellules déjà modifiées et placées sous l'influence d'un principe toxique ne peuvent plus être pénétrées par un autre principe, ni subir l'influence de ce dernier. C'est du moins l'explication la plus rationnelle des phénomènes observés, et qui offrent une frappante analogie avec la célèbre expérience de Cl. Bernard, dans laquelle un chien, empoisonné par la strychnine, n'éprouve aucun accident pendant tout le temps qu'il est maintenu sous l'influence de l'éthérisation, mais succombe brusquement lorsque celle-ci vient à être suspendue. — Quoi qu'il en soit, la paraldéhyde, plus encore que l'alcool, présente un antagonisme marqué à l'égard de la strychnine. Ce fait curieux avait été signalé déjà par Morselli, et, dans ses expériences sur les animaux, M. Dujardin-Beaumetz l'a vérifié d'une manière certaine.

M. *Blondeau* fait observer que de grandes différences existent dans la façon dont les diverses espèces animales supportent les poisons, et demande si des expériences cliniques probantes ont eu lieu sur l'homme.

M. *Dujardin-Beaumetz* n'ayant pas eu à soigner d'individu intoxiqué par la strychnine, accident assez rare du reste, n'a pu vérifier l'antidotisme de la paraldéhyde; il s'est contenté d'expériences sur les lapins. Mais il rappelle que l'administration de la strychnine à l'homme, pour combattre les manifestations de l'alcoolisme, a été fréquemment essayée et a donné des résultats excellents. De même, chez le chien, en combattant successivement, au moyen d'injections de strychnine, les accidents toxiques produits par l'alcool, il a pu faire ingérer à l'animal une dose énorme d'alcool sans amener la mort, et obtenir le développement de la gastrite ulcéreuse. On n'observe pas ordinairement cette lésion, les animaux succombant à l'empoisonnement alcoolique avant que la dose soit suffisante pour la produire.

M. *C. Paul* demande si l'on pourrait, en conséquence, formuler une potion *contre l'ivresse* renfermant une dose bien définie de strychnine.

M. *Dujardin-Beaumetz*. Lorsqu'on est en présence d'un individu ivre, on a affaire, le plus souvent, à un accident aigu greffé sur un état d'alcoolisme chronique; or on sait que les alcooliques supportent fort bien la plupart des médicaments toxiques à haute dose : aussi je pense que l'on pourrait, sans aucun danger, administrer dès la première fois 2 milligrammes de sulfate neutre de strychnine.

— M. *Brame* lit une note sur la *gravelle rénale et vésicale*. Il fait jouer, dans la pathogénie de la lithiase urinaire, un rôle prépondérant au régime alimentaire, et préconise, comme moyen de traitement, l'usage de l'eau de fontaine ingérée à haute dose.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André PETIT.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 22 février). — *Ordre du jour :* M. Martineau : Sur la syphilis du singe. — M. Gallard : Anévrysme miliaire de l'estomac ayant entraîné une hématémèse mortelle. — M. Du Castel : Etude clinique sur la sclérose pulmonaire.

BUREAU CENTRAL. — Un concours public pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris s'ouvrira le jeudi 20 mars 1884, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 18 février 1884, et sera clos définitivement le lundi 3 mars, à trois heures.

MUSÉE DU LABORATOIRE DE MÉDECINE LÉGALE DE LA MORGUE. — Le musée du laboratoire de médecine légale pratique de la Morgue vient d'entrer dans la période d'exécution par une série de reproductions du plus haut intérêt pour l'enseignement médico-légal. Citons d'abord les ravages du vitriol sur la face, le cou et la poitrine d'un jeune homme de vingt ans, avec destruction de l'oreille et de l'œil, puis les blessures par armes à feu et les lésions multiples par instrument tranchant; ces reproductions ont été faites sur nature avec une grande perfection et une entière exactitude de détails et de coloris par M. Jules Talrich, modeleur d'anatomie en cire à la Faculté de Paris.

C'est là un remarquable commencement pour le musée de ce laboratoire, qui a eu pour promoteur M. le professeur Brouardel, et M. le docteur Descoust pour chef des travaux.

LÉGION D'HONNEUR. — M. le docteur Vidal, médecin en chef de l'hospice d'Hyères, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Legendre (de Bléneau). Il n'avait que vingt-sept ans.

VARIOLE ET VACCINE A SMYRNE. — Dans l'épidémie de variole qui a régné à Smyrne en 1882, l'hôpital d'isolement créé à une heure de distance de la ville reçut, dit M. le docteur Eustratiade Siméon, du 1er octobre 1882 au 24 janvier 1883, 236 varioleux (140 hommes et 96 femmes), parmi lesquels *vingt-sept* seulement avaient été vaccinés. Parmi eux, 22 succombèrent, et des 214 autres, 24 eurent la variole hémorrhagique, 123 la forme confluente; les autres des formes bénignes. Des 27 varioleux vaccinés dans l'enfance, aucun n'est mort; 12 furent atteints de varioloïde, 3 de variole discrète et 12 de symptômes bénins. (*Gazette médicale d'Orient.*)

PRIX PROPOSÉS. — L'Académie des sciences, arts et belles-lettres de Caen met au concours (1885-1886) les prix suivants :

I. *Prix Dan de la Vauterie.* — De la conservation des sujets et pièces anatomiques. — Le prix est de 1000 francs. — Les mémoires devront être envoyés au plus tard le 31 décembre 1884.

II. *Prix Le Sauvage.* — Anatomie, histologie et homologie des différentes parties du système nerveux des poissons. — Le prix est de 2000 francs. — Les mémoires devront être envoyés au plus tard le 31 décembre 1885.

Les manuscrits envoyés à ces différents concours devront parvenir franco de port à M. Armand Gasté, secrétaire de l'Académie, rue Elie-de-Beaumont, 5.

HÔPITAL BICHAT. — *Conférences de clinique et de thérapeutique médicales.* — M. le docteur Henri Huchard commencera ses conférences, à l'hôpital Bichat, le dimanche 17 février, à dix heures et demie, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

MORTALITÉ A PARIS (6e semaine, du vendredi 1er au jeudi 7 février 1884). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1038, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 1. — Rougeole, 21. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 43. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 57.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 183. — Autres tuberculoses, 15. — Autres affections générales, 73. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 69. — Bronchite aiguë, 40. — Pneumonie, 66. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 39; au sein et mixte, 24; inconnu, 5. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 108; de l'appareil circulatoire, 71; de l'appareil respiratoire, 63; de l'appareil digestif, 47; de l'appareil génito-urinaire, 26; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 8. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 39. — Causes non classées, 3.

AVIS IMPORTANT

Les cinq premiers numéros des *Comptes rendus de la Société de biologie* ont été servis à tous les abonnés de la *Gazette hebdomadaire*. Le sixième, qui a paru aujourd'hui, n'a été adressé qu'à ceux qui ont jusqu'à ce jour souscrit à ce supplément. Nous rappelons que l'on peut, moyennant un supplément de 5 francs par chaque publication, recevoir les *Comptes rendus de la Société de biologie* et les *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur **A. DECHAMBRE**

MEMBRES : MM. les docteurs **BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS**

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 21 février 1884.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE, OPÉRATION, GUÉRISON. — LE PROJET DE LOI SUR LES ALIÉNÉS. — LA PNEUMONIE, MALADIE INFECTIEUSE. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : Grossesse extra-utérine; opération; guérison. — Le projet de loi sur les aliénés.

M. le docteur Pinard, accoucheur des hôpitaux, a fait au commencement de la dernière séance de l'Académie une communication très intéressante sur un cas de grossesse extra-utérine opérée avec plein succès par la voie vaginale. L'enfant paraissait être à terme; le placenta, trop adhérent, fut laissé en place et se détacha de lui-même au bout de dix-huit jours, pendant lesquels on avait pratiqué dans le kyste des injections avec une solution de sublimé au 1/2000e. Un mois après l'opération, la guérison était achevée.

Puis la discussion sur le projet de loi relatif aux aliénés a été continuée par un discours de M. Mesnet, dont la lecture n'a pas duré moins d'une heure, et où, mettant *en parallèle* la loi de 1838 et la loi projetée, l'orateur s'est appliqué à montrer, par des considérations tirées de l'expérience clinique, que la plupart des innovations proposées ou n'ajouteraient rien aux garanties existantes, ou ne seraient praticables qu'au détriment des malades. Ce discours a été accueilli avec une faveur marquée par l'Académie.

La pneumonie, maladie infectieuse.

Si le micrococcus pneumonique de Friedländer n'a pas eu la fortune rapide, inouïe de son contemporain, le bacille tuberculeux de Koch, les recherches qu'il a suscitées n'en ont pas moins passionné les esprits, particulièrement en Allemagne et en Italie. Depuis deux ans environ, il n'est guère de semaine où les journaux allemands ne nous apportent quelque mémoire, clinique ou expérimental, sur la nature et la pathogénie de la pneumonie franche aiguë. Ainsi a été remise sur le tapis une question, débattue depuis bien

FEUILLETON

Comment on devrait faire sa thèse.

Dans une précédente étude intitulée : *Comment on fait sa thèse* (voy. *Gazette hebdomadaire*, décembre 1883), nous avons signalé de nombreuses imperfections dans les thèses de doctorat. Ces imperfections ont, entre autres inconvénients, celui de déprécier singulièrement ce genre de travail. Il en résulte que la plupart d'entre elles restent dans l'oubli, que les auteurs négligent de les consulter, et que des documents importants y sont comme perdus. Qui se douterait, par exemple, que les ulcérations du pharynx et de l'œsophage dans la fièvre typhoïde, sur lesquelles M. Duguet a rappelé l'attention il y a quelques mois, ont été décrites vers 1840 par M. Nonat, ainsi qu'en fait foi la thèse de M. Typaldos-Prétenderis? Ce n'est certes pas moi, et je n'en saurais rien si M. Nonat lui-même n'avait pris la peine de venir à la bibliothèque de la Faculté me demander la thèse susdite, soutenue en 1846, pour relire le passage qui lui assure non pas la priorité, qui, je crois, appartient à Louis, mais l'antériorité (p. 27).

L'oubli plus ou moins mérité dans lequel tombent les thèses a été cause que plusieurs maîtres ont réimprimé dans leurs œuvres celles de leurs élèves qu'ils avaient inspirées, et qu'on en trouvera ainsi un assez grand nombre dans les *Mémoires de chirurgie* de M. Verneuil.

Voici d'ailleurs un fait qui prouvera mieux que tous les raisonnements combien on estime peu, dans les sphères officielles, notre collection de thèses. En vertu de certains accords internationaux, la Faculté de médecine de Paris donne sa collection annuelle de thèses aux Universités étrangères. Et sait-on combien, en échange de nos 30 gros volumes in-4°, la Faculté de Berlin nous donne? Deux volumes in-8° ! Et ceux qui ont pu comparer les deux collections trouvent que

longtemps, qui offre un intérêt majeur au point de vue de la pathologie générale.

Malheureusement, la plupart des travaux récents, publiés peut-être d'une façon trop hâtive par recherche immodérée de la priorité, souvent aussi conçus dans l'esprit le moins scientifique, présentent les plus graves lacunes; aucune donnée capitale ne s'est dégagée de cette enquête faite à grand fracas et, dans cette revue critique, nous aurons moins à enregistrer des résultats décisifs qu'à indiquer les diverses théories mises en avant, avec les arguments qu'on a invoqués en leur faveur et les objections auxquelles elles donnent prise.

I

Nul n'ignore que, relativement à la nature de la pneumonie fibrineuse, de la pneumonie lobaire aiguë, les pathologistes s'étaient depuis le siècle dernier divisés en deux camps.

Les uns, avec Huxham, voyaient dans l'affection pulmonaire une détermination locale d'un état général préexistant, d'une pyrexie dite fièvre pneumonique; doctrine particulièrement patronnée par l'École de Montpellier, à laquelle se rallièrent d'éminents cliniciens, comme Hirtz à Strasbourg, Marrotte et Parrot à Paris, Bernheim à Nancy.

Les autres, après Andral et Grisolle, classaient la pneumonie parmi les phlegmasies locales. Cette conception, adoptée généralement par l'École de Paris, comptait en France, jusque dans ces derniers temps, beaucoup plus de partisans, ainsi qu'en témoigne par exemple la substantielle revue de M. Hallopeau (*Revue des Sciences médicales*, 1878).

Mais les choses ont singulièrement changé de face, depuis que la doctrine de la pneumonie, maladie générale, nous est revenue d'Allemagne sous le couvert d'illustres cliniciens et anatomopathologistes comme Traube, Klebs, Jürgensen, Cohnheim, Leichstentern, depuis aussi que les doctrines parasitaires ont pris le rapide essor auquel nous assistons. Plusieurs thèses d'agrégation ou de doctorat, les leçons de M. le professeur Sée (*Union médicale*, 1882), un récent article de M. Hallopeau (*Union médicale*, 1884) indiquent un revirement notable dans les esprits. Ceux mêmes que les arguments, pour nous si probants, si décisifs de Traube et de Jürgensen avaient laissés réfractaires à la doctrine traditionnelle, ont dû, parfois à regret, tenir un large compte des travaux entrepris dans un ordre d'idées nouveau, et surtout des recherches expérimentales relatives à l'origine parasitaire de certaines pneumonies.

Il semble, dores et déjà, que la nature infectieuse de divers processus pneumoniques n'est plus révoquée en doute par personne. Cependant l'entente est loin d'être faite : tout au contraire, la question est devenue beaucoup plus complexe qu'elle ne l'était il y a quelques années.

A côté de l'opinion radicale qui fait de la pneumonie aiguë une maladie infectieuse spécifique, à ranger parmi les pyrexies, auprès, par exemple, de la dothiénentérie, plusieurs autres théories ont leurs défenseurs. Les uns ne voient dans la pneumonie qu'un syndrôme, que l'expression locale d'états généraux très divers, infectieux ou non. D'autres enfin, et ce sont peut-être les plus nombreux, ne pouvant se résigner à abandonner entièrement la doctrine localisatrice, admettent deux variétés de pneumonies, celles-ci d'origine infectieuse, incombant par suite aux pyrexies, celles-là, phlegmasies simples, produites habituellement par l'action directe du froid sur le poumon.

Quant aux théories d'après lesquelles la pneumonie ne serait qu'une modalité soit de l'érysipèle, soit de la fièvre typhoïde, elles sont beaucoup trop aventurées pour fixer l'attention.

Envisageons ce problème en interrogeant successivement la clinique, notre guide le plus sûr, et la pathologie expérimentale dont les données sont encore des plus confuses, pour ne pas dire des plus contradictoires.

Notre tâche sera d'ailleurs facilitée par deux thèses récentes de Paris, celle de Demmler (*Des pneumonies infectieuses*, 1882) et celle de Giscaro (*De la pneumonie grave dite infectieuse*, etc., 1883), où l'on trouve les renseignements bibliographiques les plus complets jusqu'au commencement de 1883. Nous n'aurons à y ajouter, pour retracer fidèlement l'état actuel de la question, que les travaux, particulièrement expérimentaux, qui ont paru depuis cette époque dans divers recueils scientifiques.

II

La pneumonie lobaire aiguë peut-elle être, dans certains cas, considérée comme une maladie locale? Faut-il maintenir, à côté des pneumonies infectieuses, une autre forme, peut-être plus fréquente, dans laquelle il s'agirait d'une inflammation simple, et où rentrerait par exemple la pneumonie classique *a frigore?* Telle est la question préjudicielle à résoudre, et qu'à notre sens les enseignements de la clinique à eux seuls permettent de trancher d'une manière absolue.

---

nous n'y perdons rien! Ne serait-il pas urgent de chercher à améliorer un peu cet état de choses?

Les thèses sont et doivent rester des recueils de documents, soit historiques, soit nouveaux sur la question à traiter. Elles pourront continuer à se composer d'une partie de compilation et d'une partie originale, de même que l'une de ces deux parties pourra suffire pour composer la thèse. De là trois espèces dans ce genre de travail. On peut en effet :

1° Exposer l'état actuel d'une question à l'aide de documents déjà publiés;

2° Exposer l'état actuel d'une question, peu étudiée jusqu'alors, et l'étudier ensuite à l'aide de documents nouveaux;

3° Étudier une question nouvelle.

1. — A propos d'un fait qui semble extraordinaire, celui qui l'a observé éprouve le besoin de connaître ce que ses prédécesseurs ont pu dire sur le même sujet. C'est ainsi en particulier que sont nées les thèses faites depuis une quinzaine d'années sous l'inspiration de M. Verneuil et relatives à l'influence réciproque des états constitutionnels et des lésions traumatiques. La plupart de ces thèses ont été faites à l'aide de la méthode bibliographique, en ajoutant çà et là quelques observations inédites à celles qui existaient déjà dans la science.

On est ainsi arrivé à faire l'historique de ces questions et à rendre à nos vieux auteurs la part, souvent bien minime, qui leur revenait dans ces chapitres de la pathologie générale chirurgicale.

Voici la marche à suivre pour faire une de ces thèses, sur lesquelles, à l'époque où elles ont été soutenues, il n'existait encore aucun travail d'ensemble, mais seulement un certain nombre de phrases, d'idées vagues, d'observations prises à d'autres points de vue, de faits écourtés, épars dans des ouvrages relatifs à tout autre sujet. Prenons par exemple les

S'il est, en effet, un processus qui présente au plus haut degré les caractères des pyrexies, c'est à coup sûr la pneumonie et surtout la forme dite inflammatoire « genuine » des Allemands. Début rapide par des phénomènes qui décèlent la participation de l'économie entière au procès morbide, apparition plus ou moins tardive des signes locaux, défaut de corrélation entre les symptômes locaux et généraux, marche cyclique de l'affection, terminaison critique, ne sont-ce pas les traits cliniques incontestés des pyrexies? D'ailleurs, si quelques-uns de ces caractères séméiologiques, pris isolément, n'ont qu'une valeur contestable au point de vue doctrinal, leur réunion doit, selon nous, emporter la conviction, et cela d'autant plus que les partisans de la doctrine contraire n'ont jamais pu étayer leur opinion d'aucun argument clinique sérieux.

Ainsi, derrière toute pneumonie lobaire, il faut chercher la pyrexie dont elle est l'expression. Reste à savoir si cette pyrexie est spécifique, toujours identique à elle-même au point de vue étiologique, comme une fièvre éruptive, et quelle est la nature de ce processus. Infectieuse toujours, disent les uns; infectieuse parfois, disent les autres.

Nous avons déjà constaté que l'intervention d'un élément de cet ordre dans un certain nombre de cas, au moins, n'est plus douteuse aujourd'hui. Sans parler des phlegmasies lobaires dues évidemment à l'action sur le poumon d'un virus comme celui de la fièvre typhoïde, de la fièvre puerpérale, de l'érysipèle ou d'un agent miasmatique comme celui de la malaria et de la grippe, sans parler des pneumonies dites secondaires, on voit souvent en clinique la pneumonie primitive évoluer avec des caractères cliniques qui rappellent ceux des maladies infectieuses les plus avérées. Période prodromique, quelquefois assez prolongée avec malaise général, céphalalgie, épistaxis; invasion moins brutale que dans les pneumonies franches, avec frissons légers et répétés; période d'état marquée par une adynamie ou une ataxie précoce que rien dans les antécédents des malades ne peut expliquer, par une hypertrophie souvent très marquée du foie et surtout de la rate, par un ictère hémaphéique, une albuminurie abondante, de la diarrhée, parfois par des phénomènes d'asthénie cardiaque et des hémorrhagies; enfin marche lente de l'affection, avec terminaison plutôt en lysis, telle est la physionomie de la pneumonie infectieuse, envisagée dans son type le mieux dessiné, en dehors des complications plus ou moins fréquentes : endocardite, péricardite, néphrite parenchymateuse, méningite, etc.

Peut-on révoquer en doute la nature d'une semblable entité morbide, alors surtout que l'autopsie vient révéler l'existence de lésions, comme la dégénérescence graisseuse des viscères et en particulier du cœur, le ramollissement de la pulpe splénique, les végétations de l'endocarde, les hémorrhagies parenchymateuses dues en partie à un sang parfois plus fluide, plus pauvre en fibrine qu'à l'état normal (1)?

Ce caractère infectieux, qui découle si nettement de l'observation clinique, l'enquête étiologique est venue souvent le confirmer, en faisant ressortir la fréquence des épidémies de village, de maison, de pénitencier, etc. Renvoyant le lecteur aux thèses de Demmler et de Giscaro, qui nous en donnent une énumération complète, bornons-nous à signaler l'épidémie que Scheef vient de décrire dans le récent ouvrage de Jürgenson sur la pneumonie (Tübingue, 1883). A Lustnau, village de 1633 habitants, on eut à constater, en quatre mois, 44 cas de pneumonie avec 23 pour 100 de mortalité.

Quant à la contagiosité de la maladie, même dans les formes les plus infectieuses, aucun fait probant ne permet de l'affirmer. Comme le dit M. Sée, le développement successif ou simultané d'un grand nombre de cas de pneumonie s'explique tout naturellement par l'existence d'un même agent d'infection, frappant à tour de rôle les personnes vivant dans le même milieu, sans qu'il soit nécessaire d'admettre la transmission directe de la maladie d'homme à homme.

Ainsi, second fait bien établi, la pneumonie peut être d'origine infectieuse. L'est-elle *toujours?* Y a-t-il un virus pneumonique comme un virus scarlatineux ou rubéolique? Nous touchons ici au point le plus délicat de la question.

Les cliniciens qui résistent à la doctrine de la pneumonie, pyrexie spécifique toujours infectieuse, doctrine si attrayante dans sa simplicité, si conforme aux tendances actuelles, peuvent invoquer à l'appui de leur thèse de nombreux et solides arguments.

Arguments cliniques : rien, dans la forme franche, dans la fièvre pneumonique *a frigore* de l'adulte, par exemple, rien, disent-ils, ne décèle l'infectiosité; tout, au contraire, le début brusque, sans prodromes appréciables, les signes fournis par la marche de la température, le pouls, les urines, l'intégrité habituelle des organes, que touchent habituellement

(1) L'examen du sang pourrait donner à cet égard des indications utiles; c'est du moins ce qui résulte d'un travail que MM. Hayem et Gilbert vont publier sur deux observations de pneumonie infectieuse, intéressantes à divers titres. Dans un de ces cas, le sang ne présentait pas les « caractères phlegmasiques » qu'on constate toujours dans les pneumonies franches.

---

rapports du paludisme avec le traumatisme, dont on pourrait actuellement écrire l'histoire à peu près complète, ce qui était impossible à l'époque où M. Dériaud a rédigé sa thèse (1868), la première sur ce point.

Il faut parcourir les ouvrages, monographies ou chapitres consacrés au paludisme, aux fièvres intermittentes, aux complications des plaies, les récits d'expéditions de nos médecins de la marine ou de l'armée dans les pays à fièvre, lire les observations de leurs blessés ou opérés, copier ou résumer celles qui renferment des détails relatifs à l'influence du paludisme sur la marche et les complications des plaies, ou du traumatisme sur le réveil du paludisme, et chemin faisant, noter les idées de l'auteur sur le sujet.

La moisson de documents terminée, on pourrait déjà faire l'historique de la question ; il suffirait de ranger les documents par ordre de date, d'en dresser la liste, et de dire à propos de chacun d'eux : « A telle époque, M. X... écrivait : » ci, le passage s'il est court, ou le résumé s'il est trop long; — ou bien : « A telle date, nous trouvons dans l'ouvrage de M. Z..., avec (ou sans) commentaires, une observation dans laquelle il est dit que... » Suit la citation *in extenso* ou en résumé.

L'examen et le classement des observations permettrait ensuite de faire la description nosographique du sujet.

Pour le paludisme, comme d'ailleurs pour tous les états constitutionnels dont les rapports avec le traumatisme ont été étudiés, on sait que l'état général et la lésion se comportent vis-à-vis l'un de l'autre de quatre manières : ou ils sont indifférents l'un pour l'autre; — ou le premier seul réagit sur le second ; — ou le second seul sur le premier; — ou les deux à la fois l'un sur l'autre. D'où une première division en quatre chapitres.

Le premier, celui de l'indifférence, ne comporte pas de subdivisions. Il a même été omis jusqu'ici dans les thèses dont nous nous occupons, et voici pourquoi. Lorsque M. Verneuil a entrepris d'étudier dans tous ses détails cette question si

les microorganismes, foie, rate, rein, cœur, enfin le facies des malades, tout cela rapproche la pneumonie des fébriphlegmasies, de ces espèces pathologiques qu'on a parfois appelées pyrexies inflammatoires, comme le rhumatisme articulaire aigu, bien plus que des pyrexies infectieuses, comme les fièvres éruptives ou la dothiénentérie. L'appareil symptomatique général, le seul qui puisse nous renseigner sur la nature intime du processus, est de tous points comparable à celui qu'on observe dans les diverses manifestations du coup de froid, telles qu'une angine inflammatoire aiguë, une bronchite intense, une congestion pulmonaire avec épanchement pleural.

Arguments étiologiques : la production très fréquente de la pneumonie, en dehors de toute intoxication appréciable, de toute influence épidémique, sous l'action manifeste du froid, plaide contre l'origine infectieuse. De plus, on ne saurait admettre la spécificité, l'unicité de l'agent morbifique, puisque, dans beaucoup d'épidémies même, on a dû tantôt incriminer les maladies régnantes à la même époque ou peu auparavant, telles que la fièvre typhoïde et la grippe, tantôt accuser des germes miasmatiques, analogues à celui de la malaria, tantôt enfin invoquer, comme cause prochaine, la misère, le surmènement et l'encombrement, notamment dans les épidémies de casernes et de pénitenciers. Il faudrait donc, pour le moins, supposer que des agents infectieux très divers peuvent donner lieu à des phlegmasies lobaires aiguës et renoncer à l'hypothèse d'un virus spécifique.

Donnons maintenant la parole aux sectateurs de la nouvelle doctrine.

Du moment où l'on est forcé d'admettre l'origine infectieuse de certaines pneumonies, il faut nécessairement l'admettre pour toutes; car il n'est pas, à leur dire, d'affection plus *une* dans sa physionomie clinique que la pneumonie lobaire. D'ailleurs, entre la forme dite inflammatoire et la forme nettement infectieuse, il n'y a point de différences radicales au point de vue séméiologique, mais seulement des nuances, comme on en voit dans toutes les maladies, et qui dépendent non de la graine morbide, mais du terrain sur lequel elle a germé.

D'autre part, à examiner les choses de près, il n'est guère de pneumonie où l'on ne constate un certain degré d'hypertrophie splénique et d'albuminurie, phénomènes réputés infectieux, et, pour qui cherche bien, il n'est guère d'autopsie de pneumonique où l'on ne trouve des altérations viscérales, de la splénomégalie, des végétations sur l'endocarde.

Pas plus que les données cliniques, les résultats de l'enquête étiologique ne pourraient, prétend-on, être invoqués contre la doctrine de la spécificité pneumonique. Certes le point de départ infectieux n'est pas toujours facile à saisir; mais pareille chose se voit pour toutes les maladies parasitaires. Quant à l'influence du froid, fort exagérée d'ailleurs autrefois, comme en témoignent les statistiques récentes, quant à l'influence de l'âge, de la misère physiologique, de l'encombrement, elles s'expliquent ici de la même façon que pour les autres processus infectieux. Ces divers facteurs pathogéniques ont pour effet de diminuer la résistance de l'économie, de la mettre en état de réceptivité morbide, et rien davantage.

Qui ne sait que beaucoup de maladies infectieuses se voient surtout chez les individus débilités, ou dans certaines saisons, qu'elles évoluent de préférence dans certains milieux préparés en quelque sorte à leur éclosion, par des intoxications antérieures de nature toute différente! Le germe pneumonique, comme le bacille de la tuberculose, est partout, *quærens quem devoret*, prêt à lever dès que telle ou telle circonstance accidentelle, comme un refroidissement brusque, aura mis l'organisme hors d'état de résister à son action pathogénique.

Enfin les novateurs invoquent les faits expérimentaux dont, du reste, pour la plupart, ils ne s'exagèrent pas l'importance. C'est, en effet, sur ce terrain que le débat sera peut-être vidé un jour. Voyons donc si à cet égard leurs espérances ne sont pas prématurées, si les résultats acquis sont de nature à nous faire abandonner la doctrine traditionnelle pour la conception, si séduisante, trop séduisante même, que nous venons d'exposer à grands traits.

III

S'il fallait juger les recherches expérimentales toutes récentes de Friedländer et d'autres physiologistes allemands et italiens au retentissement qu'elles ont eu, la cause serait jugée dans le sens des partisans de la spécificité de la pneumonie. Mais, à un examen même superficiel, on ne tarde pas à s'assurer qu'il y a eu en réalité beaucoup de bruit pour peu de chose. Les résultats obtenus sont des moins concluants; aussi pourrons-nous être brefs sur cette partie de la question ; ceux d'ailleurs que les détails de technique pourraient intéresser, trouveront les renseignements essentiels à cet égard dans un article de Bricon (*Progrès médical*, décembre 1883).

Deux mois avant la publication du fameux mémoire de Koch sur le bacille de la tuberculose, Friedländer déclarait

---

étendue, il a voulu d'abord connaître les manières dont les diathèses et les blessures se comportaient les unes envers les autres; il a donc recueilli ou fait rassembler par ses élèves les faits positifs, en laissant de côté ceux d'indifférence.

Lorsqu'on reprendra l'étude de ces questions, il y aura lieu de tenir compte à l'avenir de cette catégorie de faits, surtout si ces études se font à l'aide d'observations nouvelles. Cent paludiques blessés étant donnés, par exemple, on devra indiquer d'abord le nombre de cas dans lesquels le paludisme antérieur et la lésion n'ont eu aucune action l'un sur l'autre. Ce sera le chapitre de l'indifférence réciproque de la diathèse et du traumatisme.

On pourra encore, pour certains états constitutionnels dont les manifestations spontanées sont peu connues, dresser, comme étude préliminaire, la liste de ces manifestations; cet inventaire servira d'abord à indiquer dans quels chapitres de la pathologie il faut chercher des renseignements sur les manifestations provoquées par le traumatisme chez tel ou tel diathésique; puis à montrer dans la suite que les accidents provoqués par le traumatisme ne diffèrent pas de ceux qui seraient nés spontanément. La série d'articles que M. Verneuil a consacrés récemment dans la *Revue de chirurgie* au paludisme considéré au point de vue chirurgical, pourra servir de modèle pour cette sorte d'introduction.

Le second chapitre, celui de l'influence de l'état général sur la lésion locale, comporte autant de subdivisions que l'état général peut faire naître de complications au point blessé; soit, pour le paludisme: l'hémorrhagie, la névralgie, l'érysipèle, la lymphangite, la gangrène, la pourriture d'hôpital, etc.

Le troisième, celui de l'influence de la lésion locale sur l'état général, comprend de même autant de subdivisions que ces deux états ont de manières de se modifier réciproquement; par exemple, le traumatisme rappelle une des formes de la fièvre intermittente, et quelques jours après le paludisme fait naître une hémorrhagie au point blessé; ou bien

avoir trouvé constamment (huit cas) dans le tissu hépatisé des micrococcus spéciaux, de forme ellipsoïde, isolés ou accouplés deux à deux (*Virchow's Arch.*, février 1883). Peu après, Leyden (Société de médecine de Berlin, 1882 et 1883) en constatait également l'existence dans le sang des pneumoniques et dans l'exsudat retiré du poumon, pendant la vie, au moyen d'une ponction avec la seringue de Pravaz; mais les mêmes microorganismes existent, à son dire, dans d'autres maladies, telles que la méningite et l'érysipèle.

Un grand nombre d'histologistes allemands et italiens confirmèrent les faits avancés par Friedländer; enfin celui-ci, dans un mémoire plus complet (*Fortschr. der Med.*, novembre 1883), donnait comme caractère essentiel de ce microorganisme la production d'une capsule de mucine, particularité qu'avaient signalée avant lui Gunther et Matray.

Friedländer nous apportait en même temps les résultats de ses premiers essais d'inoculation; il avait, du reste, été précédé dans cette voie par Salvioli et Zäslein (*Centralbl. f. die med. Wiss.*, octobre 1883).

D'après ces auteurs, les micrococques de Friedländer apparaissent dès le deuxième jour dans les crachats pneumoniques; ils deviennent fort abondants vers le sixième ou le septième; à partir de ce moment, ils diminuent progressivement de nombre jusqu'au dixième jour où on ne peut plus les trouver. On les rencontre également dans le sérum sanguin; ils n'existent que chez les pneumoniques. Enfin, après avoir donné très succinctement les résultats toujours positifs de leurs inoculations du microbe cultivé chez le lapin, Salvioli et Zäslein concluent à la spécificité pathogénique de ce microbe.

Friedländer a pu également cultiver des pneumoniecoccus dans divers milieux et faire des inoculations; les résultats ont été négatifs chez les lapins (contrairement à Salvioli), variables chez les cobayes, toujours positifs chez les souris. En injectant des produits de culture dans le poumon de ces animaux, ou en les leur faisant inhaler, il a toujours déterminé des lésions pulmonaires, analogues ou identiques à celle de la pneumonie lobaire, et des inflammations de la plèvre; les micrococques se retrouvent dans les poumons, les exsudats pleurétiques et le sang.

Ces recherches sont-elles de nature à entraîner la conviction? Evidemment non, et cela pour plusieurs motifs. En premier lieu, on constate de notables divergences dans les descriptions que donnent les histologistes du pneumoniecoccus, et dans leurs résultats expérimentaux. En second lieu si, en mettant directement en contact avec le poumon leurs liquides de culture, Friedländer et Salvioli ont créé de toutes pièces des phlegmasies fibrineuses, ils n'ont nullement réalisé le type clinique de la pneumonie lobaire. Nous n'en voulons d'autre preuve, pour rester sur le terrain anatomique, que la production d'épanchements pleuraux roussâtres, fait qu'on n'observe point dans la maladie en question.

Le micrococque de Friedländer ne serait-il qu'un microbe fibrinogène? Il est permis de le supposer.

N'en est-il pas de même pour le microorganisme que Talamon vient de décrire à la Société anatomique (*Progrès médical*, décembre 1883)?

Talamon a trouvé dans les exsudats pneumoniques, soit pendant la vie, soit après la mort, un microbe particulier, à forme caractéristique, lancéolée, en grain d'orge ou de blé, susceptible d'être isolé et cultivé dans un milieu spécial. Lorsqu'on introduit le liquide de culture directement dans le poumon d'un lapin, on obtient une pneumonie avec pleurésie et fréquemment aussi une péricardite fibrineuse. Qu'on l'injecte au contraire sous la peau, les résultats sont absolument négatifs.

S'appuyant sur ce dernier fait et sur l'absence à peu près constante (23 fois sur 25) de microorganismes dans le sang, Talamon conclut que la pneumonie lobaire fibrineuse est une maladie infectieuse locale, produite par la multiplication dans le poumon de ce nouveau microbe.

Il est bien difficile de souscrire à des conclusions aussi inattendues; rien ne prouve que ce microorganisme soit l'élément spécifique de la pneumonie; tout au plus pourrait-on admettre que, possédant des propriétés fibrinogènes, il joue un certain rôle dans l'évolution des lésions pulmonaires, mais non qu'il intervienne dans la genèse même de la maladie.

A quoi se résument, en effet, les expériences de Talamon? En introduisant un microorganisme, pris dans un foyer d'inflammation fibrineuse, dans un tissu de même nature que celui où il l'a recueilli, il a obtenu une lésion également fibrineuse, avec fièvre secondaire. La fièvre pneumonique a-t-elle, pour cela, été reproduite expérimentalement? Poser la question, c'est la résoudre.

Aussi, sans contester l'intérêt des recherches que nous venons de relater succinctement, nous pouvons répondre par une fin de non recevoir aux prétentions de ceux qui pensent avoir résolu la question qui nous occupe par la méthode expérimentale. *Adhuc sub judice lis est.*

L. Dreyfus-Brisac.

---

nous trouvons des combinaisons de fièvre avec névralgie locale, de névralgie à distance avec hémorrhagie locale, etc.

Chacune des complications, soit de la blessure, soit de l'état général, pourrait d'ailleurs à elle seule faire le sujet d'un travail particulier. On pourrait alors en écrire l'historique, l'étiologie et la pathogénie, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Si l'on veut se borner à la question d'ensemble, il faut se contenter de faire, pour chacune des subdivisions que nous avons indiquées, l'énumération, l'inventaire en quelque sorte, de ses documents, en les faisant suivre de remarques sur leur importance ou leur signification à tel ou tel point de vue.

On peut d'ailleurs, suivant leur nombre, les insérer *in extenso* ou en donner seulement un résumé plus ou moins étendu.

Si l'on se propose de ne traiter que la partie du sujet relative à une complication provoquée par le traumatisme ou la diathèse, il faut, pour tirer le meilleur parti possible de ses documents, en dresser un tableau dans les cases duquel on fera rentrer tous les détails des observations. Soit, par exemple, l'hémorrhagie palustre. Prenez une grande feuille de papier; divisez la par des lignes verticales en autant de parties qu'il y aura de détails relatifs à :

L'âge du sujet;
Son sexe;
Sa constitution;
Ses antécédents morbides;
La nature et le siège de la blessure;
La durée du paludisme;
Le nombre, la gravité des accès palustres antérieurs;
Les formes antérieures du paludisme;
Le traitement employé et ses résultats;
Le temps écoulé entre la blessure et l'apparition de l'hémorrhagie;

Contributions pharmaceutiques.

SUR LA PHARMACOLOGIE DU PHOSPHORE.

Nos lecteurs ont sans doute remarqué que, dans le traitement des lymphadénomes du cou, M. le professeur Verneuil s'était bien trouvé de l'emploi du phosphore sous forme d'huile phosphorée à la dose de quelques gouttes par jour. La préparation dont il s'était servi était ainsi composée : huile, 30 grammes ; phosphore, 1 gramme. Plusieurs journaux de médecine ayant reproduit cette formule, et le nom de son auteur lui donnant du crédit, nous profiterons de cette occasion pour dire quelques mots sur les diverses préparations du phosphore.

Nous passerons sous silence la pommade phosphorée, médicament infidèle et, à vrai dire, impraticable. Nous ne parlerons pas non plus de l'éther phosphoré, solution qui ne sert guère qu'à faire les granules homœopathiques, qui n'ont du phosphore que le nom, ce métalloïde étant passé à l'état d'acide phosphorique, quelquefois même avant la fin de l'opération. Le beurre de cacao phosphoré, susceptible d'affecter la forme pilulaire, mériterait peut-être une mention spéciale ; cependant nous ne nous y arrêterons pas davantage, afin de ne pas dépasser les limites qui nous sont assignées. Nous ne nous occuperons donc que de deux préparations, mais bien sûres et bien stables, celles-là : l'*huile phosphorée* et le *phosphure de zinc*.

Jusqu'en l'année 1868, les médecins n'avaient eu à leur disposition qu'une huile phosphorée si altérable et si désagréable à prendre, qu'elle était devenue un obstacle à l'emploi du phosphore en médecine. Le besoin d'une préparation pharmaceutique commode et durable se faisait sentir. Convaincu que l'action de l'hydrogène phosphoré sur l'économie était identique avec celle du phosphore, nous cherchâmes si, parmi les phosphures métalliques dont nous avions fait une étude chimique particulière, il ne s'en trouverait pas un dont les éléments eussent assez peu de cohésion pour être décomposés par les acides de l'estomac.

Il ne fallait pas songer au phosphure de fer, qui aurait certainement plu au corps médical, mais qui a le grand inconvénient d'être inattaquable. Le phosphore est doué d'une si grande affinité pour le fer, que rien ne peut séparer ces deux corps une fois combinés. En métallurgie, on rejette les fers phosphorés comme n'ayant pas la ténacité et la ductilité nécessaires. Un minerai donnant une fonte phosphorée est dit de mauvaise qualité et ne peut être exploité. *Bessemer* lui-même, qui, au moyen d'une puissante injection d'air, transforme en une demi-heure dix tonnes de fonte en acier, n'a pu jusqu'à présent ravir le phosphore au fer qui le retient. Il est à présumer cependant que, si un jour ce problème est résolu, il le sera certainement par lui, parce que depuis bien des années il en fait l'unique objet de ses préoccupations. Obligé, non sans regrets, d'abandonner le phosphure de fer, nous nous reportâmes sur le phosphure de zinc, corps bien défini, cristallisé, stable, inaltérable, dont la cohésion est faible, les équivalents des deux facteurs étant presque égaux. Les résultats dépassèrent immédiatement nos espérances. Non seulement ce produit se décomposait au contact des acides les plus faibles, mais même à celui des alcalis. De sorte qu'on avait la certitude qu'une dose quelconque de ce sel introduite dans l'économie s'y transformerait complètement en hydrogène phosphoré actif et en un composé zincique négligeable. Il restait seulement à en établir solidement les proportions. Nous fûmes assez heureux pour y arriver, et les résultats de ce long travail furent publiés dans le *Bulletin de thérapeutique*, n° de mars 1868. A partir de ce moment, le phosphore fut dans la main du médecin un agent aussi pratique que l'arsenic. Il n'y avait qu'à se souvenir que 8 milligrammes de phosphure de zinc correspondaient à 1 milligramme de phosphore.

Mais nous n'étions pas seul à poursuivre le même but. Notre confrère Méhu cherchait de son côté à rendre l'huile phosphorée inaltérable. Après des essais sans nombre, il eut la bonne fortune de trouver qu'en chauffant de l'huile pendant dix minutes à 150 degrés et y faisant dissoudre 1 gramme pour 100 de phosphore, on obtenait un liquide de conservation indéfinie et très propre aux usages pharmaceutiques.

Depuis 1868, la thérapeutique a donc été pourvue de deux médicamens parfaitement scientifiques. Quel parti en a-t-elle tiré ? Un assez médiocre, à notre avis. Une grande obscurité règne encore sur l'action du phosphore au point de vue médicamenteux.

Aurons-nous la satisfaction d'assister à ses succès ? Nous en avons toujours l'espérance. Voyez ce qui est arrivé pour le chloroforme et pour le chloral.

En 1831, Liebig et Soubeyran découvrent le chloroforme. Ce n'est qu'un composé de plus dans la foule des carbures d'hydrogène chlorés. Mais en 1847, la propriété anesthésique du chloroforme est découverte, et voilà les auteurs qui, avec juste raison, passent du même coup à la postérité.

Les phénomènes concomitants locaux, à distance et généraux ;

La durée, l'intensité de l'hémorrhagie ;

Sa périodicité ;

Le traitement employé, local ou général ;

Son résultat.

Mettez en tête de chaque colonne une des désignations précédentes en laissant une place au commencement ou à la fin pour le nom de l'auteur et l'indication bibliographique, et écrivez sur autant de lignes horizontales qu'il sera nécessaire, en face de chaque auteur, les détails qui peuvent rentrer dans ces colonnes. En parcourant chaque colonne de haut en bas, on voit immédiatement les résultats que peuvent donner chacune des particularités du tableau. Vous n'avez plus qu'à réunir ces détails en autant de chapitres qu'il y a de colonnes et votre thèse est fondée sur des bases certaines.

En prenant, je suppose, 100 observations de ce genre, on sait immédiatement la proportion relativement exacte donnée par chaque particularité. N'est-ce donc rien que de pouvoir remplacer dans la description d'une maladie la formule banale : « Elle paraît plus fréquente dans l'enfance que chez l'adulte, ou chez l'adulte que chez le vieillard », par cette autre : « Sur 100 malades, 35 avaient de 5 à 10 ans, 30 de 10 à 15 ans, 17 de 15 à 20 ans, 10 de 20 à 25 ans, 5 de 25 à 30 ans, et 3 de 30 à 35 ans » ? On voit ainsi que la maladie est plus fréquente dans le jeune âge, et qu'elle va en décroissant d'une période quinquennale à l'autre ; mais on sait de plus dans quelles proportions, déterminées par des chiffres, cette décroissance a lieu, et la notion étiologique banale fournie par l'âge du malade est sortie de sa banalité.

On pourrait en dire autant pour le sexe, et d'une manière générale pour tout ce qui concerne l'étiologie.

Il est probable que beaucoup de nos colonnes resteront inoccupées dans un certain nombre de nos observations, parce que les auteurs les ont recueillies et rédigées à un

Il en est de même du chloral. Liebig découvre ce corps en 1832. M. Dumas en fait une étude approfondie, puis le chloral tombe dans l'oubli jusqu'en 1869, moment où M. Liebreich l'en tire pour le faire entrer si brillamment dans la thérapeutique.

Ces deux exemples expliquent bien notre pensée; et nous croyons, encore une fois, au succès définitif du phosphore en médecine. Dans toutes les parties du monde, des observateurs éminents se sont attachés à cette question, et il n'y a rien de téméraire à espérer de leurs efforts un résultat favorable.

Pour conclure, nous dirons qu'il faut borner l'emploi du phosphore aux deux préparations suivantes :

1° Le phosphure de zinc en pilules de 8 milligrammes correspondant à 1 milligramme de phosphore, administrées au nombre de 2 à 8 par jour;

2° L'huile phosphorée au centième en capsules de 10 centigrammes, contenant par conséquent 1 milligramme de phosphore. Ces capsules ou perles existent dans le commerce dans de bonnes conditions.

Nous ne terminerons pas sans rappeler aux praticiens que, le phosphore réclamant plusieurs jours pour s'éliminer de l'organisme, les quantités prescrites doivent toujours être faibles, et qu'il est indispensable d'interrompre de temps en temps le traitement afin d'éviter un emmagasinement qui ne serait pas sans danger.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

De la tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë. Lu à la Société médicale des hôpitaux, le 8 février 1884, par M. Ch. Fernet, agrégé, médecin de l'hôpital Beaujon.

(Fin. — Voyez le numéro 7.)

Obs. III. — H... (Dominique), âgé de vingt et un ans, laveur, entre le 26 février 1883 à l'hôpital Beaujon (salle Saint-Jean, n° 14).

C'est un grand et vigoureux garçon, dont les antécédents sont bons et la santé antérieure excellente : il n'a pas eu d'autre maladie qu'une fièvre intermittente, l'an dernier, à accès quotidiens, qui aurait cessé d'elle-même sans autre traitement que du lait.

La maladie actuelle a débuté il y a dix jours : à ce moment, H..., étant constipé, a pris un purgatif, et depuis il a eu une diarrhée qui persiste encore; il a éprouvé quelques douleurs dans le côté droit du ventre. Il a perdu l'appétit et a eu une fois un vomissement après avoir bu du lait tiède. Tous les soirs il a de la fièvre et il transpire pendant la nuit. Il a de l'insomnie, mais pas de céphalalgie; une épistaxis il y a huit jours. Depuis deux jours il tousse et expectore quelques crachats blancs mousseux.

La langue a l'aspect normal, elle est humide et sans tremblement. Le ventre est tendu, météorisé, un peu douloureux au niveau de la fosse iliaque droite; on trouve quelques taches qui ne présentent pas absolument les caractères des taches rosées lenticulaires. L'auscultation de la poitrine fait entendre quelques râles muqueux disséminés avec prédominance au sommet gauche. Le malade a un peu de stupeur. La fièvre est modérée (température 38 degrés); il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Je porte d'abord le diagnostic de fièvre typhoïde, bien que le tableau symptomatique soit incomplet (à ce moment, au déclin d'une épidémie intense de fièvre typhoïde, nous observions un certain nombre de cas légers).

Cependant, au bout de quatre jours (1er mars), nous devions réformer ce diagnostic et le remplacer par celui de tuberculose des grandes membranes séreuses. Voici, en effet, ce que nous observons : Le malade est sans fièvre (température, 37 degrés). Le ventre a grossi; il est tendu, douloureux spontanément et à la pression dans sa partie droite; à ce niveau, on sent un empâtement diffus qui se propage vers l'ombilic; il existe un peu d'ascite caractérisée par de la matité dans les parties déclives et du tympanisme dans les parties élevées, la sensation de flot n'est pas nette. L'examen de la poitrine révèle un épanchement occupant le tiers inférieur de la plèvre gauche en arrière; peut-être y a-t-il aussi un peu d'épanchement dans la plèvre droite, mais là les signes sont moins nets. En outre, le sommet des deux poumons est suspect : à ce niveau, on entend de la respiration rude et même un peu de souffle à droite; il y a des signes d'adénopathie trachéo-bronchique des deux côtés. L'appétit est presque conservé; la langue est saburrale, la diarrhée persiste. On soumet le malade à l'usage de la poudre de viande et au lait; potion de Todd. Dès le lendemain, on commence des applications de teinture d'iode sur le ventre et sur la poitrine, à répéter tous les deux jours.

Le malade pèse 166 livres (6 mars).

Le 8 mars, la diarrhée persiste (4 grammes de sous-nitrate de bismuth).

Le 12, la diarrhée est arrêtée; le ventre est un peu moins tendu et moins dur. L'appétit diminuant un peu, on prescrit de l'élixir de pepsine à prendre avec la poudre de viande.

Le 14 mars, le malade s'amaigrit d'une façon sensible : poids, 161 livres.

Le 20 mars, l'épanchement pleural gauche a totalement disparu; on entend des frottements dans les parties qu'il occupait. L'ascite est aussi complètement résorbée. La palpation du ventre fait sentir des inégalités de consistance et un empâtement général qui paraît englober les anses intestinales, surtout au niveau de l'ombilic; en ce point et dans le flanc droit, on perçoit quelques frottements péritonéaux.

A partir de ce moment, l'état général du malade s'améliore de jour en jour. Outre le régime ordinaire, il prend quatre cuillerées à

point de vue différent du nôtre; mais nos lacunes mêmes peuvent servir de point de départ à de nouveaux travaux, et notre tableau, de modèle à ceux qui nous suivront dans la même voie. Ceux-ci d'ailleurs prendront mieux leurs observations, connaissant d'avance la marche à suivre et les fautes à éviter.

Ce que je viens de dire peut s'appliquer à toutes les complications des plaies chez les diathésiques; on pourrait faire la même chose, avec de légères variantes, pour les réveils des diathèses sous l'influence du traumatisme, et d'une manière plus générale, pour l'influence réciproque du traumatisme et des diathèses, des états pathologiques anciens des viscères, des combinaisons des diathèses entre elles, etc. Que de dissertations intéressantes ne pourrait-on pas écrire sur ces sujets, et avec d'autant plus de facilité maintenant qu'ils ont été déjà un peu dégrossis! Il y a là une mine d'une fécondité rare, et qu'un grand nombre de générations d'étudiants pourront encore creuser avant de l'épuiser.

Ces recherches sont loin d'être sans charmes. On part sans savoir où l'on va, on est renvoyé d'un auteur à un autre, on ramasse en route mille choses intéressantes dont on ne soupçonnait nullement l'existence, et l'on est tout étonné du nombre de documents publiés en cent endroits divers sur un sujet réputé nouveau. Je n'oublierai jamais l'extase dans laquelle mon camarade Ch. Péronne plongea notre excellent maître M. Verneuil lorsqu'il lui apporta l'énorme dossier qu'il avait composé avec les notes recueillies sur l'alcoolisme dans ses rapports avec le traumatisme, sujet sur lequel il n'existait alors aucun travail d'ensemble et qui fit l'objet de sa remarquable thèse (1870).

L.-H. Petit.

(*A suivre.*)

bouche de poudre de viande et du lait dans l'intervalle des repas. Les signes d'induration pulmonaire, et surtout les signes d'adénopathie trachéo-bronchique, semblent notablement atténués; l'empâtement abdominal et les frottements pleuraux persistent.

Le 30 mars, le malade part pour Vincennes.

Huit jours plus tard, H... rentrait dans mon service, se plaignant de douleurs dans le ventre et d'un peu de gêne respiratoire. Nous ne constatons pas dans le ventre, depuis sa sortie, d'autre changement qu'un peu d'augmentation de volume sans ascite; l'empâtement est le même. Dans la poitrine, on retrouve les frottements de la plèvre gauche en arrière; mais à droite, on constate le développement récent d'un épanchement qui occupe le tiers inférieur du thorax en arrière. — Le malade a encore maigri : 154 livres. — On reprend les applications d'iode sur le ventre et la poitrine, et on soumet de nouveau le malade à la suralimentation.

Dès les premiers jours de ce régime, l'amélioration est sensible. Le malade prend tous les jours cinq portions d'aliments, quatre cuillerées de poudre de viande, quatre litres de lait et deux litres de bouillon; la sœur du service l'a même surpris buvant du lait destiné aux autres malades.

Le 15 avril, le malade pèse 167 livres (il a augmenté de 13 livres en sept jours).

Le 22 avril, l'épanchement pleural droit a disparu; le ventre n'est plus douloureux, mais la palpation y fait sentir les anses intestinales dures et agglutinées, formant un gâteau bosselé très résistant. Les fonctions digestives sont d'ailleurs excellentes, et le malade a encore augmenté de poids : 169 livres.

Le 25 avril, H... sort de l'hôpital, en apparence bien portant.

Obs. IV. — D... (Marie), âgée de cinquante-sept ans, journalière, entre à l'hôpital Lariboisière, le 30 octobre 1880, salle Sainte-Joséphine, n° 20.

Bien que d'apparence délicate et d'une constitution peu robuste, cette femme dit avoir toujours eu une bonne santé. Son pére est mort à soixante-seize ans; sa mére vit encore et a quatre-vingts ans. Elle ne se rappelle pas d'autre maladie que quelques rhumes de courte durée, jamais d'hémoptysies. Elle a eu quatre enfants, tous morts avant l'âge de douze ans. Elle a cessé d'être réglée à quarante-deux ans.

Sa maladie actuelle, qu'elle attribue à un refroidissement, a débuté il y a quinze jours par quelques frissons et une douleur dans le côté gauche de la poitrine; peu après, elle commença à tousser, et elle ressentit une oppression qui a toujours augmenté depuis cette époque. Après avoir gardé le repos pendant quelques jours, ne voyant survenir aucune amélioration dans son état, elle se décida à entrer à l'hôpital.

Dès le premier examen, nous constatons tous les signes d'un grand épanchement occupant la plèvre gauche : l'inspection dénote une voussure manifeste en avant et en arrière, et une immobilité presque complète de la moitié du thorax; la percussion donne de la matité dans toute l'étendue de ce côté, excepté dans les deux premiers espaces intercostaux en avant, et dans la fosse sus-épineuse en arrière; les vibrations thoraciques sont abolies dans les parties correspondantes à la matité; enfin, on n'entend le bruit respiratoire que dans une petite étendue de la partie supérieure en avant et en arrière; partout ailleurs on entend du souffle voilé; l'égophonie est perçue très nette au-dessous de l'épine de l'omoplate, la transmission de la voix chuchotée se fait très bien dans toutes les parties correspondantes à l'épanchement. Le côté droit de la poitrine ne présente rien d'anormal. Le cœur est considérablement dévié; on ne sent pas ses battements à gauche du sternum, on les perçoit au contraire très bien à un travers de doigt à droite du sternum dans les troisième et quatrième espaces intercostaux; le maximum des bruits est également à ce niveau. La malade n'a d'ailleurs pas de fièvre (température, 37°,8), quoique le pouls batte quatre-vingt-seize fois par minute.

En présence de ce grand épanchement, j'aurais fait immédiatement la thoracocentèse si la malade n'avait déclaré que, depuis la veille, son oppression avait beaucoup diminué; et, d'après ce que nous avions vu à la consultation, c'était aussi notre impression. Il fut donc convenu qu'on attendrait encore, sauf indication nouvelle, et on applique un grand vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine.

Pendant les trois jours suivants, il ne se produisit aucun changement apparent; et, bien que la malade ne souffrît pas, passât d'assez bonnes nuits, toussât très peu, et que vraiment elle parût de moins en moins oppressée, nous pensions être obligés d'en venir à une ponction de la poitrine, lorsque le novembre, en même temps qu'une diminution très évidente de l'oppression, on commença à constater par les signes physiques, que le niveau supérieur du liquide s'était abaissé, et que l'impulsion cardiaque, bien que prédominante à droite du sternum, commençait à être perceptible du côté gauche.

Le 5 novembre, peu de changement; on applique un second vésicatoire, et dans les jours suivants, on observe une amélioration lente, mais progressive. L'état général est satisfaisant, il n'y a pas de fièvre, et la malade commence à manger avec appétit.

Le 14, on entend le bruit respiratoire dans presque toute l'étendue de la fosse sous-épineuse, et le cœur revient graduellement à sa position : les battements sont maintenant à peu près égaux des deux côtés du sternum.

Le 19 novembre, l'épanchement a encore un peu diminué; cependant il existe encore du souffle au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate et de l'obscurité du bruit respiratoire au-dessous, la matité occupe les deux tiers inférieurs de la poitrine en arrière. (Badigeonnage à la teinture d'iode tous les deux jours.)

Le 24, on entend quelques frottements au niveau de la fosse sous-épineuse; au-dessous de ce point, la respiration est obscure, sans souffle. Le cœur est revenu à sa position normale

Le 6 décembre, il ne paraît plus y avoir d'épanchement; le bruit respiratoire est pur dans toute l'étendue de la poitrine, en avant, et dans la moitié supérieure, en arrière; au-dessous de l'omoplate, il est seulement affaibli et mêlé de quelques crépitations dues sans doute au déplissement pulmonaire. La malade se lève depuis quelques jours et a bon appétit.

Le 16 décembre, la guérison paraît complète; on ne trouve plus que quelques frottements à la base du côté gauche en arrière, et au même point, un peu d'affaiblissement du bruit respiratoire.

Le malade quitte l'hôpital le 24 décembre; elle y rentre, encore dans mon service, au bout de trois mois, le 19 mars 1881. Elle nous raconte que, jusqu'au commencement de ce mois, sa santé s'est maintenue bonne; à ce moment, elle a remarqué que son ventre augmentait peu à peu de volume : elle n'y sentait cependant pas de douleur, et n'était gênée que par sa distension, surtout aprés les repas; elle avait en outre une diarrhée peu abondante, qui dura jusqu'à son entrée à l'hôpital. Depuis quelques jours, le bas des jambes, surtout de la gauche, s'est un peu tuméfié; mais on peut rapporter cet œdème, qui est fugace et disparaît par le repos au lit, à l'état variqueux des membres inférieurs.

Le ventre est volumineux, uniformément développé, de forme globuleuse; la peau est lisse et tendue, les veines sous-cutanées s'y dessinent en saillies bleuâtres. La paroi abdominale est peu résistante et se laisse déprimer assez facilement. La palpation, même profonde, ne détermine pas de douleur et ne fait sentir aucune partie résistante. La percussion donne de la matité dans les parties déclives des flancs et de l'hypogastre, du tympanisme à l'épigastre et autour de l'ombilic; la matité se déplace avec les changements de position du corps. La malade accuse une douleur sourde, peu intense, qui siége surtout au-dessous de l'ombilic et que la pression n'augmente pas.

Depuis quelque temps, il est survenu une petite toux sèche où accompagnée de quelques crachats muqueux insignifiants. L'examen attentif de la poitrine révèle du côté droit en avant, une légère diminution de la sonorité, et un peu de rudesse et de prolongement du bruit d'expiration sous la clavicule, en arrière de l'expiration prolongée et quelques râles crépitants dans la fosse sus-épineuse, et aussi quelques râles à la base; — du côté gauche, on entend seulement en bas et en arrière, près du rachis, quelques bruits de frottement, indices de la pleurésie antérieure. Rien au cœur.

L'appétit est peu développé. La diarrhée, que la malade avait depuis une quinzaine de jours, a cessé dès l'entrée à l'hôpital et avant tout traitement.

Le facies est un peu amaigri et pâle; les forces ont diminué; il n'y a d'ailleurs pas de fièvre et pas de sueurs nocturnes abondantes.

Me rappelant la pleurésie antérieure, et trouvant actuellement les signes d'une maladie analogue dans le péritoine, je n'hésite pas à faire le diagnostic de tuberculose d'abord pleurale, puis péritonéale avec quelques soupçons de tuberculose pulmonaire, et j'institual le traitement suivant : deux demi-verres d'eau de la Bourboule par jour, badigeonnages iodés sur tout le ventre tous les deux jours; régime mixte (un degré d'aliments, deux litres de lait dans l'intervalle des repas).

Pendant les quinze premiers jours qui suivirent le retour à

l'hôpital, il n'y eut guère de changement appréciable dans les phénomènes locaux. Le traitement et le régime étaient bien supportés, les fonctions digestives étaient régulières.

Dans les premiers jours d'avril, l'épanchement péritonitique et la distension gazeuse des intestins commencèrent à diminuer, et alors la palpation du ventre (8 avril) permit de sentir, dans la profondeur du flanc gauche, quelques masses dures, bosselées, indolentes à la pression, qui paraissaient formées par les parois de l'intestin épaissies et rénitentes.

Le 2 mai, il n'y a plus de liquide appréciable dans le péritoine; on sent en divers points par la palpation des parties résistantes et les masses dures, bosselées, ci-dessus mentionnées. Les fonctions digestives sont d'ailleurs régulières et l'état général est excellent. On supprima l'eau de la Bourboule.

Le 4 juin, la malade quitte l'hôpital en bon état de santé : tout trouble fonctionnel a disparu; le ventre est revenu à son volume normal, mais on y trouve toujours, par la palpation, ces inégalités de consistance qui donnent à penser que, dans une grande partie de son étendue, l'intestin est doublé de fausses membranes et ses anses agglomérées par places forment comme des tumeurs qu'on sent directement sous la paroi du ventre.

Je ne pense pas que, pour les quatre observations qui précèdent, le diagnostic de tuberculose du péritoine et des plèvres qui a été porté puisse être contesté : que la maladie ait eu son siège dans le péritoine et dans les plèvres, qu'il y ait eu péritonite et pleurésie, cela me paraît assez évident pour rendre toute discussion inutile; quant à la nature tuberculeuse de la maladie, je la crois établie par l'existence simultanée ou successive des manifestations morbides dans deux ou trois grandes membranes séreuses et par le caractère des phénomènes généraux qui étaient ceux des maladies tuberculeuses.

Dans les trois premières observations, la péritonite a été la maladie initiale et prédominante, la pleurésie ou les pleurésies se sont montrées plus tard et ont paru consécutives à la péritonite. Cet ordre de succession me paraît presque la règle et je l'ai observé dans la plupart des cas analogues que j'ai rencontrés. Cependant la pleurésie peut précéder la péritonite, la dernière observation que j'ai rapportée en est un exemple, curieux même en ce que les deux manifestations ont été séparées par un intervalle de plusieurs mois.

Comment interpréter l'envahissement successif du péritoine et des plèvres? Autrefois l'idée de diathèse tuberculeuse eût suffi pour expliquer cette multiplicité des organes atteints : quoi d'étonnant de voir une maladie générale se traduire par des manifestations locales occupant plusieurs organes différents? Mais aujourd'hui, avec la conception actuelle de la tuberculose, il paraît plus naturel d'admettre une propagation de proche en proche de l'agent infectieux, ou, si l'on aime mieux, du parasite tuberculeux. Cette propagation s'effectuerait par le système lymphatique : ce seraient les canaux lymphatiques du diaphragme qui seraient le trait d'union entre le péritoine et les plèvres, et c'est en suivant cette voie que la maladie, développée d'abord dans l'une des membranes séreuses, envahirait l'autre par migration ou pullulation de l'agent tuberculeux. Déjà Charcot et Debove ont démontré ce mode d'extension de la plèvre au péritoine pour le cancer; il est bien probable qu'il en est de même pour la tuberculose.

Quoi qu'il en soit du procédé suivant lequel s'opère l'extension de la maladie du péritoine aux plèvres, ou inversement, le fait de cette extension elle-même et de la coexistence habituelle de la péritonite et de la pleurésie tuberculeuses n'est pas contestable, et il a une valeur clinique de premier ordre. Godélier, cité par Villemin (Villemin, *Etudes sur la tuberculose*, Paris, 1868, p. 154), paraît avoir le premier formulé comme une sorte de loi que « quand il y a tuberculisation du péritoine, il y a toujours aussi tuberculisation de l'une ou des deux plèvres ». Cette règle me paraît vraie pour toutes les formes de la tuberculose péritonéale, chronique, aiguë ou subaiguë; et nombreux sont les cas où elle peut servir à confirmer ou à infirmer un diagnostic douteux.

Il resterait à savoir quel a été le point de départ de la maladie, par où a pénétré l'agent morbide qui a infecté le péritoine et les plèvres. Les observations que j'ai citées plus haut ne peuvent servir à élucider cette question, car on n'y trouve, en dehors de la péritonite et des pleurésies, aucune maladie des organes voisins qui ait pu être invoquée comme origine des accidents observés. Mais j'ai rencontré cette année même deux faits analogues dans lesquels la maladie paraissait avoir son point de départ dans une tuberculose antérieure des organes génitaux ou dans des ganglions tuberculo-caséeux résultant eux-mêmes de quelque affection éteinte ou oubliée (1). Je n'insiste pas sur cette question qui est un peu à côté de mon sujet, et j'ai hâte d'arriver à la description de la tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë, telle qu'elle s'est présentée dans les faits soumis à mon observation.

La maladie débute lentement, sourdement, par des troubles généraux qui dénotent une atteinte profonde portée à la santé et par des phénomènes locaux qui indiquent le siège de la maladie. L'amaigrissement, la perte graduelle des forces, un peu de fièvre le soir et quelques sueurs pendant la nuit sont les symptômes qu'on observe ici comme au commencement de toutes les affections tuberculeuses; en même temps surviennent des douleurs tantôt sourdes, tantôt assez vives dans le ventre, un gonflement marqué de l'abdomen et quelques troubles digestifs. Souvent à ces symptômes s'en joignent d'autres qui annoncent l'extension de la maladie au thorax; ce sont des points de côté à siège divers, de l'oppression, de la toux sans expectoration.

Si alors on examine le malade, on constate que le ventre est volumineux : l'augmentation de volume, souvent très considérable, est due à la fois à la distension de l'intestin par des gaz et à un épanchement liquide dans la cavité du péritoine. La palpation du ventre est habituellement douloureuse; outre le degré du tympanisme et de l'ascite qu'elle permet d'apprécier, elle laisse encore sentir des inégalités de consistance en quelques points qui donnent la sensation, ici d'anses intestinales distendues par des gaz, là d'anses intestinales agglutinées par des exsudats. L'examen de la poitrine fait reconnaître en même temps qu'il existe des symptômes de pleurésie d'un côté ou des deux côtés à la fois, le plus souvent avec épanchement liquide de quantité variable, quelquefois seulement avec des exsudats fibrineux donnant lieu à des frottements. Ordinairement les poumons paraissent sains et l'examen attentif des sommets n'y révèle rien d'anormal; quelquefois cependant on rencontre quelques signes de tuberculose commençante du poumon.

Quand on a reconnu les symptômes que je viens d'énumérer rapidement et qu'on tient compte en outre de l'existence des troubles généraux que j'ai mentionnés plus haut, le diagnostic est fait : on est en présence d'une péritonite avec pleurésie uni- ou bilatérale, et la coexistence de ces affections multiples impose tout de suite l'idée de tuberculose des séreuses péritonéale et pleurales. On a en général peu de

(1) Une jeune fille de vingt ans était entrée dans mon service pour un œdème des deux membres inférieurs qu'on avait considéré comme dépendant d'une phlegmalia alba dolens; je reconnus qu'il n'y avait pas trace de thrombose, mais une compression des veines iliaques externes par des ganglions engorgés qu'on sentait au-dessus de l'arcade crurale; en outre, le toucher permit de constater un peu d'empâtement des deux côtés de l'utérus. Or, dans les deux mois et demi que cette malade passa à l'hôpital, nous pûmes observer une pleurésie subaiguë du côté gauche avec léger épanchement et quelques signes suspects de tuberculose dans les sommets des poumons.

Chez une autre malade, jeune fille de seize ou dix-sept ans, qui a succombé dans mon service à une tuberculose généralisée avec prédominance de symptômes méningitiques, nous avons trouvé un gros ganglion situé au niveau du canal inguinal gauche et qui simulait une grosse hernie épiploïque : l'autopsie a montré qu'il y avait sur le trajet des vaisseaux iliaques du même côté d'autres ganglions caséeux. La malade nous avait déclaré qu'elle avait ce gros ganglion inguinal depuis plusieurs mois, bien avant le début des accidents de tuberculose aiguë qui l'avaient amenée à l'hôpital.

difficultés à écarter l'hypothèse de cirrhose du foie, d'ascite tenant à d'autres causes, d'obstruction intestinale, qui sont les maladies auxquelles on pourrait quelquefois penser. Il est souvent moins aisé de faire d'abord le diagnostic avec la fièvre typhoïde : on sait en effet combien il est fréquent que la tuberculose aiguë donne lieu à l'état typhoïde, et plusieurs fois j'ai vu (le livre d'Empis en contient de nombreux exemples) croire d'abord à une fièvre typhoïde dans des cas où l'évolution ultérieure de la maladie montrait qu'il s'agissait de tuberculose aiguë ou subaiguë. J'insiste encore ici sur la valeur, dans ces circonstances, de la coïncidence de pleurésie d'un seul ou des deux côtés dans des cas où le diagnostic est hésitant entre une fièvre typhoïde et une péritonite tuberculeuse: tandis que la complication de pleurésie est exceptionnelle dans la fièvre typhoïde, cette coïncidence est la règle dans la péritonite tuberculeuse et, quand elle existe, elle emporte le jugement d'une façon presque absolue. Mais il faut chercher cette pleurésie qui souvent est latente, sans troubles locaux ou fonctionnels qui appellent l'attention. Dans bien des circonstances, j'ai vu la constatation de ces pleurésies faire redresser un diagnostic erroné et permettre d'affirmer l'existence d'une péritonite tuberculeuse jusque-là douteuse ou méconnue.

Par le fait du développement progressif de la maladie, les épanchements augmentent de quantité dans les différentes cavités séreuses qui sont envahies. Le ventre est tuméfié et distendu, on ne voit habituellement pas les veines sous-cutanées devenir très apparentes, comme on l'observe dans la cirrhose du foie, et les membres inférieurs restent libres de tout œdème. Je n'ai pas vu, dans les formes subaiguës que j'étudie en ce moment, l'épanchement intrapéritonéal devenir assez abondant pour rendre nécessaire la ponction du ventre; cependant, autant qu'on peut évaluer d'une manière approximative la quantité du liquide et en tenant compte de la part qui revient à la pneumatose intestinale, il m'a semblé qu'il devait souvent y avoir de 4 à 6 litres de liquide épanché dans le péritoine. Dans les plèvres, j'ai vu des épanchements assez considérables pour remplir tout un côté de la poitrine et refouler le médiastin; la thoracocentèse devenait alors nécessaire pour remédier à la dyspnée et au déplacement des viscères. Le liquide extrait par la ponction est séro-fibrineux, avec une quantité de fibrine et aussi de matières dissoutes (albumine et sels minéraux) ordinairement moindre que celle qu'on observe dans les pleurésies simples primitives; quelquefois ce liquide est sanguinolent. Dans certaines circonstances, ces épanchements péritonéaux ou pleuraux se forment avec une rapidité remarquable: quelques jours suffisent pour qu'une plèvre soit remplie jusqu'en haut, souvent sans autre trouble fonctionnel qu'une dyspnée progressive. La production, comme plus tard la résorption de ces épanchements, échappe aux règles ordinaires qui régissent les épanchements de la pleurésie simple, et après la disparition du liquide on n'observe pas en général des frottements aussi marqués et aussi rudes, ce qui est sans doute en rapport avec la composition de ce liquide plutôt séreux que fibrineux.

Pendant tout le temps que dure cette évolution croissante de la maladie, on observe des phénomènes généraux semblables à ceux qui se montraient au début. La fièvre, en général peu intense, présente le type rémittent particulier aux maladies tuberculeuses : la température, normale ou à peu près le matin, ne s'élève guère le soir au-dessus de 38°,5 ou 39 degrés; le pouls est quelquefois disproportionné à cette chaleur fébrile, ce qui tient sans doute à la gêne de la circulation pulmonaire: il n'est pas rare de compter 90 pulsations le matin, 100 et plus le soir. Les fonctions digestives sont languissantes; l'intestin est irrégulier, souvent on observe des alternatives de constipation et de diarrhée; ou bien les garde-robes sont en purée, demi-consistantes, telles qu'on les rencontre si fréquemment dans la péritonite chronique.

Cependant, après une durée qui est en général de six semaines à deux mois, la maladie s'amende et on voit graduellement disparaître les symptômes. La fièvre diminue, les sueurs nocturnes cessent; l'appétit revient, les digestions sont meilleures et la disposition à la diarrhée fait souvent place à de la constipation. Les épanchements abdominaux et thoraciques sont résorbés, et alors on perçoit de nouveaux signes physiques qui confirment encore, si cela était nécessaire, le diagnostic antérieurement porté : la palpation du ventre fait constater une diminution de souplesse des anses intestinales, des frottements fins que l'on a comparés à la sensation que donne le froissement de l'amidon, des plaques ou des zones étroites résistantes dues sans aucun doute aux exsudats fibrineux et aux adhérences des anses intestinales entre elles : dans un cas le palper abdominal donnait la sensation d'un vaste gâteau résistant, à la surface duquel on sentait seulement quelques bosselures, dures aussi, correspondant aux anses de l'intestin, comme si les intestins étaient solidifiés et soudés en une seule masse; une autre fois on sentait sous la paroi du ventre une quantité de saillies indurées et le ventre pouvait être comparé à un sac de noix. Après la disparition des épanchements pleuraux, l'auscultation fait entendre des frottements et une diminution notable dans l'intensité des bruits respiratoires; on peut constater en même temps qu'il s'est fait un retrait appréciable de la paroi thoracique et un amoindrissement très sensible dans l'amplitude des mouvements du thorax.

La maladie terminée, les forces reviennent peu à peu et l'alimentation qu'on peut maintenant donner plus abondante répare les pertes subies pendant la maladie. Si l'on veut bien se reporter à l'observation III, on verra dans quelle mesure et avec quelle rapidité cette réparation peut se faire : il est vrai que, dans ce cas, le malade supportait une alimentation exceptionnellement abondante.

Si l'on s'en tenait strictement à ce qui précède, le pronostic de la tuberculose péritonéale et pleurale, dans sa forme subaiguë, pourrait être tenu pour favorable; et, en effet, les observations que j'ai citées ont eu une terminaison heureuse. Je ne voudrais cependant pas, sans restrictions, formuler une proposition si rassurante; car nombreux sont les cas où la terminaison est funeste et multiples sont les chances de mort. Si, comme cela sans doute est fréquent, la tuberculose envahit la muqueuse intestinale en même temps que le péritoine, une perforation de l'intestin peut survenir et emporter rapidement le malade avec tous les symptômes d'une péritonite suraiguë : j'en ai tout récemment encore observé un exemple. Ou bien, dans le cours d'une tuberculose des séreuses à marche lente et d'apparence relativement bénigne, on verra tout à coup survenir des symptômes de phthisie pulmonaire granuleuse ou de méningite tuberculeuse rapidement mortels. Ce n'est pas tout encore : en dehors même de ces accidents un peu imprévus ou des changements d'allures de la maladie, le pronostic doit encore être très réservé au point de vue de l'avenir. Après une guérison apparente et au bout d'un temps plus ou moins long, la maladie peut reparaître sous une autre forme : la phthisie pulmonaire est à craindre dans l'avenir, ou encore la tuberculose du tube digestif (1).

En résumé, je pense que le pronostic de la tuberculose péritonéo-pleurale ne saurait être trop réservé; mais il me semble que les auteurs classiques l'ont cependant trop assombri en le rendant presque désespérant. Je crois rester

(1) J'ai pu suivre, il y a quelques années, un fait de ce genre qui est publié dans la thèse de Spillmann : il s'agit d'une femme de cinquante-quatre ans, qui entra une première fois dans mon service pour une tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë et qui en sortit guérie au bout de deux mois. Mais elle rentrait à l'hôpital à deux reprises différentes et la dernière fois avec des accidents de tuberculose de la gorge et du tube digestif; elle mourut subitement, sans doute à la suite d'une syncope, et l'autopsie révéla l'existence de lésions tuberculeuses dans un grand nombre d'organes. (Spillmann, *De la tuberculisation du tube digestif*, Thèse d'agrégation, Paris, 1878, p. 43.

dans la vérité en disant que la péritonite et la pleurésie tuberculeuses peuvent quelquefois guérir, surtout quand elles se présentent sous la forme subaiguë; et dût-on n'obtenir qu'une guérison temporaire, on serait encore engagé à entreprendre la lutte sans découragement (1).

Le traitement que j'ai employé et qui m'a plusieurs fois donné des résultats très satisfaisants consiste dans l'emploi des moyens locaux propres à combattre l'inflammation locale ou ses résultats, et surtout dans l'emploi des moyens généraux destinés à fortifier l'organisme et à le mettre en état de résister avec avantage à l'invasion de la tuberculose.

Parmi les moyens locaux, les applications étendues et répétées de teinture d'iode, les vésicatoires ou les pointes de feu m'ont paru utiles comme révulsifs de l'inflammation péritonéale ou pleurale; quand les douleurs sont très vives, leur emploi peut être précédé ou accompagné de l'usage des moyens propres à combattre la douleur, comme les applications narcotiques, les injections morphinées, etc. Dans les cas d'épanchements abondants, la paracentèse du ventre ou la thoracocentèse peuvent devenir nécessaires : la ponction abdominale me paraît indiquée toutes les fois que la quantité de l'épanchement péritonéal est suffisante pour refouler le diaphragme et gêner la respiration ou comprimer la veine cave et amener l'œdème des membres inférieurs, ou bien encore, ce qui est plus rare, qu'il paraît rester indéfiniment stationnaire et qu'après plusieurs semaines il n'y a aucune tendance à la résorption. Quant à la thoracocentèse, ses indications sont à peu près les mêmes que dans la pleurésie aiguë primitive, et je ne vois pas que la nature tuberculeuse de la maladie constitue une contre-indication : l'abondance ou la persistance de l'épanchement sont encore les deux raisons déterminantes de l'emploi du trocart.

Les moyens généraux sont destinés à combattre l'invasion tuberculeuse. En attendant que l'on ait trouvé un remède direct contre la tuberculose sous la forme d'un parasiticide efficace et d'ailleurs inoffensif, ce que l'avenir nous réserve peut-être, nous n'avons qu'un moyen indirect à opposer à la maladie tuberculeuse, quels que soient d'ailleurs son siège et son évolution, et qu'il s'agisse de phthisie pulmonaire ou de péritonite tuberculeuse; ce moyen consiste à mettre l'organisme dans les meilleures conditions de résistance à l'envahissement tuberculeux, et pour arriver à ce résultat, il faut relever les fonctions nutritives : les amers, les toniques, surtout les préparations arsenicales, me semblent les meilleurs moyens médicamenteux qu'on puisse employer; mais ce qu'il faut par-dessus tout conseiller avec insistance et conviction, parce qu'on en peut attendre les meilleurs effets, c'est la suralimentation. Déjà depuis nombre d'années, je m'appliquais, comme tant d'autres, à alimenter le plus possible les tuberculeux; aujourd'hui on peut beaucoup mieux faire, grâce aux procédés de suralimentation dont notre collègue Debove a si bien établi la valeur dans le traitement de la phthisie pulmonaire. La poudre de viande, le lait et les œufs sont certainement plus efficaces que tous les remèdes proposés jusqu'ici : on peut, avec eux, arriver à un degré d'alimentation bien supérieur à celui qu'on atteindrait par le régime ordinaire, et d'ailleurs ils peuvent, dans bien des circonstances, être simplement ajoutés à celui-ci et en compenser l'insuffisance. J'en ai de mon côté et déjà dans un assez grand nombre de cas fait l'expérience avec des résultats excellents pour être convaincu que jusqu'à présent la suralimentation est le premier et le plus efficace des traitements des maladies tuberculeuses en général; et pour la tuberculose péritonéo-pleurale en particulier, c'est à elle que j'ai dû les meilleurs succès que j'ai pu obtenir.

(1) Colin a publié une remarquable observation de tuberculisation aiguë des plèvres et du péritoine terminée par la guérison : cette observation est tout à fait comparable aux trois premières que j'ai rapportées, avec cette seule différence que la maladie a commencé par les plèvres et n'a envahi qu'ensuite le péritoine (*Études cliniques de médecine militaire*, Paris, 1864, p. 31).

D'autre part, Empis a cité un certain nombre de cas de guérison qui ne sont pas sans analogie avec les miens (*De la granulie*, Paris, 1865, p. 277 et suiv.).

Homey paraît croire que ces guérisons ne sont que temporaires : « Si les malades guérissent momentanément, le mieux peut durer assez d'années pour faire croire à une guérison définitive » (*De la péritonite tuberculeuse*, thèse inaug. Paris, 1866).

Villemin est, à ma connaissance, l'auteur qui a formulé le pronostic le moins défavorable : « La tuberculisation des séreuses guérit très bien, pour un certain temps du moins » (*Études sur la tuberculose*, Paris, 1868, p. 152).

Enfin la thèse récente de Delpouch contient aussi deux ou trois observations qui peuvent être rangées dans les exemples de guérison, au moins temporaire, de la péritonite tuberculeuse (*Essai sur la péritonite tuberculeuse, etc.* Thèse inaug. Paris, 1883).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

Rien de médical dans cette séance.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ALPHONSE GUÉRIN.

MM. les docteurs *Mahent* (de Caen) et *Mignot* (de Chantelle, Allier) communiquent diverses observations relatives aux réformes proposées pour la législation sur les aliénés.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Nivet* (de Clermont-Ferrand), un *Discours sur le médecin, ses études psychologiques, son utilité, ses devoirs*; 2° de la part de M. le docteur *Bernard* (de Parthenay) une brochure *sur le cœur dans le choléra*; 3° au nom de M. *J. Grandjean*, une brochure *sur la rage*; 4° de la part de M. le docteur *Jacquemet* (de Montpellier), un mémoire imprimé *sur un cas rare de fièvre typhoïde*; 5° au nom de M. le docteur *de Loda Noskowski*, une *Étude sur l'arsenic dans le traitement de la tuberculose*; 6° de la part de M. *Bonnewyn* (d'Ixelles, Belgique), un mémoire *sur les antiseptiques et les désinfectants*; 7° au nom de M. le docteur *Van den Corput* (de Bruxelles), des brochures *sur l'étiologie du cancer* et *sur l'organisation d'une Ligue sanitaire internationale*.

M. *Empis* présente : 1° de la part de M. *H. de Parville*, les quatre derniers volumes de ses *Causeries scientifiques* et un livre intitulé : *Les phénomènes de l'atmosphère*, par *Mohn*, traduit de l'anglais par M. *Decaudin-Labesse*; 2° au nom de MM. *Stanislas Meunier*, *Finot* et *Bertrand* un *Traité d'analyse chimique*, en deux volumes; 3° de la part de MM. *Planchon* et *Hugonneng*, la traduction du livre de M. le docteur *Hager*, intitulé : *Le microscope*.

M. *H. Roger* offre, au nom de M. le docteur *Bouffier* (de Cette), une brochure intitulée : *Contribution à l'étude de l'alternance dans les diathèses*.

M. *Fournier* présente la traduction, par M. le docteur *Hermet*, d'un livre anglais, ayant pour titre : *Étude clinique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire*, par *Jonathan Hutchinson*.

M. *Brouardel* dépose une *Note* de M. le docteur *G. Ferré* sur l'*examen microscopique* des vaccins employés par le service municipal de la vaccine à Bordeaux.

M. *Ball* fait hommage de la traduction, par M. le docteur *A. Rueff*, d'un ouvrage de M. le professeur *Kussmaul sur les troubles de la parole*.

Élection. — M. *Saint-Cyr* (de Lyon) est élu correspondant national dans la division de médecine vétérinaire par 46 voix sur 50 votants; M. Arloing (de Lyon) obtient 4 voix.

Déclaration de vacances. — L'Académie déclare la vacance d'une place de membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique, par suite du décès de M. *Parrot*.

Grossesse extra-utérine, extraction du fœtus par élytrotomie, guérison. — M. *Pinard* communique la relation d'un cas de grossesse extra-utérine, variété abdominale, dans lequel l'enfant se développa jusqu'à terme, mourut lors du faux travail et fut extrait deux mois après sa mort par élytrotomie. Il s'agit d'une femme de trente et un ans, ayant déjà eu deux enfants à terme, qui présenta, en novembre 1882, tous les signes d'une troisième grossesse; celle-ci évolua ensuite, différant des précédentes, par une série de symptômes tels que : douleurs vives du ventre, impossibilité pour la malade de vaquer à ses occupations, nécessité de rester couchée. Arrivée à terme, la malade éprouva les symptômes de

l'accouchement, sensiblement atténués cependant, puis ceux-ci ayant cessé, ses seins grossirent comme dans une suite de couche normale ; d'où le diagnostic de grossesse extra-utérine, qui fut alors posé. Au bout de deux mois, la tumeur abdominale, qui était restée stationnaire depuis le moment où la malade avait ressenti les symptômes de l'accouchement, prit rapidement un volume double ; l'examen montra qu'il s'agissait de l'accumulation d'une certaine quantité de liquide dans son intérieur ; simultanément de vives douleurs se déclarèrent, des troubles du côté de la miction et de la défécation apparurent, et des symptômes généraux graves apparurent. M. Tarnier, consulté à ce moment, pensa qu'il y avait lieu de débarrasser la malade, et il conseilla d'utiliser la voie vaginale, en raison de la saillie considérable de la tumeur dans le cul-de-sac vaginal postérieur. M. Pinard incisa alors la partie saillante du cul-de-sac et fit, sans difficulté aucune, l'extraction du fœtus. Quant au placenta, comme ses adhérences à la paroi interne du sac étaient très considérables, on le laissa en place, mais en ayant soin d'injecter la cavité kystique, toutes les deux heures, avec une solution de bichlorure au 1/2000 ; ces injections furent continuées avec la même régularité pendant dix-huit jours, temps que nécessita le détachement spontané du placenta et son expulsion au dehors ; il ne se manifesta aucun symptôme d'intoxication hydrargyrique et toute espèce d'accident septique de la part du placenta emprisonné fut ainsi évité. Un mois après l'opération, la malade était complètement guérie, ne conservant qu'une cicatrice rouge et allongée sur la paroi vaginale. — M. Pinard signale en terminant : 1° l'accumulation du liquide dans un kyste fœtal, un mois après la mort du fœtus ; 2° la saillie du kyste dans l'excavation coïncidant avec l'absence d'adhérences entre la paroi abdominale et la tumeur (ce qui a fait préférer l'élytrotomie à la laparotomie) ; 3° la rétention du placenta pendant dix-huit jours sans qu'aucun accident infectieux se soit produit ; 4° l'absence de toute intoxication hydrargyrique malgré le grand nombre d'injections pratiquées ; 5° la rareté extrême de cette opération, dont on ne trouve qu'un seul exemple, offrant les mêmes conditions et également suivi de succès.

Législation sur les aliénés. — La discussion reprend sur la législation concernant les aliénés ; M. *Mesnet* désire examiner successivement : les conditions d'entrée des malades dans les asiles, les conditions de sortie définitive, les avantages et les inconvénients des sorties à titre provisoire admises dans le nouveau projet. Il croit devoir aussi s'élever contre l'esprit général de la loi projetée, en ce qui concerne la situation qu'elle fait au médecin ; c'est sous l'influence d'une pression inconsidérée et non justifiée de l'opinion publique que le rôle prépondérant du médecin, dans toutes les questions qui touchent à l'aliéné, lui a été enlevé et que ce rôle a été confié au magistrat, comme si la connaissance de la folie n'était qu'une simple question de bon sens, accessible à tout le monde, sans qu'il soit nécessaire d'y être préparé par une expérience clinique longue et délicate ; mais, à côté de cette question de principe, il est également dans la loi une série de détails défectueux inapplicables dans la pratique.

L'article 15 de la loi nouvelle porte en substance que les personnes admises dans les asiles d'aliénés ne le seront d'abord qu'à titre provisoire, et qu'en attendant elles devront être placées dans des quartiers d'observation séparés. L'article ajoute que, dans les trois jours qui suivront l'internement dans cet asile provisoire, le procureur de la République, assisté d'un docteur choisi par lui, interrogera le malade, fera une enquête sur son compte, et ensuite rédigera un rapport qui sera communiqué à la chambre du conseil ; celle-ci fixera le sort de l'aliéné, et cela dans le délai d'un mois. C'est donc le tribunal qui statuera en dernier ressort sur l'internement définitif de l'aliéné. Cette innovation rendra-t-elle à l'aliéné les services que l'on attend d'elle ? M. Mesnet estime qu'elle ne peut avoir que des inconvénients : le magistrat pourra-t-il faire le diagnostic ? Oui, s'il s'agit d'agités, de malades en proie à un délire furieux ; mais s'il s'agit de malades comme on en voit si souvent lorsqu'on a la pratique des asiles d'aliénés, qui présentent la physionomie d'un être raisonnable, qui n'ont aucune trace apparente de délire, cela est fort douteux ; d'autant que de semblables malades possèdent au plus haut degré l'art de dissimuler leur délire, et le plus souvent ce n'est que par une étude attentive, une enquête longue et répétée auprès des personnes qui vivent avec le malade, que l'on peut arriver à un diagnostic.

Quant à la création de quartiers d'observation, elle se heurte à une difficulté pratique bien autrement importante. La loi de 1838 établit avec raison que les aliénés doivent être placés dans trois quartiers séparés pour chaque sexe, et chacun de ceux-ci doit être pourvu des moyens spécialement applicables à la catégorie de malades qu'il renferme ; avec le système nouveau, si l'on veut adopter la même division dans le quartier d'observation, on se trouvera dans la nécessité d'annexer un nouvel asile à l'asile déjà existant ; si on réunit les nouveaux venus, on s'expose à des inconvénients autrement sérieux. M. Mesnet cite à cet effet l'exemple d'un asile dans lequel entrent, pendant le même mois : une jeune dame, avec excitations délirantes ; une vieille dame, démente, mais tranquille ; une dame lypémaniaque, qui ne peut souffrir le moindre bruit ; un homme alcoolique ; un paralytique, qui s'effraye pour un rien ; un lypémaniaque, avec idée de suicide : ces six personnes ont été réunies dans un même bâtiment, alors que leur dissémination est la première condition de leur traitement ; la prétendue amélioration que la loi veut apporter à la condition produira un effet diamétralement opposé. Cette suppression des asiles provisoires ne gênerait d'ailleurs en rien l'application des autres dispositions de la loi, en admettant qu'elles soient adoptées : si l'intervention de l'autorité judiciaire doit être appliquée à la réglementation des entrées provisoires et des entrées définitives, elle pourra s'effectuer tout aussi bien avec la répartition des malades faite dès l'entrée dans les diverses sections de l'asile, qu'avec leur placement provisoire fait dans un quartier d'observation. On objecte, il est vrai, que, si les nouveaux venus guérissent dans le premier mois de leur entrée à l'asile, leur internement dans les bâtiments provisoires aura l'avantage de les soustraire au contact des autres aliénés ; mais il suffit de montrer que, en dehors de quelques accès transitoires de folie périodique, les alcooliques sont les seuls malades qui soient susceptibles de guérir dans le premier mois de leur séjour à l'asile ; or les alcooliques sont justement ceux de ces malades qui se plaignent le moins de leur séjour à l'asile et qui, pendant leur convalescence, sollicitent le plus souvent d'être gardés jusqu'à leur guérison complète ; pour eux d'ailleurs, il ne faut pas trop regretter l'impression douloureuse du contact avec les autres aliénés, et la crainte d'un nouvel internement peut ne pas être sans quelque avantage.

Quant à la sortie des aliénés, M. Mesnet fait remarquer que c'est surtout à cette occasion que l'on s'est plaint du pouvoir excessif qu'elle donnait au médecin. Il estime, au contraire, que les garanties données aux sorties offrent toute sécurité contre les séquestrations arbitraires ; l'aliéné, en effet, trouve, de par la loi même, la protection de ses parents ou de ses amis, celle de l'autorité judiciaire ou administrative qui toutes, aussi bien que le médecin, peuvent provoquer la sortie de l'aliéné. Il n'est pas jusqu'aux revendications de celui-ci qui ne puissent le mettre à l'abri de toute séquestration arbitraire, puisque les réclamations qu'il adresse aux autorités doivent toujours leur être remises ; les peines les plus sévères sont édictées contre les personnes qui intercepteraient une pareille correspondance. Enfin la loi nouvelle contient une autre innovation qu'on ne saurait trop critiquer, à savoir le système des sorties provisoires à

titre d'essai, pouvant être accordées soit par le médecin, pendant un mois, soit par le préfet pendant un plus long espace de temps. Tous les aliénistes savent en effet que l'aliéné convalescent, replacé dans son milieu normal, est exposé plus que jamais à des rechutes dangereuses pour lui-même, pour sa famille et pour la société.

M. Mesnet résume sous la forme suivante son argumentation : 1° la création de nouveaux quartiers dits d'observation, dans les asiles d'aliénés, ne répond point à un but utilitaire, et ne peut avoir que des inconvénients au point de vue pratique; 2° la répartition des aliénés, à leur entrée, dans les diverses sections des asiles, telles qu'elles existent aujourd'hui, est la disposition la meilleure, au double titre de l'ordre dans l'établissement et du bien-être des malades; 3° si l'intervention de l'autorité judiciaire doit être appliquée à la réglementation des entrées provisoires et des entrées définitives, elle pourra s'effectuer tout aussi bien avec la répartition des malades faite dès l'entrée dans les diverses sections de l'asile, qu'avec leur placement provisoire fait dans un quartier d'observation; 4° les garanties données aux sorties offrent toute sécurité contre les séquestrations arbitraires; 5° les sorties *à titre d'essai* seront utiles à quelques malades dans la période de convalescence. Prolongées un mois ou au delà, elles pourront être dangereuses pour la famille, pour la société, pour le malade lui-même.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Ostéoclaste : M. Reclus.— Kyste hydatique de la région parotidienne ; rapport : M. Chauvel. — Extirpation des ganglions tuberculeux du cou; rapport : M. Chauvel. Discussion : MM. Després, Verneuil, Richelot, Trélat.

M. *Verneuil* offre de sa part à la Société un opuscule sur l'amputation du col utérin à l'aide de l'écraseur. Grâce à d'ingénieuses modifications opératoires, on peut enlever aussi exactement que possible ce que l'on veut du col de l'utérus.

— M. *Reclus*. Dans la précédente séance, et à propos de sa très intéressante communication sur l'*ostéoclasie*, M. Robin a revendiqué la priorité pour son appareil en termes si vifs et avec une si pressante insistance, qu'on aurait pu croire cette priorité contestée par notre ami M. Collin. Il n'en est rien, Messieurs, et la seule priorité que réclame M. Collin c'est d'avoir eu recours, il y a déjà huit ans, à un appareil pour pratiquer la rupture des os déviés, tandis que jusqu'alors on n'avait fait que l'ostéoclasie manuelle. Il redresse ainsi, avant 1879, plus de cent genu valgum, et la Faculté lui décerne à cette époque le prix Barbier.

Les premiers modèles de M. Collin prenaient un point d'appui à la fois sur la jambe et sur la cuisse; il en résultait parfois une entorse du genou, et M. Delens nous a signalé ici même cet inconvénient. M. Robin eut alors l'idée de prendre les deux points d'appui sur la cuisse, laissant ainsi l'articulation hors du champ opératoire, et cette amélioration lui appartient sans conteste : M. Collin l'a proclamé bien souvent. Il n'a pas dédaigné ce progrès, dont il a tenu compte dans son nouveau modèle, qui, du reste, ne paraît pas supérieur à celui de notre confrère de Lyon; il est moins brutal; il agit avec autant de sûreté et plus de douceur; il s'applique indistinctement, et par un rapide changement de pièces, aux enfants et aux adultes, au membre supérieur et au membre inférieur; enfin, dans l'appareil de M. Robin, la fracture du fémur se fait d'avant en arrière; si les fragments étaient esquilleux, ils pourraient blesser les vaisseaux poplités, tandis que dans l'appareil de M. Collin la fracture se fait latéralement, de dedans en dehors, et s'il existait des esquilles elles seraient innocentes.

— M. *Chauvel* fait un rapport sur une observation de M. Vieusse envoyée à la Société, et intitulée : « Kyste hydatique de la région parotidienne droite; extirpation de la glande; guérison. » Il s'agissait d'un Arabe qui, dix-huit mois auparavant, avait vu survenir graduellement, sans douleur et sans aucune espèce de réaction locale, un gonflement de la région de la parotide droite. Lorsqu'il se présenta à l'observation de M. Vieusse, il offrait une tuméfaction assez résistante de cette région, sans bosselure, avec conservation des caractères normaux de la peau, glissant aisément sur les parties sous-jacentes; intégrité des fonctions du facial. Une ponction exploratrice donna issue à un liquide visqueux, trouble, albumineux, dont on ne fit pas l'examen microscopique. On crut avoir affaire à un myxome parotidien, et on fit l'extirpation de la glande. Cette extirpation fut laborieuse; il fallut lier la veine jugulaire et l'artère carotide externes; le facial fut fortement intéressé. La guérison s'effectua rapidement et sans incident, et au moment de la remise de l'observation la paralysie faciale était en voie de régression. L'auteur se demande si l'intervention était bien justifiée, et s'il n'aurait pas mieux valu s'abstenir, si l'examen microscopique ayant été pratiqué avait révélé la présence de crochets caractéristiques. La suppuration du kyste avait, en effet, modifié l'aspect macroscopique du liquide au point d'en imposer pour un produit mixomateux; mais, d'un autre côté, la fréquence des kystes hydatiques en Algérie aurait dû mettre l'esprit en éveil. Quoi qu'il en soit, cette observation est intéressante, à cause de la très grande rareté des kystes hydatiques des glandes.

M. *Després* dit que, l'examen microscopique n'ayant pas été fait, il faut réserver ce diagnostic de kyste hydatique, car il n'y a à peine que deux ou trois observations de kystes de ce genre développés dans les glandes, ils ont été observés dans le sein. Le kyste de M. Vieusse, si c'en est un, peut bien s'être développé dans le tissu interstitiel.

M. *Verneuil* reconnaît l'extrême rareté des kystes hydatiques de la parotide, et à ce titre le fait de M. Vieusse est des plus intéressants; mais il ne saurait admettre que ces productions kystiques ne se rencontrent qu'exceptionnellement dans les glandes, car le foie à lui tout seul présente plus d'exemples de kystes hydatiques que tous les autres organes.

M. *Després* n'a entendu parler que des glandes acineuses.

— M. *Chauvel* lit un deuxième rapport sur un cas de mort par septico-pyohémie et hémorrhagies répétées à la suite de l'extirpation de ganglions tuberculeux du cou, par M. Poulet, professeur agrégé du Val-de-Grâce. Soldat de vingt-trois ans, entré une première fois au Val-de-Grâce pour un engorgement des ganglions sous-maxillaires; sorti sans amélioration, il revint quelque temps après avec un énorme chapelet ganglionnaire occupant toute la région sterno-mastoïdienne, et déterminant de la douleur et de la gêne de la respiration. M. Poulet intervint et fit une extirpation aussi complète que possible : opération laborieuse, mais heureusement terminée sans ligatures importantes; lavages à la solution de chlorure de zinc, drain, suture, pansement de Lister. Tout va bien pendant une quinzaine de jours; à ce moment fièvre, frisson, signes de phlébite suppurée. Le lendemain, seizième jour, hémorrhagie considérable; ligature de la carotide primitive dans la plaie, immédiatement suivie d'une hémiplégie incomplète; continuation de l'hémorrhagie, nécessitant la ligature des deux carotides externe et interne. Mort le vingt-neuvième jour après l'opération. A l'autopsie, on trouve ramolli le lobe correspondant aux artères liées, et l'artère sylvienne du même côté oblitérée. Infarctus dans les poumons.

A propos de cette observation, l'auteur passe en revue certains points de pratique qu'elle soulève. 1° *L'extirpation de pareilles masses ganglionnaires est-elle utile?* Elle a été pratiquée de tout temps, depuis Galien lui-même, et les chirurgiens du commencement du siècle, suivant en cela l'exemple de H. Larrey, la faisaient couramment. On l'a ensuite abandonnée, après quelques faits malheureux, tels que

l'entrée de l'air dans les veines, accident arrivé à Ph. Roux, la phlébite, l'infection purulente. Fischer, sur un relevé d'un très grand nombre de cas, a trouvé 35 pour 100 de guérisons, 16 pour 100 de morts, et le reste d'insuccès ou de guérisons incomplètes. Depuis les nouvelles études sur la tuberculose locale, l'extirpation a été reprise en Allemagne, et M. Poulet ayant, en collaboration avec M. Kiéner, démontré la nature tuberculeuse de ces masses ganglionnaires, pense qu'il n'y a rien à attendre de l'hygiène et des autres moyens médicaux, tandis qu'une intervention chirurgicale s'impose pour enlever ce foyer infectieux qui menace sans cesse l'économie entière. Le rapporteur ne saurait partager cette manière de voir, et les difficultés, les dangers d'une opération toujours plus étendue qu'on peut le prévoir, ainsi que la très grande fréquence des récidives, doivent arrêter le chirurgien. Ce n'est que tout à fait au début, alors que l'extirpation totale, ou encore le grattage et le curage sont possibles, qu'on serait autorisé à agir; mais encore le traitement général, l'huile de foie de morue, les bains de mer, les bains sulfureux, le séjour à la campagne dans un climat sec et chaud, donnent les meilleurs résultats.

2° *Nature de l'hémorrhagie.* — L'auteur de l'observation l'attribue à la septicémie, et il fait jouer un certain rôle à la cautérisation par le chlorure de zinc (8 pour 100), qui a pu mortifier les parois des vaisseaux. M. Chauvel pense qu'il faut aussi faire entrer en ligne de compte le traumatisme répété produit par les instruments mousses agissant sur les tuniques des vaisseaux dans le fond de la plaie.

3° *Quelle conduite fallait-il tenir en présence des hémorrhagies?* — On ne pouvait ici, étant donnée la région, employer la compression, obtenue, par exemple, avec le tourniquet, ainsi que le conseille Guthrie dans de semblables cas. Il ne restait que la ligature, et le rapporteur est ici tout à fait de l'avis de M. Poulet.

M. *Després* rappelle qu'à plusieurs reprises l'intervention chirurgicale, dans les dégénérescences tuberculeuses des ganglions du cou, a été discutée devant la Société de chirurgie et toujours rejetée. Du reste, les adénopathies de la région cervicale sont de nature très diverse, et dans presque toutes il faut s'abstenir. Il fait remarquer que, malgré l'emploi du pansement de Lister, le malade est mort d'infection purulente. La septicémie est la cause des hémorrhagies répétées. C'est un fait que les observations de M. Verneuil d'abord et de M. Després ensuite ont démontré.

M. *Verneuil* n'a eu, dans une pratique de trente années, que deux ou trois fois l'occasion de faire l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou. Il ne croit pas qu'on doive agir contre eux ni au début, parce que par leur petit volume ils ne déterminent aucun accident, ni à la fin, parce qu'alors les masses dégénérées suivant la chaîne carotidienne envahissent jusqu'au médiastin. On ne saurait autoriser à agir que s'il survenait des accidents de compression. Mais voit-on jamais ces accidents se produire? Meurt-on d'engorgement tuberculeux des ganglions du cou? Les grandes opérations doivent donc être bannies de la thérapeutique de cette affection. Il en est de même des petites opérations, telles que le curage et grattage, les injections de teinture d'iode, voire même l'électricité. Si l'on suit les malades, on ne tarde pas à se convaincre que tout cela ne donne rien.

M. *Richelot* dit qu'il ne faut pas toujours se fier aux bienfaits du traitement général. Il est certaines formes d'adénite tuberculeuse indolente, volumineuse et déformant considérablement la région, contre lesquelles la thérapeutique médicale ne peut rien, et qui cèdent à l'emploi d'injections interstitielles de teinture d'iode. Trois ou quatre fois M. Richelot s'est bien trouvé de ces injections. M. Richelot, à propos des causes de mort du malade de M. Poulet, s'étonne qu'on ne fasse pas entrer en ligne de compte le ramollissement cérébral consécutif à la ligature des carotides.

M. *Trélat* partage l'opinion de M. Richelot sur le rôle du ramollissement cérébral dans la mort du malade, et il rappelle à ce propos un rapport de Giraldès à la Société de chirurgie sur les accidents consécutifs à la ligature des artères carotides. Il ne croit pas qu'il faille appliquer à toutes les adénopathies cervicales un même principe thérapeutique, c'est-à-dire la non intervention chirurgicale. Sous ce rapport, on ne peut comparer l'adénite simple ou strumeuse à la lymphadénie et au lymphosarcome. Les ganglions tuberculeux sont eux-mêmes l'objet d'indications thérapeutiques variables. Evidemment il faut respecter les adénites, et ne combattre que leurs complications; mais il y a des tumeurs ganglionnaires volumineuses, déformant disgracieusement la région, et contre lesquelles tout traitement interne échoue; on peut les enlever à condition de pouvoir faire une extirpation totale et complète; d'autres fois il existe des trajets fistuleux intarissables, pouvant déterminer des poussées inflammatoires : n'y a-t-il pas avantage alors, par un grattage bien fait, à remplacer par une surface vivante et granuleuse ces trajets anfractueux qui n'ont aucune tendance à la cicatrisation?

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MATHIAS DUVAL, VICE-PRÉSIDENT.

Cuivre et maladies épidémiques : M. Bochefontaine. — Action curarisante et cardiaque d'un curare du Brésil : M. Bochefontaine. — Mode de formation de l'hymen : M. Pozzi. — Action diastasique des tissus chez les poissons : M. Richet. — Perkinisme et métallothérapie : M. Rabuteau. — Action de la colombine : M. F. Roux. — Élection : M. Blanchard.

M. *Bochefontaine* apporte de nouveaux documents contre l'assertion de M. Burq qu'à Villedieu on ne fait point usage d'ustensiles de ménage en cuivre; il montre des spécimens variés fournis par des fabricants de la localité, et insiste sur ce fait que les ouvriers saturés de cuivre n'échappent pas plus que les autres au choléra, à la variole, à la fièvre typhoïde, à la diphthérie.

— M. *Bochefontaine* fait ensuite une communication sur l'action cardiaque toxique d'un curare du Brésil, dont on n'a pu lui préciser exactement la provenance, mais qui contient évidemment une substance, un venin probablement (analogue au venin du crapaud), arrêtant le cœur en systole. Le curare dont il s'agit a, du reste, la même propriété que les curares purs, préparés avec les *strychnos toxifera;* il paralyse les nerfs moteurs sans supprimer la contractilité musculaire; mais son action cardiaque systolique le rend impropre aux usages physiologiques.

— M. *Pozzi*, rappelant le cas d'hypospadias qu'il a présenté récemment à la Société, décrit un cas d'absence complète du vagin et de l'utérus, avec absence probable des ovaires; en rapprochant ces deux faits, il énonce une théorie de la formation de l'hymen complètement opposée à celle qu'a défendue déjà M. Budin devant la Société. L'hymen, au lieu de résulter, comme l'a dit M. Budin, du développement du vagin, se constitue aux dépens des formations génitales externes, car il existe chez la femme dépourvue de vagin et d'utérus. Ce qui paraît venir à l'appui de cette manière de comprendre la formation hyménéale, d'après M. Pozzi, c'est précisément la disposition des parties correspondantes chez le sujet atteint d'hypospadias; la bride médiane étendue du gland imperforé à l'orifice uréthral, creusée elle-même d'une légère dépression longitudinale, se bifurquait pour contourner l'orifice de l'urèthre, puis se reconstituait en une membrane représentant l'hymen. Celui-ci correspondrait donc à la terminaison du corps spongieux, au bulbe de l'urèthre.

A une observation de M. Duval, que le bulbe de l'urèthre,

chez l'homme, a pour analogue le bulbe du vagin chez la femme, M. Pozzi répond que c'est là une opinion classique, mais erronée, car le bulbe du vagin n'est autre chose qu'une portion de la grande nappe artério-veineuse qui se continue tout le long du vagin et dans la région utérine.

Une discussion sur la question soulevée par M. Pozzi a été entamée entre le présentateur et MM. de Sinéty, Pouchet, Mathias Duval; elle sera poursuivie dans une prochaine séance.

— M. *Ch. Richet* communique les résultats de ses expériences sur le pouvoir diastasique de tissus variés chez les poissons. C'est ainsi que le mésentère de certains poissons osseux se comporte vis-à-vis de l'empois d'amidon aussi énergiquement que le suc pancréatique des vertébrés. « Il ne s'agit assurément pas ici de ferments organisés, d'abord parce que l'action est presque instantanée, et que l'auteur ne regarde comme diastasiques que les tissus qui donnent du sucre en quelques minutes, ensuite parce que l'addition de salicylate de soude ou de cyanure de potassium qui entrave le développement des organismes, n'empêche pas l'action saccharifiante. »

M. Richet ajoute que, contrairement à ses prévisions, la « glande » palatine des carpes et des tanches (qu'il pensait avoir quelque analogie avec les glandes salivaires) n'a aucune action sur l'amidon.

M. *Ranvier* fait remarquer à ce propos que cette masse spongieuse appelée « glande » n'est, en réalité, qu'une masse musculaire striée dont les fonctions mal déterminées paraissent plutôt en rapport avec les actes mécaniques de la déglutition.

— M. *Rabuteau* lit un extrait de son *Traité de thérapeutique*, dans lequel il rétablit les origines de la métallothérapie, rapportant les textes qui doivent faire remonter à Perkins (de New-York) les premières constatations de l'action des métaux appliqués sur la peau.

— M. *J. Roux* adresse un mémoire sur l'action physiologique de la colombine extraite de la racine de colombo par M. Duquesnel. Cet alcaloïde, même à faible dose, a produit chez des poules des accidents qui ont entraîné la mort; l'ictère avec lésions graves du foie a été le plus constant des effets produits par cette substance. De ses expériences l'auteur tire cette conclusion pratique qu'on ne saurait substituer la colombine à la racine de colombo, bien souvent administrée sans aucun accident, et qui renferme, en outre de la colombine, d'autres principes, tels que la berbérine et l'acide colombique, de l'amidon, de la pectine, de la gomme, etc., toutes substances pouvant modifier ou masquer l'action propre de la colombine.

— Le dépouillement du scrutin pour l'élection d'un membre titulaire se termine par l'élection de M. *Blanchard*, avec 22 voix, contre 18 données à M. Vignal et 1 à M. Déjerine.

François-Franck.

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies puerpérales, étude clinique par le docteur F. Siredey — Paris, G, Masson, 1884.

Ce livre mérite une attention toute spéciale, non seulement parce que c'est une œuvre personnelle, écrite en vue de résumer les enseignements fournis par de longues et minutieuses observations cliniques et anatomo-pathologiques, mais encore parce qu'il touche à un problème de pathologie générale qui a longtemps préoccupé les médecins, et dont la solution, restée difficile, doit avoir au point de vue thérapeutique, des conséquences importantes. Dans un mémoire publié en 1875, M. Siredey avait déjà affirmé que « *la fièvre puerpérale n'existe pas* ». Déjà il soutenait la doctrine que le traité des maladies puerpérales qu'il publie aujourd'hui vient étendre et développer. Toutes les maladies présentées par les femmes en couches, dit notre savant confrère, se rattachent constamment à deux types cliniques, distincts ou associés, qui correspondent à la localisation primitive des lésions sur les lymphatiques ou sur les veines de l'utérus. Ces deux types, dans leurs complications, répondent à toutes les manifestations si complexes de l'ancienne fièvre puerpérale et il n'existe pas, en dehors de ces complications, de maladies viscérales isolées qui soient réellement propres à la puerpéralité. Cette affirtion qui, pour la première fois peut-être, s'appuie sur un nombre considérable d'observations détaillées, suivies d'autopsies minutieusement faites, ne saurait être sérieusement contestée. Dans la plupart des autopsies on trouve des lésions utérines ou péri-utérines de même que, dans l'analyse de la plupart des observations cliniques de fièvre puerpérale, dans le tableau des accidents succcessifs présentés par les malades atteintes de cette grave affection, on reconnaît souvent tous les symptômes d'une péritonite. Qu'on lise pour s'en convaincre la description que l'éminent professeur Stoltz a donnée comme devant servir à caractériser la fièvre puerpérale, elle pourrait, à peu de chose près, être confondue avec celle de la péritonite subaiguë consécutive à une fièvre typhoïde ou à une infection quelconque. Mais lorsque, laissant un peu de côté le point de vue anatomo-pathologique, ou le point de vue exclusivement symptomatique, on cherche à étudier l'étiologie de ces maladies puerpérales, qui sévissent si souvent à l'état épidémique, qui frappent tantôt indistinctement toutes les accouchées réunies dans une même salle d'hôpital, tantôt comme au hasard, les plus vaillantes ou les plus débiles, la difficulté paraît plus grande. On n'a pas oublié les débats auxquels a donné lieu en 1858 la discussion de cette question d'étiologie. Les *essentialistes*, considérant les accidents locaux, c'est-à-dire les lésions anatomo-pathologiques, si bien décrites par M. Siredey, comme secondaires, comparaient la fièvre puerpérale au typhus, au chloléra, etc., et croyaient que l'infection pouvait se faire par toutes les voies et non exclusivement par la voie utérine. Suivant eux la fièvre puerpérale atteignait les femmes enceintes avant le début du travail; elle pouvait déterminer des péritonites, même en dehors de la grossesse chez les sages-femmes appelées à vivre dans l'atmosphère infectieuse; elle frappait le fœtus dans le sein de sa mère. Au contraire, les *localisateurs* ne voyaient que la lésion utérine, que la péritonite consécutive à l'accouchement. Ils en arrivaient à nier la contagion de l'une des maladies les plus manifestement contagieuses et à n'opposer qu'une prophylaxie inefficace à une série d'accidents contre lesquels l'hygiène préventive peut tout. Entre ces deux opinions exagérées il y avait place pour une doctrine plus conforme à l'observation rigoureuse des faits. M. Siredey, sans nier les observations de Guérard, Depaul, Paul Dubois, Tarnier, Stoltz, etc., déclare que les cas de péritonite mortelle survenue pendant une épidémie de fièvre puerpérale chez des sages-femmes ou femmes grosses sont exceptionnellement rares aussi bien que les péritonites purulentes constatées chez le fœtus (Stoltz, Lorain). Il persiste donc à admettre, avec les localisateurs, que la voie utérine est la seule qui permette le passage du germe infectieux, agent de la maladie; mais, d'accord avec les essentialistes, il affirme que ce germe est très contagieux, qu'il se transmet d'un lit à un autre, d'une femme malade à une accouchée jusqu'alors bien portante, soit par l'intermédiaire de l'air, plus souvent par le doigt d'un accoucheur ou d'une sage-femme.

Cette doctrine de la contagiosité de la fièvre puerpérale avait été courageusement affirmée en 1858 par Depaul, lorsqu'il venait déclarer à la tribune académique qu'il avait lui-même et à plusieurs reprises involontairement tué les femmes qu'il avait été appelé à accoucher en sortant de son service hospitalier infecté par la maladie; elle est malheureusement

connue non seulement des médecins mais des gens du monde; elle est indéniable. Et lorsque Trousseau comparait l'agent invisible et insaisissable de cette contagion au ferment de la levûre de bière, il ne croyait faire qu'une de ces comparaisons frappantes dont son éloquence était coutumière ; il ne se doutait pas qu'un jour viendrait où l'on chercherait à isoler le microbe de la maladie. Ce microbe existe-t-il? Malgré les hésitations et les réserves qu'il apporte à la discussion des questions qu'il n'a pas étudiées par lui-même, bien que, en divers chapitres de son ouvrage, M. Siredey déclare son incompétence en microbiologie, il semble admettre, avec M. Pasteur et son élève M. Doléris, la spécificité d'un agent parasitaire créant la fièvre puerpérale. Mais, plus loin, on le voit affirmer que les maladies puerpérales empruntent leur origine aux circonstances les plus variées et qu'elles peuvent naître sous l'influence de suppurations diverses, d'érysipèles, de matières organiques en putréfaction, etc. A des causes aussi variées on ne peut cependant assigner une unité d'origine. S'il est démontré qu'un érysipèle traumatique peut transmettre la fièvre puerpérale aussi bien que le sang ou les lochies d'une malade déjà atteinte de cette grave affection, il faut nier l'existence d'un microbe spécifique. Si au contraire les recherches de Pasteur se confirment, il conviendra d'étudier plus attentivement les faits qui semblent démontrer aujourd'hui que la fièvre puerpérale n'est qu'un cas particulier de la septicémie chirurgicale aiguë. Toutefois, et à ce point de vue, les conclusions de M. Siredey sont inattaquables, il n'en reste pas moins prouvé que la contagion est l'agent principal de la propagation de la maladie et que celle-ci peut-être évitée la plupart du temps si l'on met les accouchées dans des conditions hygiéniques satisfaisantes. La prophylaxie des maladies puerpérales occupe donc une place considérable dans l'ouvrage que nous avons sous les yeux, et M. Siredey qui a si bien recherché les conditions qui ont fait naître ou qui ont entretenu ces maladies dans divers hôpitaux, apporte dans cet ouvrage un nouveau contingent aux remarquables travaux de MM. Empis, Tarnier, Hervieux, L. Le Fort, etc. Ces travaux sont appréciés avec une grande équité par M. Siredey et si l'on peut lui reprocher quelques omissions, en particulier celle des noms de M. Stoltz et de M. Empis, celles-ci paraissent dues à la nature spéciale des publications de ces médecins éminents et peut-être aussi à un de ces accidents d'impression auxquels, dans la rédaction d'un ouvrage de longue haleine, il est difficile d'échapper. Nul mieux que M. Siredey ne sait que M. Empis, par exemple, a pu, en 1863, dans son service de la Pitié, arrêter la fièvre puerpérale par des moyens identiques à ceux qui sont aujourd'hui conseillés et faire tomber la mortalité de 7,6 pour 100 à 0,89 pour 100. Son nom mérite donc d'être rapproché de ceux de MM. Tarnier et Siredey.

Mais une fois la maladie déclarée, une fois l'infection produite, sommes-nous désarmés? Faut-il, comme on le croit trop souvent, assister sans lutte à tous les progrès de la phlébite ou de la lymphangite utérine? Nous ne le pensons pas, et bien que tous les traitements de ces localisations de la maladie aient été bien indiqués par notre distingué confrère, nous insisterons encore sur la nécessité d'agir directement par les injections et par les lavages antiseptiques soit du vagin, soit de la cavité utérine. Que de fois, après un ou même plusieurs frissons, — l'enquête faite par M. J. Rendu (de Lyon) le prouve par de nombreux exemples,— n'arrive-t-on pas à enrayer tous les accidents par une médication énergique et surtout bien dirigée et continuée pendant un temps suffisant? En vain dénonce-t-on le danger d'injections poussées trop avant dans la cavité utérine; en vain affirme-t-on les inconvénients que pourrait présenter l'absorption directe par la plaie utérine d'une solution phéniquée ou d'une solution de bichlorure de mercure trop concentrée. Bien faites et bien surveillée, l'injection intra-utérine antiseptique est presque toujours utile, très exceptionnellement suivie d'accidents. Avec M. Siredey, nous croyons que ces injections sont inutiles comme médication préventive; mais, d'accord avec lui, nous dirons que les dangers qu'on leur attribue et qui les ont empêchées de passer dans la pratique ordinaire sont des dangers presque toujours imaginaires. Dans les maladies puerpérales, comme d'ailleurs dans la plupart des maladies infectieuses, le succès est donc souvent la récompense de celui qui sait oser et qui ne se résigne pas au découragement.

Nous ne pouvons, après avoir indiqué l'esprit général de ce nouveau livre, passer en revue tous ses chapitres et analyser les faits nombreux qu'il renferme. Mais une analyse aussi détaillée ne nous semble point nécessaire pour faire ressortir l'intérêt qu'il présente. Tous ceux qui liront le travail du spécialiste éminent qui a consacré jusqu'à ce jour la plus grande partie de sa vie médicale à bien étudier les diverses manifestations de l'état puerpéral, rendront hommage à son zèle, à son savoir et à son expérience.

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

Société protectrice de l'enfance.—La Société a tenu dimanche dernier la séance générale que nous avions annoncée. Toutes les places du grand amphithéâtre de la Sorbonne étaient occupées. M. le président Picot (de l'Institut) a prononcé un discours rempli de pensées ingénieuses ou profondes, exprimées dans un langage tour à tour délicat et élevé, qui a charmé l'auditoire. M. Blache a ensuite présenté le rapport annuel; et MM. les docteurs Bouilly, Leroux, Marjolin, Ch. Richet divers autres rapports.

Voilà une œuvre de bienfaisance à encourager en raison même des services qu'elle se montre chaque année capable de rendre; et nous ne saurions trop engager nos confrères à souscrire au Bal costumé de l'enfance, qui aura lieu le dimanche, 24 février. à l'*hôtel Continental*. Le prix de souscription est de 3 francs.

Nécrologie. — Deux médecins militaires, tous deux dévoués à leurs fonctions et dignes de l'estime de leurs camarades, le docteur Bertrand, médecin-major du 103e régiment d'infanterie, et le docteur Ricque, médecin-major du 82e de ligne, sont morts cette semaine. Présidant aux obsèques du docteur Ricque, M. le médecin-inspecteur L. Colin, directeur du service de santé du gouvernement de Paris, a payé en termes éloquents un juste tribut de regrets à la mémoire de son subordonné, rappelant qu'il avait lutté jusqu'au dernier jour contre un mal qui ne pardonne pas, et que, en 1882, à Auxerre, il avait prodigué ses soins « aux pauvres de la ville, ces élus de la clientèle du médecin militaire. »

— M. le docteur Houzelot, médecin en chef honoraire de l'hôpital général de Meaux, est mort à Meaux, le 10 février, dans sa quatre-vingt-deuxième année. C'est dans sa thèse sur la *fracture du maxillaire inférieur*, soutenue le 6 juin 1827, qu'il a décrit l'appareil auquel son nom est resté attaché.

Le nouveau Codex. — Par décret en date du 13 février 1884, le nouveau *Codex medicamentarius*, édition de 1884, est rendu obligatoire pour les pharmaciens à partir du 15 mars prochain.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Société de biologie. — *Sommaire de la séance du 16 février 1884.* — Grimaux : Sur la coagulation des matières albuminoïdes. — Robin (Alb.) : Influence de faibles traces d'acide nitrique sur la recherche de l'albumine dans l'urine. — Ch. Richet : Des diastases chez les poissons. — Bochefontaine : Note sur un curare curarisant et produisant en même temps l'arrêt systolique du cœur. — Action du cuivre sur les personnes en contact permanent avec ce métal. — Rabuteau : Perkinisme et métallothérapie; résumé historique.

Mémoires : Notice sur Davaine : M. Laboulbène. — Origine de l'hymen : M. Pozzi. — Étude sur la colombine : M. Roux.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 28 février 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LE VIRUS DE LA RAGE. — LES SCHIZOMYCÈTES (OU SCHIZOPHYTES) AU POINT DE VUE MÉDICAL.

Académie de médecine : Le virus de la rage.

La communication faite mardi dernier à l'Académie de médecine par M. Pasteur a un caractère qui la distingue de toutes les communications précédentes. Elle ne porte plus sur l'existence d'un micro-organisme spécial et sur ses propriétés morbigènes; les nouvelles expériences de MM. Pasteur, Chamberland et Roux sur la rage — car c'est d'elle qu'il s'agit — n'ont pas révélé l'existence d'un microbe rabique, et la seule différence qu'on constate jusqu'ici entre un bulbe rachidien virulent et un bulbe non virulent est que les granulations moléculaires sont beaucoup plus fines et plus nombreuses dans le premier que dans le second. « On est tenté, dit M. Pasteur, de croire à un microbe d'une petitesse infinie, n'ayant ni la forme de bacille, ni celle d'un microcoque étranglé; ce sont comme de simples points. » Mais à défaut de l'exhibition d'un nouvel organisme, nous avons eu un exposé clair, précis, de résultats expérimentaux propres à éclairer d'une vive lumière l'histoire pathologique des virus; et, en écoutant M. Pasteur, nous nous disions que l'insuccès de ses tentatives de culture du virus rabique aurait peut-être pour lui, dans le moment, cet avantage de ne poser la question que sur un terrain commun à tous les pathologistes, aux adversaires tout aussi bien qu'aux partisans de la doctrine microbienne. Quel que soit l'élément actif du virus rabique, les nouvelles expériences ouvrent une large perspective sur ce qui intéresse le physiologiste et le clinicien. Porte d'entrée du virus, ses localisations diverses dans le système nerveux avec diversité corrélative des effets symptomatiques, durée variable de l'incubation, différences d'activité d'un même virus, variabilité de la virulence suivant les races d'animaux, et au bout de tout cela espérance de pouvoir rendre l'économie réfractaire à la rage, tous ces points et d'autres encore ont été étudiés par M. Pasteur avec ce mélange de hauteur de vues, d'esprit pratique

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

La médecine à Vienne depuis un siècle.

De temps en temps à l'occasion d'un jubilé ou d'un anniversaire, un professeur d'une Université d'Autriche ou d'Allemagne est chargé de retracer ses origines, de passer en revue une phase curieuse de son existence. Le principal avantage de tels écrits c'est qu'ils mettent en lumière des documents oubliés ou inconnus. Il arrive souvent que l'auteur se borne à un exposé méthodique des choses; que l'animation et la vie manquent à son récit; que la brochure ou le livre constituent un travail digne du fonds de réserve d'une grande bibliothèque, un travail que l'on pourra consulter, mais qu'on ne lira guère. D'autres ont le défaut contraire: on aligne de belles phrases, on effleure tout et on n'arrive qu'à produire un discours d'apparat, qui ressemble à l'histoire comme lui ressemblent toutes les harangues académiques. M. Puschmann, professeur à la Faculté de Vienne, a su éviter ces deux écueils dans le livre qu'il vient de publier à l'occasion de l'anniversaire séculaire de l'hôpital général de la ville(1). Ce n'est point une collection de pièces; l'auteur a eu entre les mains des documents nombreux sans doute, mais il a su les choisir, les classer, en extraire ce qui pouvait servir à son étude ou l'éclairer sans la charger outre mesure. D'un autre côté le souci de la forme n'a pas fait négliger le reste; quand M. Puschmann parle d'une institution, il remonte à ses origines et nous fait assister à son évolution; s'il s'occupe d'un homme, il est sobre en détails biographiques, et nous donne seulement ceux qui peuvent expliquer son rôle. Lorsqu'il s'agit de ses travaux, de son influence sur la science à son époque, c'est une autre affaire:

(1) *Die Medicin in Wien während den letzten 100 Jahren Wien.* 1884. *Mor. Perbs.* In-8°, 327 p., 4 pl.

et de rigueur expérimentale, qui lui ont fait une place à part et pour ainsi dire unique dans la science moderne.

Nous résumons plus loin cette importante communication; mais nous engageons vivement le lecteur à en prendre connaissance dans le *Bulletin de l'Académie*.]

— Sur le projet de loi concernant les aliénés, M. le docteur Lunier a prononcé un discours assez différent de celui des orateurs précédents, et qui est comme un écho de l'esprit administratif. Puis l'Académie a entendu deux lectures très intéressantes : l'une de M. Albert Robin, sur l'action de l'acide phénique dans la fièvre typhoïde; l'autre, de M. Gouguenheim, sur les maladies des ganglions péritrachéaux. Enfin il était cinq heures, et la salle était presque vide, quand la parole a été donnée à M. Roussel (de Genève) pour lire un travail sur la transfusion du sang.

Les Schizomycètes (ou Schizophytes) au point de vue médical.

(Zopf, *Die Spaltpilze*, nach dem neuesten Standpunkte bearbeitet, 1883.)

(Fin. — Voyez les numéros 5, 6 et 7. Fin).

Nous venons de rappeler les arguments les plus probants qui militent en faveur de la théorie parasitaire. C'est maintenant le cas de tenir un compte logique des faits douteux, sans vouloir en exagérer la valeur, et sans oublier qu'il faut envisager ces difficultés au point de vue médical avant tout.

Parmi les maladies dans lesquelles l'intervention prompte et funeste de quelques bactéries est le plus probable, mais non encore démontrée, se place au premier rang la fièvre puerpérale. D'après M. Orth (de Bonn), la lymphe et le sang y présenteraient des *Micrococcus* (c'est-à-dire des spores) en quantité considérable. De ce côté la preuve paraît faite, bien qu'on ne se rende pas encore compte de l'introduction du parasite. La maladie semble d'ailleurs essentiellement miasmatique par son mode de développement, par sa marche rapide, sa terminaison souvent fatale, et surtout par l'influence de l'isolement des femmes atteintes, pratiqué par M. Tarnier dans les heureuses conditions que l'on sait. Cependant il manque les constatations faites par un expérimentateur autorisé. On sait combien en pareille matière les confusions sont faciles, témoin la mésaventure arrivée à M. Feltz, dont le *Leptothrix puerperalis* s'est trouvé n'être que la Bactérie charbonneuse (83). D'après M. Pasteur, qui a étudié spécialement le sujet, il n'existe pas non plus de *Bacillus puerperalis*.

Après la fièvre puerpérale se présente la fièvre typhoïde. Ici, en dépit de l'observation déjà ancienne de M. Tigri, il n'y a pas encore de certitude. D'un côté, les faits rassemblés par les médecins anglais (84) conduisent à penser que la maladie se propage par les matières fécales et par les boissons, c'est-à-dire *que le miasme a un corps*. L'élégante observation tout récemment faite à Auxerre, et sur une assez grande échelle, par M. Dionis du Séjour, est très favorable à cette opinion. La diversité des épidémies plus ou moins meurtrières ne la combat point. Puisque, dans nos laboratoires, on voit le *Bacterium* ou *Bacillus Anthracis* perdre de sa faculté virulente à mesure que ses générations se succèdent dans une infusion oxygénée, pourquoi n'en serait-il pas de même dans le grand laboratoire de la nature? Hâtons-nous d'ajouter que de pareilles hypothèses sont loin d'autoriser encore le médecin à instituer contre la fièvre typhoïde un traitement parasitaire. Ce serait justifier toute l'argumentation des adversaires de la théorie.

Nous passons rapidement sur les microbes des fièvres éruptives. Les nombreuses contradictions qu'ont rencontrées les affirmations de MM. Coze et Feltz semblent prouver que la lumière n'est pas encore suffisamment faite de ce côté.

La coqueluche a été rangée aussi dans le cadre que nous parcourons. M. Tschamer, après avoir inoculé à des lapins des crachats rendus par des enfants atteints de cette affection, a vu ces lapins atteints d'une toux convulsive. Il faut avouer qu'on se fait difficilement l'idée de la coqueluche du lapin, et que si la coqueluche était causée par un microbe, il n'y aurait pas de raison pour que le parasite se trouvât dans le larynx. Ce microbe prolongerait singulièrement une affection qui n'est ordinairement funeste que par les complications qu'elle détermine.

Nous entrons ici dans la pleine mer des hypothèses, que plusieurs des expérimentateurs contemporains ont abordée à toutes voiles. On sait qu'il a été découvert un parasite de la diphthérie, nommé par Letterich *Zygodesmus fuscus*, puis

(83) *Comptes rendus*, 1879, 1er semestre, p. 610 et p. 1214.

(84) Murchison, *Traité de la fièvre typhoïde*, traduit par le docteur Lutaud. Paris, Germer-Baillière, 1878. M. Murchison nomme cette maladie *fièvre typhogénique*.

---

des aperçus judicieux et fortement motivés, des considérations philosophiques d'une haute portée tiennent en éveil l'attention du lecteur et lui évitent la fatigue que produit fatalement la monotonie d'un récit pur et simple. Pour nous, Français, l'ouvrage présente un autre intérêt : il y a de temps en temps dans les journaux de médecine de Vienne des relations de voyages scientifiques en France et particulièrement à Paris. Les unes sont bienveillantes, mais d'autres renferment à notre égard des appréciations d'une justice douteuse; il faut dire que souvent leurs auteurs connaissent peu ce dont ils parlent, qu'ils ont observé vite et superficiellement, c'est-à-dire assez mal, que pour une fois qu'ils ont touché juste, ils sont dix fois à côté de la vérité. Nulle part dans le livre en question on ne trouve cet esprit d'hostilité ou de réserve jalouse. M. Puschmann aime l'Université à laquelle il appartient; il accorde à ses maîtres une respectueuse admiration, mais il croit également que ni la vérité ni le patriotisme ne l'obligent à nier ou à mépriser l'influence qu'ont parfois exercée sur ses progrès les travaux des savants étrangers. L'école de Vienne est assez riche en illustrations, elle a rendu assez de services, pour qu'elle n'ait pas besoin d'étayer sa gloire sur l'abaissement systématique d'autres écoles. Quand l'auteur parle de médecins français, il le fait toujours avec une parfaite bienveillance, sans songer à diminuer leur mérite ou l'utilité de leurs œuvres.

En 1740, l'organisation de la médecine à Vienne était à peu près, comme dans tout le reste de l'Europe, féodale et caduque. L'Université était une petite république, régie par un recteur et un consistorium élus, surveillée par l'Eglise et par l'Etat, auxquels elle empruntait deux de ses fonctionnaires, le chancelier et le surintendant. L'influence du premier était devenu prédominante, grâce à un des archevêques de Vienne, puis aux jésuites. Ni la médecine ni le droit n'avaient profité de cette omnipotence, la redoutable corporation avait fait main basse sur les Facultés de théologie et de philosophie, elle dédaignait ou méprisait les deux autres.

Tilletia diphtheritica, par Klebs *Microsporon*, par M. Cohn *Micrococcus diphtheriticus*. Tous ceux qui ont examiné avec le soin nécessaire les produits néoplasiques de la diphthérie y ont signalé des végétaux microscopiques, des vibrions, etc., M. le professeur Laboulbène, dès 1851, en dehors de toute interprétation. Il eût même été bien étonnant qu'ils n'en trouvassent pas, puisque les germes atmosphériques peuvent se développer librement sur les plaques pseudo-membraneuses du pharynx et du larynx, conséquences et non causes de la maladie. Mais voici que M. Ch. Talamon (85) a cultivé un champignon recueilli à la surface des fausses membranes, champignon formé d'un mycélium en longs tubes, et de spores de deux formes. Il le donne comme un agent pathogénique. M. Thomas (86) trouve avec raison que ce champignon est bien élevé en organisation, et bien supérieur au commun des microbes.

C'est là un exemple des exagérations qui ont compromis la théorie que jusqu'ici nous avons défendue. Ceux qui les ont commises ont eu un premier tort, celui de ne pas considérer l'immense diffusion des Schizophytes, répandus dans l'air des lieux habités et dans les eaux, surtout dans celles que nous buvons. L'eau de la Seine en est infectée, celle de la Dhuys et de la Vanne à un moindre degré (87). Rien d'étonnant en conséquence à ce que l'on ait trouvé des bactéries dans les fosses nasales, avec ou sans coryza (87 *bis*), dans une tête d'animal tombée au moment de la décollation dans un bain d'acide chromique (88), dans la trachée-artère et ses ramifications, dans l'intestin (89), et même dans l'intérieur du sac herniaire, où elles ont facilement pu transsuder (90). D'après M. Cunningham (91), des formes parasitiques tranchées peuvent se trouver spécialement associées dans l'intestin avec des formes particulières de maladie sans qu'il y ait de relations spéciales entre la maladie et le parasite. « Dans un grand nombre de selles cholériques, il se rencontre, dit cet auteur, des corps ayant l'aspect de monades, d'amibes, de spores, mais tous ces corps sont des états du seul *Protomyces coprinarius*, lequel ne prend son développement complet qu'au dehors de l'organisme. Les formes incomplètement développées sont des hôtes normaux du canal digestif de certains animaux inférieurs, et chez l'homme elles peuvent se rencontrer aussi bien à l'état de santé qu'à l'état de maladie. » On peut faire pour les liquides des lochies les mêmes observations que pour ceux de l'intestin. Aussi doit-on prendre en sérieuse considération les observations très sensées de M. Hervieux (92) relativement à la pathogénie des accouchements prématurés. Heureusement que les Schizophytes les plus vulgaires sont absolument inoffensifs, comme l'ont établi les injections exécutées par MM. Miquel et Debove pour la Bactérie des eaux communes (93) et pour le *Leptothrix ramosa* des eaux de la Vanne (94) (lequel est plutôt un *Cladothrix*), sans quoi l'homme courrait constamment de terribles dangers, quand on songe que les lombrics ramènent incessamment à la surface les microbes enfouis dans le sein de la terre, et s'il était vrai que l'huile employée par les sculpteurs pour graver les pierres tombales y fixât particulièrement ces microbes (95).

Il n'y a pas d'excentricité qu'on n'ait débitée sur le rôle pathogénique des Schizophytes, rôle auquel tout récemment, par exemple, un Américain, M. Burrill (96), attribuait la toxicité de certaines espèces de *Rhus*. Mais, nous devons l'avouer, rien ne nous paraît plus excentrique, dans cet ordre de faits, que le microbe si peu décrit encore, si difficile à constater (97), et auquel certains physiologistes sont disposés à faire une si large part dans le développement de la tuberculose. Au point de vue médical, la phthisie, à marche lente et héréditaire, ne se comporte guère comme si un parasite, accidentellement introduit dans l'économie, y modifiait le sang.

Les inoculations tentées par MM. Landouzy et Martin, de parcelles placentaires et fœtales, aussi bien que des inoculations de sperme, ont, paraît-il, démontré la qualité tuberculisante des uns et des autres. Nous ne le nions pas. Ces confrères distinguent dans la genèse de la tuberculose l'hérédité du terrain de l'hérédité de la graine. Nous leur abandonnons cette distinction délicate sans la discuter. Nous disons seulement : rien ne prouve que cette graine soit un

(85) *Bulletin de la Société anatomique*, janvier 1881.

(86) *Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la diphthérie du pharynx*. Paris, Delahaye, 1881.

(87) Voy. les travaux de M. Miquel, résumés par lui dans le livre qui vient de paraître chez Gauthiers-Villars, *Les poussières atmosphériques*. Paris, 1883. Voy. aussi une note de MM. Pasteur et Joubert, (*Comptes rendus*, séance du 29 janvier 1877).

(87 *bis*) Schnetzler, *Archives des sciences physiques et naturelles*, cahier de juillet 1882. Il ne paraît pas bien sûr que le camphre préconisé agisse en détruisant les Bactéries incriminées.

(88) A. Béchamp, *Les Microzymas*, p. 157.

(89) Voy. les *Comptes rendus de la Société de biologie*, séance du 7 juillet 1883.

(90) Nepveu, *Mémoires de chirurgie*, p. 123, 127.

(91) *Quarterly Journal of Microscopical Science*, t. XXI (1881), p. 234 et sq.

(92) *Revue médicale*, n° du 17 novembre 1883, p. 711.

(93) *Annuaire de Montsouris* pour 1879, p. 78 du tirage à part.

(94) *Annuaire de Montsouris* pour 1881, p. 127 du tirage à part.

(95) Th. Brisson de Lenharrée, Congrès scientifique de la Rochelle en 1882; voyez la *Revue mycologique*, t. IV, (1882), p. 249.

Personne, sauf le public, n'avait intérêt à la prospérité de la Faculté de médecine. Comme à Paris, tous les docteurs reçus par elle lui appartenaient, votaient dans les questions d'administration, participaient à ses privilèges; l'influence des professeurs était nulle. Payés peu et irrégulièrement, n'obtenant par le fait de leur titre ni honneur ni considération, ils donnaient, quand ils avaient le temps, un enseignement de pis-aller, et les objurgations ou les remontrances du fonctionnaire chargé de la surveillance, ne servaient presque à rien. Ceux dont ils étaient directement responsables, c'étaient leurs confrères du collège des docteurs; or le collège des docteurs tenait à deux choses : qu'on ne créât point trop de concurrents et qu'on maintînt dans leur état de subordination légale les praticiens tributaires tels que les chirurgiens, les oculistes, les dentistes ou les sages-femmes.

Ces circonstances eurent des résultats faciles à prévoir, l'enseignement baissa; la collation des grades n'eut plus lieu que tous les cinq ou six ans, les frais d'étude et de réception devinrent si formidables, que les étudiants oublièrent le chemin de Vienne et allèrent chercher au delà de la frontière des diplômes moins chers et constituant une garantie de capacité plus sérieuse. On avait pourtant fait des tentatives de réorganisation, des projets volumineux avaient été présentés au Gouvernement, mais leur dernier mot était toujours : « Augmentez nos ressources », et les empereurs d'Autriche ne donnaient rien.

Les choses étaient en cet état lorsqu'arriva Gerhard van Swieten; il avait ce qu'il fallait pour mener à bien une réforme difficile et créer une institution durable : l'instruction, la notoriété, la haine des corporations privilégiées, la justesse du coup d'œil et la résolution froide qui brise un à un les petits obstacles et triomphe des petites intrigues.

Né en 1700, Van Swieten avait d'abord étudié à Louvain, puis à Leyde; il fut l'élève le plus assidu et le plus estimé de Boerhave. En Hollande, les chaires étaient inaccessibles

microbe. Les Baetéries que M. Béchamp (96) dit avoir eonstatées *de visu* dans le tubereule pouvaient tout aussi bien provenir de l'empois qu'il avait employé pour en obtenir la fluidification; toute autre matière organique aurait donné les mêmes résultats; point n'était besoin du tubercule. D'ailleurs les animaux que l'on a inoculés avee des matières regardées eomme tuberculeuses sont souvent farcis de tubercules en captivité, et ehez ceux qui sont morts de deux à trois mois après l'opération, la phthisie a évolué bien plus rapidement que chez l'homme. Les matières simplement septiques ne sont-elles pas eapables de déterminer, par inoculation, des adénites, des lymphangites, des dépôts d'apparence tubereuleuse? C'est du moins l'opinion de M. Colin (99). M. Malassez affirmait devant la Société de Biologie, le 30 décembre 1882, que la présence de granulations tuberculoïdes ne suffit pas pour déterminer la nature tubereuleuse d'une lésion; ce physiologiste distingué ajoutait même qu'il n'est pas démontré que la tuberculose d'une lésion ne reeonnaisse qu'un seul agent étiologique. En effet, M. Malassez nous a appris, avec M. Vignal (100), qu'il existe une tuberculose sans baeille, tuberculose zooglœique celle-ci. On pourrait penser, eonnaissant les transformations des microbes, qu'il s'agit ici de la forme de *Zooglœa* du parasite qui se présente ordinairement sous celle de *Bacillus*, mais il s'inserit lui-même eontre eette opinion. « L'absénce constante des Baeilles de Koeh et de Baumgarten dans les lésions les plus récentes que nous ayons observées eomme dans les plus anciennes montre bien, comme nous l'avons déjà dit, qu'on ne peut eonsidérer nos masses zooglœiques comme étant une forme de dévoloppement de nos Bacilles » (101). Qu'est-ce donc qu'une maladie parasitaire qui reeonnaît pour eause deux parasites différents? Sans compter les autres mierobes indiqués dans la mêmo maladie, la monade tuberculeuse de Klebs (102), retrouvée par Reinstadler et Schiller, les *Micrococcus* mobiles de Eklund, etc. La multiplicité de ces mierobes est faite pour restreindre les eonfianees même les plus tenaces en la microbie, déjà ébranlées par des affirmations comme celles de M. G. Sée, soutenant que le Bacille de la tubereulose vient de l'éeonomie et y retourne, qu'il est produit par elle. Ce serait là un fait d'hétérogénie bien extraordinaire: un corpuscule de la nature des Algues produit par l'organisme humain!

Ce n'est pas que nous ignorions l'importanee prise par la constatation des Bacilles dans les crachats des phthisiques. Il est vrai qu'on ne les a pas toujours trouvés (102). Mais on peut être tubereuleux sans lésions de la poitrine; un tuberculeux peut être atteint d'un rhume par suite d'une intempérie, sans que sa bronchite ait été provoquée par une irritation spéeiale. Plusieurs faits ont montré des Baeilles très rares dans des eraehats de mala·les qui n'étaient qu'au début de la phthisie. Il ressort de ces observations que la présenee des Baeilles ne peut être invoquée eomme un signe pathognomonique de la phthisie que si celle-ci est avancée, et notamment pour la distinguer de la pneumonie seléreuse des vieillards ou du eatarrhe aecompagné de dilatations bronchiques. Il en ressort encore une hypothèse qui peut être aujourd'hui posée d'une manière assez opportune. Les Baeilles de la tubereulose ne seraient-ils pas des microbes atmosphériques qui trouveraient dans le liquide résultant de la fonte des tubercules un milieu tout spécial, éminemment favorable à leur multiplication? En tout eas ee ne sont eertainement pas des cristaux, comme l'a eru M. H.-D. Sehmidt (103).

Si nous avons présenté en terminant quelques restrictions devant l'étendue trop largement hypothétique de la théorie parasitaire, ce n'est pas que nous songions à nier les progrès de la seienee pour eette soule raison qu'ils sont encore imparfaits. Il y a peu d'années que les physiologistes suivent la voie magistralement tracée par M. Pasteur, et il est certain qu'ils sont loin de l'avoir eneore pareourue toute entière. Ce que nous eonnaissons le mieux, c'est la facilité extraordinaire avee laquelle se multiplient les Schizophytes, avee laquelle ils altèrent les humeurs d'un être vivant et le tuent après l'avoir envahi. Ce que nous savons le moins, c'est la série de leurs variations ou de leurs métamorphoses, et le lien qui rattaehe les plus virulents d'entre eux à telle ou telle algue d'eau douce, à peine connue ou regardée comme inoffensive. C'est dans cette voie que les naturalistes spéeiaux devraient s'engager, persuadés qu'ils y reneontreront des faits

(90) *American naturalist*, t. XVII, 1883, p. 319-320. Le *Micrococcus toxicatus* serait inoculable à la peau humaine par l'allouchement de la plante.

(97) Voy. les *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, séances du 27 mars et du 26 mai 1883.

(98) *Les Microzymas*, p. 182.

(99) *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 26 novembro 1883.

(100) *Société de biologie*, séance du 12 mai 1883.

(101) Les réserves formulées devant la même société par MM. Malassez et Vignal honorent à coup sûr ces consciencieux expérimentateurs, mais ne détruisent pas les résultats de leur expérimentation.

(102) A. Ransome, *Proceedings of the Royal Society*, t. XXXIV, 1882, p. 174-275.

(103) *Louisville Medical Herald*, t. IV, 1882, p. 274-275.

---

pour lui, paree qu'il était catholique; il fit de l'enseignement libre et les élèves se pressèrent à ses eours; les maîtres offieiels en furent jaloux, on exhuma un règlement d'un autre âge à l'aide duquel on put les supprimer. Il se mit à écrire; grâce à ses adversaires, il a laissé les admirables *Commentaires* que nous lisons encore quand nous ne savons même plus leurs noms. Pour attirer Van Swieten à Vienne, il fallut une eampagne diplomatique. Marie-Thérèse avait perdu son premier médecin, elle en voulait un de l'école de Leyde et qui fût eatholique; on avait adressé d'Angleterre à Swieten, des propositions capables de donner à réfléchir. Honoraires brillants, libre exercice de son eulte, rien n'y mquait; il préféra l'Autriche et, en 1744, il y arrivait avec e titre de médecin partieulier de Sa Majesté et de conservateur de ses livres. Cette dernière fonction n'était sûrement pas une sinécure; la bibliothèque était en un pitoyable état. Dans le cours de la guerre précédente, on avait évacué les volumes sur Komorn, d'où ils avaient été rapportés à Vienne. Beaucoup s'étaient égarés dans le trajet, d'autres étaient presque détruits, il n'y avait ni listes ni catalogues. Le nouveau bibliothéeaire fit faee au plus pressé, et quand il eut eomplété les colleetions, remplaeée qui était perdu, fait un premier classement, il songea sérieusement aux réformes médieales.

De ce côté, ses débuts furent malheureux: une irrégularité commise au moment de son acte de réception avait attiré à la Faculté une verte semonce du reeteur; ses confrères lui faisaient triste mine; on n'avait même pas plaeé les *Commentaires* dans la liste des livres reeommandés. Tout cela le touehait peu. Fort de l'appui de la souveraine, il commença dès ee moment la réalisation du projet qu'il avait eonçu depuis longtemps: le rattachement de la Faculté à l'État, la suppression de ses privilèges et de l'influence ecclésiastique. On procéda avee ménagement, par demi-mesures. Des actes supplémentaires adjoignirent aux docteurs régulièrement reçus des docteurs extraordinaires jouissant des mêmes pri-

de la même nature que ceux de l'hétérœcisme des Urédinées (104).

Eug. Fournier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Obstétrique.

Des kystes du petit bassin au point de vue de la dystocie, par M. Porak, accoucheur des hôpitaux.

Nous avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital Saint-Louis un cas extrêmement rare de dystocie par kyste du petit bassin. Nous publions aujourd'hui cette observation, avec une autre, du même genre, qui nous a été communiquée par M. Doléris. Dans les numéros suivants, nous nous proposons de rechercher et de comparer les faits analogues que renferme la littérature médicale.

Obs. I. — Il s'agit d'une femme de vingt ans, doreuse, primipare, à terme. Les dernières règles remontaient du 6 au 10 juin 1882, et elle est entrée dans notre service le 5 mars 1883. Elle était en travail depuis la veille à six heures du soir. La dilatation du col était complète le lendemain 5 mars, vers deux heures de l'après-midi. Comme le travail ne se terminait pas, quoique les contractions utérines fussent répétées et violentes, on me fit mander. J'arrivai près de cette malade vers neuf heures du soir, c'est-à-dire vingt-sept heures après le début du travail. L'enfant se présentait en O. I. D. A. L'obstacle à la descente de la partie fœtale était dû à la présence d'une tumeur siégeant à la face interne et latérale de l'excavation pelvienne; elle était hémisphérique, saillante de près de 2 centimètres dans l'excavation, étalée à sa base, où elle pouvait bien mesurer 5 centimètres de diamètre. Le vagin n'était pas chaud, ni douloureux, comme s'il se fût agi d'un abcès. La tumeur n'était pas pulsatile, elle était rénitente, donnant la sensation d'une tumeur liquide très tendue. Elle était assez dure pour qu'on puisse hésiter entre un fibrome ramolli, comme cela arrive pendant la grossesse, et une tumeur liquide : kyste ou thrombus. Elle paraissait appliquée contre l'os et il était impossible de lui communiquer aucun mouvement. Un thrombus aussi nettement circonscrit était l'hypothèse la moins probable. Nous pensions à un kyste, mais admettant la possibilité d'un fibrome ramolli. La tumeur n'étant pas très volumineuse, le diagnostic étant un peu incertain, nous nous décidâmes à tenter d'emblée une application de forceps, prudente, modérée, nous proposant de recourir à la ponction exploratrice pour peu qu'il existât des difficultés trop grandes à l'extraction de l'enfant. Le placement de la cuiller postérieure droite ne fut pas très facile; mais nous parvînmes néanmoins à faire une application oblique de forceps suivant le diamètre oblique gauche. A la suite de quelques tractions très modérées, nous vainquîmes brusquement la résistance qui s'opposait au dégagement de la tête. Et au moment où la tumeur de l'excavation pelvienne disparaissait, au point qu'il ne fut pas possible d'en constater la moindre trace après l'accouchement, la grande lèvre correspondante, c'est-à-dire la droite, doublait au moins de volume. Il n'était plus douteux qu'il s'agît d'un kyste. Celui-ci venait de se rompre, et le liquide s'était épanché dans le tissu cellulaire de la grande lèvre après avoir détruit l'obstacle qui lui était opposé par les aponévroses du périnée. L'extraction de l'enfant ne présenta dès lors aucune difficulté, celui-ci pesait 3100 grammes. La délivrance fut normale. Les suites de couches furent bonnes, sans que la température prise tous les jours dénotât une élévation supérieure à 38 degrés. L'œdème, qui occupait la grande et la petite lèvre droite, se dissipa progressivement en trois jours. La malade quitta l'hôpital, le 21 mars, dans un état satisfaisant. On sentait encore à cette date le fond de l'utérus à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse du pubis; mais le kyste était reconstitué, il occupait un siège plus élevé que celui constaté au moment de l'accouchement et le même volume; il paraissait avoir les dimensions et la situation de la lame carrée; son bord supérieur avoisinait le détroit supérieur; son bord inférieur, à peu près la partie moyenne de la face latérale interne de l'excavation; les bords antérieur et postérieur atteignaient les deux colonnes antérieure et postérieure du vagin; il avait les dimensions d'une mandarine à peu près; sa consistance était nettement fluctuante, et le doigt, déprimant la surface de la tumeur, en était facilement repoussé par son élasticité. L'examen n'était pas douloureux; le vagin ne présentait pas une température plus élevée que normalement.

Nous avons revu cette malade. Elle nous fournit les renseignements suivants : originaire de Paris, elle y a toujours habité; elle demeure depuis longtemps dans le quartier de l'hôpital Saint-Louis, qui est desservi par les eaux impures du canal de l'Ourcq; elle boit de cette eau, qu'elle puise à une fontaine et qu'elle ne fait jamais filtrer. Ces conditions si mal comprises au point de vue de l'hygiène expliquent l'origine de l'affection qu'elle a présentée.

Un mois après avoir quitté notre service, vers la fin du mois d'avril, elle tomba malade et demanda son admission dans le service de M. Siredey, à l'hôpital Lariboisière. Les renseignements suivants ont été confirmés par M. Siredey. Elle fut atteinte d'un abcès pelvien du côté droit, qui fut ouvert par M. Benjamin Anger. La guérison ne suivit pas cette opération; l'inflammation gagna même la grande lèvre droite, où on dut pratiquer de nouvelles incisions. Cette malade quitta le service de M. Siredey au mois d'août, malgré l'avis du médecin et sans être guérie. Vers le mois d'octobre 1883, elle rendit par le rectum, à la suite d'épreintes et de douleurs dont elle compare le caractère et la violence à celles de l'accouchement, du sang, du pus et une membrane qu'elle porta à l'hôpital Lariboisière. M. Siredey reconnut qu'il s'agissait, sans aucun doute, d'une membrane hydatique.

Aujourd'hui, 20 janvier 1884, notre ancienne malade est de

(104) Peut-être les parasites nocifs se trouvent-ils dans certains cas sur des végétaux alimentaires, comme portent à le soupçonner, pour le béribéri, les observations récentes de M. de Lacerda, qui, d'après le rapport de M. Rochard, demanderaient confirmation.

---

vilèges; cette période de transition ne dura que cinq ans, et en 1749 était promulgué l'édit qui attribuait la nomination des professeurs de la Faculté à l'Etat, et conférait aux médecins régulièrement reçus à Vienne le droit d'exercice dans tout l'empire. La vieille école était détruite; il fallait la remplacer par une autre qui valût mieux; Swieten y pourvut. Il y avait eu longtemps trois maîtres en tout : un pour la théorie, un pour la pratique, un pour les sciences accessoires; depuis une trentaine d'années on leur avait adjoint un professeur de clinique et un autre d'anatomie, enseignant en même temps la médecine opératoire et la chirurgie; mais ces cours complémentaires étaient si mal organisés, qu'ils ne servaient presque à rien. De nouveaux règlements fournirent des cadavres à l'amphithéâtre de dissection; on créa un jardin botanique, pour l'entretien duquel le trésor impérial accorda une dotation annuelle de 3000 florins; un laboratoire de chimie qui coûtait à peu près autant, et, comme il fallait pour les diriger des individus capables, Swieten alla les chercher à l'étranger. Directeur perpétuel de la Faculté de médecine, il n'avait pas lui-même de chaire, mais aucun cours n'était plus suivi que celui qu'il faisait à la bibliothèque impériale. Il appela de Nancy le chimiste Laugier, confia le cours d'anatomie à Jaus, un élève de Winslow, puis à Gasser, qui mourut jeune; il envoya Crantz étudier les accouchements à Paris, sous Puzos et Levret; mais c'est surtout pour la clinique qu'il trouva un auxiliaire précieux dans son compatriote de Haën. Jusqu'en 1754, la chaire avait été occupée sans grand éclat par un docteur de l'ancienne école, appelé Peter Quarin. Lorsqu'il prit sa retraite, on songea à modifier les choses. Le traitement du titulaire fut porté à 5000 florins, pour qu'il pût se consacrer exclusivement aux élèves. Le service de clinique de l'hôpital civil ne renfermait que douze lits; Swieten obtint pour le professeur le droit de choisir dans les autres salles les malades dont l'affection lui paraîtrait intéressante. De Haën procéda comme à Leyde; arrivant de très bonne heure

nouveau enceinte de trois mois; elle vient nous demander si son prochain accouchement présentera les mêmes difficultés que le précédent. Rien n'a justifié, dans notre examen, un semblable pronostic pour l'avenir. Les tissus sont certainement moins souples dans toute la région occupée antérieurement par la tumeur, mais on ne constate nulle part de saillie appréciable. Quoique un peu pâle, cette femme ne se plaint de rien, sa santé paraît bonne.

Nous devons à l'obligeance de M. le docteur Doléris la relation d'un second fait.

OBS. II. — L..., femme M..., vingt ans, primipare, entre le 6 février 1883 à la Clinique d'accouchement de la Faculté. Elle est au terme de sa grossesse, et le travail est régulièrement commencé (présentation du sommet).

En examinant cette femme, on constate par le toucher vaginal l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule à peu près, rénitente, paraissant néanmoins renfermer un contenu liquide, logée dans la paroi droite du vagin et allongée dans le sens de l'axe de ce conduit.

La tête ne progresse que très lentement à partir du moment de la dilatation complète, et il semble que la tumeur se laisse déprimer peu à peu; la paroi en est très tendue.

Vu la lenteur de l'expulsion, et les battements du cœur fœtal devenant lents et irréguliers, M. Maygrier, chef de clinique, fait une application de forceps.

A peine l'instrument est-il placé, que l'utérus excité par sa présence se contracte violemment, et avant qu'une seule traction ait été exercée sur la partie fœtale, le kyste vaginal éclate brusquement. Le liquide jaillit au dehors et assez loin jusque sur l'opérateur et les aides; il paraissait limpide.

On put recueillir une membrane blanche d'aspect fibrineux, solide, unie et régulière, ressemblant absolument à une poche hydatique.

M. Doléris a examiné presque séance tenante cette membrane, et sur la coupe microscopique a retrouvé aussi nette que possible la striation régulière, indice de la superposition des lames parallèles et concentriques de la paroi kystique : c'était bien la texture classique des membranes des kystes hydatiques.

L'enfant, rapidement extrait, un peu étonné, a été promptement ranimé. Délivrance normale.

Suites de couches. — Au bout de trente-six heures la femme fut prise d'accidents septiques : frissons, fièvre, lochies fétides, température élevée (entre 39 et 40 degrés), et cet état persista plusieurs jours.

La malade sortit néanmoins le huitième jour, et de nouveaux accidents se produisirent aussitôt rentrée chez elle. Elle reçut les services du docteur Delaunay, et finalement se rétablit.

Il est important de noter que, dès après l'accouchement, le professeur Depaul, ayant pratiqué le toucher dans le but de rechercher le siège exact du kyste, ne put y parvenir.

Dans le courant du traitement que lui fit subir à domicile le docteur Delaunay, il eut occasion de la toucher plusieurs fois, et ne retrouva jamais aucun vestige de la tumeur.

(*A suivre.*)

Clinique médicale.

OBSERVATION DE TRANSFUSION DU SANG CHEZ UN BRIGHTIQUE ATTEINT D'HÉMORRHAGIES GRAVES MULTIPLES; ARRÊT DE LA PERTE SANGUINE, par MM. les docteurs F. BOMPAR et L. DULAC.

OBS. — Eugène D..., à Preignac (Gironde), âgé de vingt-six ans, d'une constitution robuste et vigoureuse, est atteint, dans les premiers jours de décembre 1883, d'accès d'oppression qui se répètent chaque nuit. Ces accidents ne l'empêchent pas de sortir par tous les temps, et de se livrer à son exercice habituel, qui est la chasse au marais. Très peu soucieux de sa santé, il séjourne dans l'eau des journées entières.

Le 1er janvier 1884, angine phlegmoneuse qui nécessite notre intervention. L'abcès est ouvert à l'aide du bistouri.

Le 4 janvier, le malade se plaint de douleurs très violentes dans la région rénale. Ses urines, peu abondantes, contiennent du sang. Les paupières sont tuméfiées, la face est bouffie. Inappétence absolue. Vomissements.

Les bruits du cœur sont normaux. L'auscultation des poumons permet de constater des râles sous-crépitants aux deux bases. La dyspnée est intense. Température, 39 degrés.

Les réactifs ordinaires décèlent dans l'urine la présence d'une quantité considérable d'albumine.

Diagnostic. — Néphrite albumineuse aiguë.

Traitement. — Régime lacté, ventouses sèches fréquemment appliquées sur le thorax.

Le 10, les urines ne sont plus sanguinolentes, de rares qu'elles étaient, elles sont devenues abondantes sous l'influence du régime lacté absolu, mais elles contiennent toujours beaucoup d'albumine. Température, 37°,5.

Congestion et œdème pulmonaire se traduisant par du souffle dans le poumon gauche et par des râles sous-crépitants aux deux bases et à la partie moyenne des deux poumons. Vomissements. Céphalalgie.

Le 25, il existe toujours de l'œdème et de la congestion pulmonaire. Le souffle a disparu. L'état général est assez satisfaisant. Les urines sont toujours albumineuses.

Le 26, légère hémoptysie.

Le 27, hémoptysie très abondante qui s'est produite pendant la nuit, et qui peut être évaluée à 500 grammes environ. — Potion à l'ergotine et à l'extrait de ratanhia. Boissons froides. Ventouses sèches.

Le 28, hématémèses. Le malade vomit une grande quantité de sang noir. Syncopes répétées. Refroidissement. — Injections sous-cutanées d'ergotine; boissons glacées.

Les vomissements de sang noir continuent pendant la nuit du 28 au 29, et pendant la journée du 29; mélæna. Le malade est très faible; il est complètement décoloré; il a des syncopes continuelles.

Le 30, nouvelles hématémèses. Voyant qu'une mort très prochaine est inévitable par le fait même de l'hémorrhagie, nous nous décidons à pratiquer la transfusion. M. le professeur Oré veut bien se joindre à nous, et avec le transfuseur qui porte son nom, il

---

à l'hôpital, il faisait pour son compte une première tournée, et à huit heures la visite proprement dite commençait; chaque élève interrogeait et faisait un diagnostic; le professeur avait même pris soin de ménager la timidité ou l'amour-propre; ces diagnostics lui étaient communiqués à voix basse, à l'oreille; quand tout le monde avait fini, il donnait le sien. Le service était complété par la policlinique, correspondant à nos consultations externes, par des autopsies faites en présence de tous.

Un pareil enseignement devait nécessairement rendre de grands services, d'autant mieux que de Haën était un observateur hors ligne. Jamais il ne se prononçait à première vue; jamais il n'institua une thérapeutique irréfléchie ou sentimentale. Sa *Ratio medendi...*, dans laquelle il a reproduit les observations de sa pratique hospitalière, montre avec quelle minutie il s'attachait aux symptômes, avec quel soin il notait ou faisait noter les moindres indices. Personne ne se moqua plus franchement que lui de ces médecins artistes qui prétendaient tout voir et tout connaître à l'aide du pouls. Il tenait compte des renseignements qu'il peut fournir, mais il les complétait par la mensuration de la température, ce que personne, pas même Boerhaave, n'avait fait avant lui. Sa thérapeutique était basée sur les mêmes principes : il espérait beaucoup de la nature, n'intervenait qu'à propos, sans idée préconçue, sans esprit de système, en tenant compte avant tout des indications fournies par la marche de la maladie ou l'état du sujet.

Et cet homme si judicieux, si sage, si bien doué pour l'étude de la plus difficile des sciences d'observation, cet homme-là croyait à la sorcellerie et aux maladies surnaturelles; il avouait lui-même qu'il n'en avait jamais vu, que les cas qu'on lui avait présentés comme tels étaient autant de simulations; peu importe, la discussion et le raisonnement s'arrêtent là où commence la foi. Sur ce chapitre, de Haën ne supportait ni la raillerie ni les objections; dans sa pas-

injecte dans la veine médiane céphalique 60 grammes de sang. La transfusion se fait sans accident. Les hémorrhagies cessent aussitôt.

Le 31, amélioration notable. Les vomissements ont disparu Le malade prend du lait froid et demande à manger.

Le 8 février, les hémorrhagies ne se sont pas reproduites; il n'y a plus d'œdème et de congestion pulmonaire. L'urine est abondante, mais contient toujours de l'albumine. Le malade s'alimente; il peut s'asseoir sur son lit. La transfusion a opéré, à notre grand étonnement, une véritable résurrection.

Cette observation a quelque analogie avec celles dont M. Dieulafoy a entretenu la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 11 janvier dernier. Elle prouve que le sang d'une personne saine transfusé à l'individu malade devient un modificateur puissant. En pareil cas, et c'est là le point capital de notre relation, celui sur lequel nous désirons attirer le plus spécialement l'attention, l'introduction dans les veines d'un sang riche en globules venant se mêler à un liquide sanguin qui a perdu ses propriétés primordiales fait l'office de l'agent hémostatique le plus sûr. La quantité est tout à fait secondaire, puisque nous voyons 60 grammes de sang produire le résultat demandé, alors que toutes les autres médications employées jusque-là avaient été infructueuses.

Cette conclusion est, du reste, conforme à celles développées par M. Hayem devant la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 25 janvier, à propos de la récente communication de M. Dieulafoy, à laquelle nous venons de faire allusion.

Dans notre observation, ce qu'il importe de faire remarquer, c'est que la transfusion est appliquée à une hémorrhagie de forme spéciale, intimement liée à une altération du sang; qu'elle n'a pas eu pour but de remplacer en quantité celui qui a été perdu, mais de modifier, dans sa composition, celui qui reste encore.

Jusqu'ici la transfusion a été surtout pratiquée pour remédier à des hémorrhagies de causes accidentelles, et le but que l'on se proposait était principalement de remplacer ce qui était en moins, et ressortissait entièrement du domaine de la chirurgie. Le fait que nous relatons s'accorderait avec d'autres pour prouver qu'elle peut être autre chose qu'un moyen mécanique, et que le sang injecté dans les veines devient, dans certaines conditions particulières, un véritable agent de thérapeutique médicale.

/

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

SUR LA VARIABILITÉ DE LA CONCENTRATION ET DE LA COMPOSITION DES SOURCES MINÉRALES. Mémoire de M. *A. Inostranzeff*. — Il résulte d'une nombreuse série d'analyses que, dans trois localités différentes, le puits artésien de Saint-Pétersbourg, les sources de Drouskeniki (gouvernement de Grodno) et celles de Tzekhofzinsk (Pologne), on a pu constater des variations quotidiennes de concentration et de composition.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ALPHONSE GUÉRIN.

MM. les docteurs *Cornil*, *Grancher* et *Aug. Voisin* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section d'anatomie pathologique, par suite du décès de M. Parrot.

M. le docteur *Fournier* envoie le compte rendu manuscrit des épidémies qu'il a observées dans l'arrondissement de Soissons en 1883. (*Commission des épidémies.*)

M. le docteur *Germain* adresse un mémoire manuscrit sur les vaccinations et revaccinations opérées au 5e bataillon de chasseurs en 1883. (*Commission de vaccine.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Cornil*, l'introduction et le premier chapitre du *Traité inédit de l'anatomie pathologique par Laennec*; 2° un ouvrage ayant pour titre : *M. Pasteur, histoire d'un savant par un ignorant.*

M. *Moutard-Martin* présente : 1° une brochure de M. *Houlès*, relative à l'*action du cuivre sur l'économie*; 2° une brochure de M. le docteur *Grellety*, *sur les précautions hygiéniques et prophylactiques à prendre contre la fièvre typhoïde.*

M. *Gavarret* dépose, au nom de l'éditeur, M. *G. Masson*, le nouveau *Codex medicamentarius.*

M. *Armand Gautier* présente une Étude de M. *A. Haman sur les eaux potables et le plomb.*

M. *Laboulbène* présente, de la part de M. le docteur *Servoles*, un volume intitulé : *La fièvre typhoïde chez le cheval et chez l'homme.*

M. *Lagneau* fait hommage d'un mémoire qu'il vient de publier sur l'*immigration en France.*

M. *Constantin Paul* présente, au nom de M. le docteur *Martineau*, ses *Leçons sur la vaginite non blennorrhagique.*

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose le 7e fascicule de son *Dictionnaire de thérapeutique*, allant du mot *Cyaniferrures* au mot *Eaux potables.*

RAGE. — M. *Pasteur* communique, en son nom et au nom de ses collaborateurs, MM. *Chamberland* et *Roux*, les résultats de leurs nouvelles expériences sur l'inoculation du virus rabique à la surface du cerveau par la trépanation et sur l'injection de ce virus dans le système sanguin. — Dans sa communication du 11 décembre 1882, il avait annoncé que

---

sion fanatique, il employa plus d'une fois contre ses contradicteurs l'invective et l'outrage!

Les réformes de Swieten portèrent leur fruit; l'école qu'il fonda peut être considérée comme la première en date des écoles modernes. Leyde avait rendu des services, mais après Boerhaave son rôle était terminé; il ne resta d'elle qu'un système mort avec le dix-huitième siècle. Une nouvelle méthode d'exploration prit bientôt naissance à Vienne; elle a vécu jusqu'aujourd'hui cent vingt ans sans vieillir, et les cliniciens l'estiment autant et plus peut-être que du vivant d'Avenbrugger lui-même : nous voulons parler de la percussion.

Né en 1722, à Gratz, en Styrie, Léopold Avenbrugger fit ses études à Vienne; médecin en second de l'hôpital espagnol, il devint médecin en chef, en 1762, à la mort de Sardana. L'année précédente, il avait publié son livre sur la percussion. Ce livre ne trouva pas près des médecins l'accueil qu'il méritait : « Van Swieten et de Haën regardèrent la découverte avec dédain et n'y attachèrent aucune importance. Beaucoup, ne sachant même pas au juste ce dont il s'agissait, confondaient le procédé avec la succussion et déclaraient qu'Avenbrugger n'avait aucune raison d'appeler cela une découverte puisqu'il en était déjà question dans Hippocrate. Quelques-uns pourtant s'exprimèrent dans un sens plus favorable. Albert de Haller déclara que c'était bien là une découverte et qu'elle méritait d'attirer l'attention des médecins. Pour le professeur Chr. G. Ludwig (de Leipzig), c'était un flambeau capable de porter la lumière dans l'obscurité qui régnait alors au sujet des maladies de poitrine. En 1770, Rivière de la Chassagne (de Montpellier) traduisit le livre en français, mais il eut soin d'avertir les lecteurs qu'il n'était pas partisan de la méthode, qu'il ne l'avait pas expérimentée lui-même.....

» ... La percussion fut introduite à la clinique de Vienne par Stoll, le successeur du docteur Haën, il en parla plusieurs fois dans ses travaux. Un peu plus tard, elle était

l'inoculation du virus rabique dans le système sanguin offrait le plus souvent des rages paralytiques avec absence de fureur et d'aboiement rabique; en sacrifiant des chiens au moment des premiers symptômes de paralysie, et en étudiant ensuite comparativement les virulences de la moelle et du bulbe, il a reconnu que la moelle pouvait être rabique, alors que le bulbe ne l'était pas encore. — D'autre part, non seulement l'encéphale et la moelle sont le siège du virus rabique, mais encore tout le système nerveux, du centre à la périphérie, est également susceptible de cultiver ce virus; ce qui explique la surexcitation nerveuse se manifestant chez l'homme dans une foule de cas de rage; quant à la virulence de la salive, elle a été nettement constatée sur des chiens, rabiques par inoculations intracrâniennes ou intraveineuses, ou sur des chiens atteints de rage dite spontanée. — Le virus enfermé pur dans des tubes scellés à la lampe d'émailleur se conserve pendant trois semaines et un mois, même aux températures de l'été. — Le liquide céphalo-rachidien peut contenir le virus rabique, mais la présence de celui-ci n'y est pas constante, et même ce liquide peut donner la rage lorsqu'il a une apparence limpide, tandis qu'il peut ne pas la communiquer lorsqu'il est sensiblement opalescent.

M. Pasteur déclare n'avoir pu réussir jusqu'ici à cultiver le virus rabique à l'état de pureté; cependant il affirme pouvoir reconnaître à l'examen microscopique du bulbe un cerveau rabique d'un cerveau sain; tous deux, dit-il, offrent un nombre immense de granulations moléculaires, mais le bulbe rabique en montre de plus fines, de plus nombreuses et l'on est tenté de croire à un microbe d'une petitesse infinie, n'ayant ni la forme du bacille, ni celle d'un microcoque étranglé; ce sont comme de simples points. Toutefois, en injectant dans les veines d'un animal rabique, au moment où l'asphyxie commence, du virus pur emprunté au bulbe d'un animal mort de rage, il ne reste dans le sang, au bout de très peu d'heures, que ces granulations, qui sont alors colorables par les couleurs dérivées de l'aniline. Est-ce là le microbe rabique? M. Pasteur déclare n'en avoir pas encore des preuves définitives; mais il s'occupe à les réunir. — Une autre question a été examinée au cours de ces expériences : lorsqu'on inocule ainsi le virus rabique dans une veine ou dans le tissu cellulaire, c'est la rage paralytique, sans aboiement ni fureur, qui se manifeste ordinairement, tandis que la trépanation donne le plus souvent la rage furieuse. M. Pasteur a reconnu qu'il était possible d'obtenir celle-ci par l'inoculation intraveineuse ou hypodermique, à la seule condition de se servir de très petites quantités de virus, et l'on peut alors prolonger beaucoup la durée des incubations, jusqu'à n'obtenir aucun effet de l'inoculation, si la dilution a été poussée à un certain degré; toutefois, lorsque les petites quantités de virus inoculé n'ont pas donné la rage, l'animal a été susceptible de la prendre par de nouvelles inoculations ultérieures; il n'y avait donc pas eu immunité.

Il avait été primitivement rencontré chez le chien des cas de disparition des premiers symptômes rabiques avec reprise du mal assez longtemps après; ce fait a été également constaté chez le lapin, bien qu'il soit rare chez ces deux espèces animales; il n'en est pas de même pour les poules, dont la rage ne présente d'abord jamais de symptômes violents, mais seulement de la somnolence, de l'inappétence, de la paralysie des membres et souvent une grande anémie se traduisant par la décoloration de la crête. — En ce qui concerne l'atténuation présumée du virus rabique par l'action du froid et le passage prétendu de la rage de la mére au fœtus, M. Pasteur déclare n'avoir jamais obtenu que des résultats entiérement négatifs. — Il fait enfin remarquer que la sûreté de l'inoculation de la rage par l'injection intraveineuse du virus montre que, dans la plupart des cas tout au moins, son absorption se fait par le système sanguin; on pouvait objecter que le virus revenait à la blessure, où il trouvait là, béants, des nerfs et des vaisseaux lymphatiques. Ayant pratiqué l'inoculation dans une veine de l'oreille, puis aussitôt après avoir coupé l'oreille, à l'aide du thermo-cautère, au-dessous de la piqûre, de manière à n'avoir pas de plaie proprement dite, l'absorption n'en a pas moins eu lieu.

La découverte de l'atténuation des virus est-elle applicable à la rage; son virus est-il susceptible de manifester des virulences variées? M. Pasteur répond affirmativement. A défaut d'autres méthodes qui sont encore à l'étude, nous avons reconnu, dit-il, « que le passage d'un virus rabique par les diverses espèces animales, permet de modifier plus ou moins profondément la virulence de ce virus. Lapins, cobayes, poules, singes, prennent la rage; lorsque, par des passages successifs, le virus a atteint une sorte de fixité propre à chaque race, la virulence de ces virus est loin d'être la même, et elle diffère sensiblement de la virulence de la rage canine, virulence fixée elle-même par les nombreux passages de chiens à chiens par morsures depuis un temps immémorial. Dans ma pensée, il n'y a pas de rage spontanée. Nous possédons présentement un virus qui donne la rage au lapin, en sept ou huit jours, avec une constance si grande, qu'on peut assigner, à quelques heures près, pour ainsi dire, la durée de l'incubation, mesurée par un changement dans la température ou par l'apparition des premiers symptômes rabiques extérieurs. Nous possédons également un virus rabique qui donne la rage aux cobayes en cinq ou six jours avec non moins de certitude dans la durée de l'incubation ». Il existe au laboratoire de M. Pasteur quelques chiens réfractaires à la rage pour tous les modes d'inoculation; ils sont réfractaires également pour toutes les natures de virus rabique;

---

retombée dans l'oubli lorsque l'illustre Corvisart, le premier médecin de Napoléon, vint l'en tirer. Les remarques de Stoll avaient appelé son attention sur la percussion, il avait lu le livre d'Avenbrugger, appliqué pendant vingt ans en clinique son procédé, avant qu'il publiât la *Nouvelle méthode pour reconnaitre les maladies internes de la poitrine par la percussion de cette cavité*, par Avenbrugger (Paris, 1808). Il fit connaître, au lit des malades, son expérience personnelle par des notes, des modifications, des additions. Comme il le dit dans sa préface, Corvisart eût pu publier sur ce point un traité original, d'autant mieux que les traductions, même annotées, ne procurent que peu de gloire. Mais il n'a point voulu sacrifier le mérite d'Avenbrugger à sa vanité personnelle; il a tenu à bien montrer au monde savant que c'est lui qui a découvert la percussion. »

Cette citation du livre de M. Puschmann va terminer notre analyse; nous nous sommes limités au chapitre qui sert d'introduction, parce qu'il donne l'idée suffisamment nette de la manière de l'auteur; il a d'autres pages intéressantes sur la grandeur et la décadence de l'Académie Joséphine, sur les origines de l'école contemporaine et ses progrès. Elles renferment malheureusement trop de choses pour qu'on puisse les toucher dans un résumé sommaire.

D[r] L. Thomas.

Asiles publics d'aliénés. — Par arrêté préfectoral, en date du 30 décembre 1884, sont nommés membres de la commission de surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, pour une durée de cinq années, à dater du 1[er] janvier 1884 : MM. Puteaux et le docteur Du Mesnil.

École de médecine de Tours. — M. Grandin, professeur de chimie et de toxicologie, est chargé, en outre, d'un cours de physique à ladite Ecole.

toutefois, à l'époque de sa dernière lecture à l'Académie, concernant la rage, il avait dû, par l'insuffisance de ses observations à ce moment, se poser la question de savoir si ces chiens étaient naturellement réfractaires à la rage, ou réfractaires par quelque circonstance des opérations qu'ils avaient subies antérieurement. Il se croit autorisé à affirmer que ces chiens n'étaient pas réfractaires à la rage par leur constitution naturelle, car il a trouvé le moyen, assez pratique, d'obtenir des chiens réfractaires à la rage, en nombre aussi grand qu'on peut le désirer, par un système d'inoculation de virus de divers ordres; son laboratoire possède en ce moment vingt-trois chiens qui subissent encore sans danger des inoculations virulentes. Pouvoir rendre les chiens réfractaires à la rage, ce serait non seulement une solution de la question de la prophylaxie de cette affection chez le chien, mais chez l'homme, puisque l'homme ne contracte jamais la rage qu'à la suite d'une morsure dont le virus provient directement ou indirectement du chien. La médecine humaine ne pourra-t-elle pas profiter de la longue durée d'incubation de la rage pour tenter dans cet intervalle de temps, avant l'éclosion des premiers symptômes rabiques, l'état réfractaire des sujets mordus? Mais avant la réalisation de cette espérance, un long chemin reste encore à parcourir. Il faut aussi remarquer que les observations présentes et antérieures ont été obtenues sans qu'il ait été besoin de recourir à la connaissance du contage même de la maladie.

Législation sur les aliénés. — La discussion reprend sur les réformes proposées à la législation relative aux aliénés. M. *Lunier* ne critique pas, comme MM. Luys et Mesnet, les conclusions de la Commission, qu'il a votées, mais il veut donner quelques explications sur les deux articles qui ont été plus particulièrement attaqués par ses deux collègues. La loi de 1838, très étudiée, très longuement discutée, est excellente; mais elle n'est déjà plus telle que l'ont conçue les législateurs de 1838, parce que les lois et décrets de 1852, 1866 et 1871 en ont profondément modifié quelques-unes des dispositions fondamentales et notamment ont eu pour effet d'amoindrir et de décourager les médecins chefs du service, sur lesquels reposent et reposeront toujours, quoi qu'on fasse, les meilleures garanties contre la liberté individuelle et les soins minutieux et dévoués dont les aliénés ont besoin d'être entourés. Enfin les nécessités de l'existence ne sont plus les mêmes, et on est obligé aujourd'hui d'interner une certaine catégorie d'aliénés, qu'on ne songeait pas en 1838 à placer dans les asiles. Les législateurs de 1838, d'ailleurs, n'avaient rien édicté concernant les aliénés dits criminels et pour l'administration des biens des malades placés dans les asiles privés. La loi avait donc besoin d'être rajeunie. De là, la nomination de la grande Commission extra-parlementaire de 1881, dont M. Luys conteste la compétence, parce qu'il se place à un point de vue qui n'est pas admissible. Si l'aliéné est un malade pour le traitement duquel le médecin est seul compétent, ce n'est pas un malade ordinaire. L'aliéné, en effet, ne sait diriger ni ses actes, ni ses paroles, il n'a pas conscience de son mal, refuse toute espèce de traitement; et il faut qu'une volonté étrangère se substitue à la sienne et le dirige en toutes choses. Il est donc nécessaire de le priver momentanément de sa liberté, de l'interner dans une maison de santé ou ailleurs, et au besoin d'user à son égard de moyens de contrainte. De là, la nécessité d'appeler les magistrats à coopérer à la revision de la loi sur les aliénés. M. Lunier trouve d'ailleurs, contrairement à l'opinion de M. Luys, que dans la Commission de 1881 l'élément médical était suffisamment représenté et que les médecins qui en faisaient partie avaient la compétence nécessaire pour y traiter les questions soumises à son examen. Il ne croit pas davantage qu'il soit rationnel, comme le propose M. Luys, que le médecin se retire sous sa tente et réponde aux sollicitations qui lui sont adressées par un *non possumus*. Il considère, d'autre part, comme inutile le second certificat exigé par l'article 14 du projet de loi, mais à la condition qu'on adopte le système des admissions provisoires dont il défend énergiquement le principe. Sous l'empire de la loi de 1838, en effet, le magistrat se présente seul dans un asile quand il lui plaît, et il peut, malgré les observations du médecin de l'établissement, provoquer la sortie d'un malade qui ne lui paraît pas aliéné. Il porte là un véritable diagnostic. Avec le système des admissions provisoires, au contraire, le magistrat se rend à l'asile dans un délai de trois jours, accompagné *obligatoirement* d'un médecin, et c'est ce médecin qui porte le *diagnostic;* le magistrat ne fait que le contresigner. Quant aux moyens d'application, M. Lunier, d'accord avec tous ses collègues de la Commission, est d'avis qu'il y a lieu de les modifier profondément et notamment de ne pas exiger la création de quartiers d'observation, de réduire de un mois à quinze jours le délai accordé au magistrat pour notifier sa décision, enfin de donner au procureur de la République le droit de statuer *de plano* sur le maintien du malade.

Transfusion. — M. le docteur *J. Roussel* décrit les modifications qu'il a apportées à la construction et au mode opératoire de son transfuseur direct; ces modifications ont surtout pour but de faciliter la saignée de la veine et de fermer au sang toute issue rétrograde. Il fait connaître les succès obtenus à l'aide de cet instrument.

Acide phénique et fièvre typhoïde. — Lorsqu'un organisme subit les atteintes de la fièvre typhoïde, il perd plus de potasse et de soufre, éléments hystogénétiques, qu'un individu bien portant et convenablement nourri; il s'achemine ainsi vers l'inanition minérale, dont les effets sont surtout à redouter sur la nutrition des systèmes nerveux musculaires et de tout l'individu en général. Après avoir établi ces faits, M. le docteur *Albert Robin* montre les résultats de ses recherches, que le phénol augmente cette déminéralisation; ce médicament doit être sévèrement proscrit de la thérapeutique de la fièvre typhoïde et c'est bien sur son compte qu'il faut mettre les accidents nerveux et cachectiques observés pendant ou après son administration, accidents qui dépendent, pour une part au moins, de la déminéralisation qu'entraîne son élimination. Il en est de même de tous les médicaments qui s'éliminent par le même mode, tels que le crésol, le thymol, le naphthol, la résorcine, la vanilline, le benzol, l'aniline, etc.; les propriétés antiseptiques ou antipyrétiques dont ils jouissent ne doivent donc pas tenter la thérapeutique; il importe de ne pas ignorer leur action chimique sur la nutrition. — Le mémoire de M. Albert Robin est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. Bergeron, Vulpian et Armand Gautier.

Ganglions péritrachéo-laryngiens. — MM. les docteurs *Gouguenheim* et *Leval-Picquechef*, interne des hôpitaux, entendent sous ce nom les glandes qui sont situées profondément dans la région cervicale, autour des premiers segments des voies aériennes, vers la partie inférieure et postérieure du larynx et dans le voisinage du nerf récurrent. Ces ganglions forment une chaîne composée presque toujours de trois groupes : 1° un groupe inférieur, le plus constant, le plus volumineux, se confondant avec les ganglions médiastinaux; 2° un groupe moyen, moins constant et formé de ganglions extrêmement petits, pouvant échapper à la vue; 3° un groupe supérieur situé près de la partie inférieure et postérieure du larynx, composé aussi de ganglions très petits. Ces trois groupes peuvent se réunir et former une chaîne continue; quelquefois l'un des groupes supérieurs peut manquer. — Ils sont susceptibles de s'hypertrophier et de prendre un volume considérable chez les tuberculeux, les cancéreux et peut-être aussi chez les syphilitiques. Des autopsies pratiquées par les auteurs,

principalement sur des tuberculeux et jamais sur des syphilitiques, il résulte que l'hypertrophie était particulièrement prononcée aux groupes inférieur et supérieur. Quant aux symptômes de la compression du nerf, ils consistent dans de la paralysie et du spasme, quelquefois prolongé ou même permanent; on a décrit ces cas de spasme sous le nom de paralysie des dilatateurs, mais la possibilité d'écartement des lèvres de la glotte, de diminution et même de cessation des bruits laryngiens au moment de l'inspiration, sous l'influence des anesthésiques, semble devoir écarter l'hypothèse paralytique.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. BUCQUOY.

Présentation d'ouvrages. — Syphilis chez le singe : M. Martineau. — Ulcère tuberculeux de l'avant-bras : M. Hanot. — Anévrysme miliaire de la muqueuse gastrique : M. Gallard. — Élections.

M. *Martineau* dépose sur le bureau de la Société ses leçons sur la *vaginite non blennorrhagique* (voy. le compte rendu de la Société de thérapeutique du 13 février).

— M. *Laveran* fait hommage à la Société de son travail sur *la contagion de la fièvre typhoïde*, paru dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires*. Il rappelle que c'est aujourd'hui une opinion accréditée de considérer la fièvre typhoïde comme contagieuse dans les petits centres de population, tandis qu'elle le serait fort peu, ou même pas du tout, dans les grandes villes et dans les hôpitaux civils. Cette opinion, défendue par Andral, a pris naissance dans une erreur d'interprétation : les cas de contagion sont rares dans les grandes villes et les hôpitaux, parce que la population y est peu propre à subir le contage, préservée par une sorte d'acclimatement ou par une première atteinte de la maladie; cependant la contagion se produit quelquefois d'une façon incontestable. Dans les hôpitaux militaires, on l'observe au contraire très fréquemment, par suite des conditions spéciales de leur population, composée d'hommes jeunes, arrivant de la campagne pour la plupart, et bien propres, par suite, à contracter la dothiénentérie. M. Laveran a observé 28 cas intérieurs de fièvre typhoïde depuis qu'il est chargé d'un service dans les hôpitaux militaires, et cite le docteur Daga, médecin inspecteur, qui, à Nancy, en a observé 25 en deux ans. Enfin, dans certaines épidémies, la contagion a joué un rôle incontestable. Il conclut de cette étude à la nécessité d'isoler les typhoïdiques dans les hôpitaux militaires, pour prévenir les dangers de la contagion.

— M. *Martineau* donne lecture d'une note sur la *syphilis du singe*. Il rappelle les lésions syphilitiques de la voûte palatine qu'il a signalées à la Société, le 12 octobre 1883, et relate une crise convulsive épileptiforme, avec pâleur de la face et des muqueuses, écume à la bouche, vertiges et incertitude dans la marche après l'accès, qui eut lieu le 29 octobre. Aucune attaque analogue ne s'est reproduite par la suite, ou du moins n'a pu être observée; mais il n'est pas douteux que ces phénomènes convulsifs ne soient symptomatiques d'accidents cérébraux syphilitiques et ne dépendent d'une compression cérébrale par un syphilome. Des phénomènes analogues sont d'ailleurs très souvent observés chez l'homme durant la première année de l'évolution d'une syphilis non traitée. Le singe a présenté en outre, le 3 décembre, une éruption de syphilides papulo-érosives, d'un rouge sombre, dans la région inguino-scrotale, et, le 18 janvier, une éruption analogue sur la voûte palatine et le voile du palais. Tout accident a disparu depuis le 24 janvier.

Une discussion s'engage, dans laquelle MM. *Guyot*, *Féréol* et *Legroux* protestent contre la fréquence des accidents épileptiformes au début de la syphilis chez l'homme, et émettent de prudentes réserves au sujet de l'origine syphilitique de la crise épileptoïde observée chez le singe en expérience. D'ailleurs, M. *Legroux* fait remarquer que l'urine n'a pas été examinée et qu'il n'y aurait rien de surprenant, chez un animal syphilitique, à ce qu'elle renfermât de l'albumine; la crise convulsive serait, dès lors, sous la dépendance de l'urémie.

M. *Martineau* maintient la fréquence assez grande des accès épileptiformes durant la première année de la syphilis chez l'homme; ils se surajoutent aux troubles moteurs oculaires, et sont comme eux sous la dépendance d'une simple compression sans lésion matérielle des centres nerveux; ils ont été bien décrits par Fournier. Plus tard, à la période tardive, des accidents analogues se montrent également, mais relèvent alors d'une altération profonde du centre nerveux cérébro-spinal.

M. *Dumontpallier* demande quelle est la cause de la compression du centre nerveux, s'il n'y a pas de lésion matérielle.

M. *Martineau* répond qu'il s'agit, dans son esprit, d'une exostose ou d'une périostose crânienne.

— M. *Hanot* communique un cas intéressant d'*ulcère tuberculeux de l'avant-bras*, développé chez un homme de soixante-dix ans, au niveau d'une lymphangite consécutive à l'ouverture d'un panaris, pratiquée il y a quatre ans. Cet individu présentait également, depuis la même époque, des accidents de tuberculose pulmonaire. La nature tuberculeuse de la lésion siégeant sur le bord cubital de l'avant-bras gauche, à 3 centimètres au-dessus du poignet, en dépit de son apparence extérieure ne répondant pas au type classique, a été mise hors de doute, pendant la vie, par la constatation des bacilles dans le pus de l'ulcère, et, après la mort, par leur présence en nombre considérable dans les coupes histologiques pratiquées à son niveau. M. Hanot présente à la Société le moulage de la lésion et les préparations micrographiques permettant de voir les bacilles tuberculeux; il pense que les lésions analogues sont peut-être plus fréquentes qu'on ne le pense, puisque, dans ce cas, l'aspect seul de l'ulcère n'aurait pas permis de faire le diagnostic; il faudra donc toujours, en pareille circonstance, procéder avec soin à la recherche des bacilles. Peut-être les lésions tuberculeuses du poumon étaient-elles consécutives à la tuberculose locale de l'avant-bras, celle-ci résultant elle-même d'une inoculation au niveau de la plaie du doigt; c'est là une hypothèse séduisante, mais la démonstration fait défaut.

— M. *Gallard* présente des pièces anatomiques recueillies à l'autopsie d'un individu atteint d'*anévrysme miliaire de la muqueuse gastrique*, et qui a succombé à une hématémèse presque foudroyante. Il rappelle qu'en 1876 il a observé deux cas analogues de mort rapide par hématémèse, chez des individus porteurs de petits anévrysmes des artères gastriques, et qu'il a communiqué ces deux faits au congrès de Clermont-Ferrand. Il s'agissait, dans le premier cas, d'un homme de cinquante et un ans, atteint de bronchite et d'emphysème pulmonaire, et qui, deux jours après l'administration d'un vomitif consistant en deux grammes d'ipéca, fut pris d'une hématémèse à laquelle il succomba très rapidement. L'autopsie révéla au niveau de la muqueuse gastrique, d'ailleurs saine, un petit anévrysme gros comme une lentille, et présentant à son sommet une perforation du diamètre d'une piqûre d'épingle. Dans le second cas, on avait affaire à un homme de vingt-cinq ans, qui entra à l'hôpital pour une hématémèse très abondante, à laquelle il succomba en deux jours. Il n'offrait d'ailleurs aucun antécédent pathologique. La lésion, toute semblable, était peut-être chez lui un peu moins nette, la section du ventricule ayant malheureusement porté au niveau de l'anévrysme. — M. Gallard présente les deux pièces anatomiques relatives à ces cas anciens, et relate ensuite l'observation nouvelle qu'il a pu recueillir à l'Hôtel-

Dieu le mois dernier. Il s'agit d'un homme de quarante-huit ans, apporté à l'hôpital dans un état de faiblesse extrême, résultant d'hématémèses répétées depuis quelques jours. Il put fournir ce renseignement que, depuis une quinzaine de jours environ, il avait éprouvé quelques douleurs épigastriques et une perte notable de l'appétit; mais l'examen clinique ne révélait aucune affection générale, aucune lésion matérielle des viscères. En dépit du traitement symptomatique institué par M. Brossard, interne du service, le malade succomba dans la nuit qui suivit son admission à l'hôpital. A l'autopsie, on trouva la muqueuse gastrique colorée en rouge foncé par imbibition et légèrement ramollie; les voies digestives, et l'estomac en particulier, renfermaient une grande quantité de caillots cruoriques; tous les organes étaient sains, mais on constatait au niveau de la grande courbure de l'estomac, à gauche du cardia, une petite tumeur anévrysmatique du volume d'un haricot, ovoïde, et offrant à son point culminant une petite perforation très nette. — M. Gallard insiste sur la similitude complète, au point de vue clinique et anatomique, des trois observations qu'il a recueillies, et qui sont jusqu'ici les seules que renferme la littérature médicale. En effet, si les anévrysmes miliaires de l'estomac ont été étudiés par Liouville, jamais on n'a relaté un cas de mort par hématémèse résultant de leur rupture. En Angleterre, Douglas Powell a signalé un fait analogue, mais il s'agissait d'un tuberculeux, porteur de cavernes pulmonaires, et la lésion anévrysmale siégeait au centre d'une ulcération gastrique du diamètre d'un florin. Des faits semblables, ajoute M. Gallard, fournissent de puissants arguments pour combattre la réalité des hématémèses essentielles; qui sait, en effet, si dans les cas catalogués sous cette rubrique, un examen plus minutieux n'eût pas fait découvrir la cause de l'hémorrhagie dans un anévrysme miliaire de la muqueuse gastrique?

Élections. — MM. Vaillard et Richard, médecins-majors au Val-de-Grâce, sont nommés membres titulaires, et MM. Moissenet et Delasiauve, membres honoraires de la Société.

— La séance est levée à cinq heures.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Extirpation des ganglions tuberculeux du cou; suite de la discussion: MM. Trélat, Després, Verneuil, Richelot, Le Fort, Chauvel. — Du pronostic des déviations rachidiennes : M. Pravaz (de Lyon). — Présentations de pièces : M. Tillaux.

M. *Trélat* a cité de mémoire, dans la dernière séance, quelques cas de sa pratique d'extirpation des ganglions tuberculeux du cou. Désirant être plus précis, il donne aujourd'hui lecture de deux observations se rapportant à ce sujet. L'une d'elles a déjà été présentée à la Société en 1881; il s'agissait d'une volumineuse masse ganglionnaire de la région cervicale, qui fut extirpée à l'aide de la curette; le foyer opératoire fut drainé, son ouverture réunie par une suture, et la guérison fut très rapidement obtenue. La seconde se rapporte à un jeune homme d'une très bonne santé apparente, qui a été opéré, le 29 mai dernier, d'une tumeur ganglionnaire de l'aisselle par le curage, et a guéri parfaitement dans l'espace d'un mois. M. Trélat a encore eu l'occasion d'opérer avec succès, à différentes reprises, par le grattage, des ganglions malades du pli de l'aine. De toute cette pratique, il résulte pour lui que le curage et le grattage bien faits constituent une méthode d'exérèse régulière, aussi efficace et complète que celle obtenue par le bistouri. C'est un moyen puissant, mais dangereux, comme toutes les puissances, lorsqu'on en mésuse.

M. *Després* n'a eu que trois fois l'occasion d'intervenir chirurgicalement pour des affections ganglionnaires. Une première fois il s'agissait d'une masse dégénérée occupant l'aisselle, et qu'il croyait être un lipome ou un sarcome; l'opération fut suivie au bout de quelque temps d'un gonflement éléphantiasique de la main par oblitération des troncs lymphatiques. Les deux autres opérations furent pratiquées pour des hypertrophies ganglionnaires rebelles, ayant résisté à tous les traitements. C'est dans ces cas, mais dans ces cas seuls, qu'on est autorisé à opérer. On le fait non pas à cause de la nature tuberculeuse de la dégénérescence ganglionnaire, mais à cause de la résistance de ces hypertrophies à tous autres agents thérapeutiques, même aux injections interstitielles, qui sont sans effets ou causent, lorsqu'elles agissent, de vrais désastres.

Toujours il faut être très sobre de ces interventions et n'agir qu'après un diagnostic rigoureux de l'étendue et des rapports des masses dégénérées. Un exemple dont M. Després a été témoin, lorsqu'il était interne de Nélaton, est bien propre à mettre en garde contre les opérations aventureuses. Un malade entre dans le service avec une énorme tumeur ganglionnaire du cou, datant de plusieurs années. Adolphe Richard, suppléant Nélaton, entreprit de l'extirper; pendant l'opération la veine jugulaire fut ouverte, et le malade menacé de l'entrée de l'air dans les veines; finalement il fallut abandonner une grande partie du néoplasme. Le lendemain le malade mourait de septicémie.

M. *Verneuil*, rappelant que la discussion a été seulement engagée à propos des ganglions tuberculeux et non pas des adénopathies en général, est d'avis que toutes les fois que l'opération est indiquée contre cette dégénérescence, il vaut mieux employer l'extirpation au bistouri que le curage et le grattage, qui sont des méthodes aveugles et infidèles, les lésions occupant toujours, en réalité, un plus grand nombre de ganglions qu'il ne paraît. Il ne s'agit pas d'obtenir un résultat immédiat, il faut voir ce que le grattage donne après six mois ou un an. M. Verneuil a gratté et curé des synovites fongueuses du poignet, du cou-de-pied; il a obtenu un semblant de guérison temporaire, mais à la fin il a été obligé de pratiquer l'amputation. En somme, il n'y a pas encore de bonne méthode chirurgicale pour la cure de ces tuberculisations locales. Que les chirurgiens qui ont le plus pratiqué de ces grattages de foyers tuberculeux, MM. Lannelongue, de Saint-Germain, Terrier, Reclus, apportent leurs résultat après plusieurs mois d'attente?

M. *Trélat* répond à M. Verneuil qu'il a bien fait de ramener la discussion sur le terrain des adénopathies tuberculeuses, mais qu'ensuite il a à tort étendu le même mode de traitement chirurgical aux synovites fongueuses. La curette et le bistouri ont chacun leurs indications, et dans les adénites tuberculeuses du cou, de l'aisselle, de toutes les parties profondes, où la manœuvre du bistouri est difficile, impossible ou dangereuse, la curette bien conduite fait une extirpation aussi complète et aussi sûre que la lame tranchante.

Quant à M. Després, dit M. Trélat, il a parlé d'une façon beaucoup trop générale, confondant dans un même mode de traitement les adénites aiguës et chroniques idiopathiques ou symptomatiques, les lympho-sarcomes, etc. Il ne faut extirper que les adénites tuberculeuses, qui n'ont aucune tendance à la régression sous l'influence d'un traitement général. Malheureusement le diagnostic entre la dégénérescence tuberculeuse des ganglions et leur hypertrophie simple est très difficile. La première affection est beaucoup plus fréquente que la seconde, au point que huit fois sur dix il s'agit plutôt de ganglions tuberculeux que d'hypertrophie simple. Par conséquent, en dehors des indications locales qui poussent à opérer, il faut encore compter, dans le parti à prendre, avec la doctrine de l'infection générale, qui peut survenir.

M. *Richelot* fait remarquer que si M. Després a eu quelques

accidents après les injections interstitielles, c'est qu'il s'est adressé à des ganglions enflammés ou ramollis; il faut, pour retirer les bons effets de cette méthode et éviter toute complication, que toute trace d'inflammation se soit éteinte, et qu'en un mot on ait affaire à des masses hypertrophiques compactes.

M. *Chauvel* rappelle que des trois questions envisagées par M. Poulet à la suite de son observation, une seule a donné lieu à la discussion : celle de l'opportunité de l'intervention dans les ganglions tuberculeux du cou. Il est regrettable que M. Després ait, au début du débat, dit que c'étaient là des opérations qu'on ne faisait que lorsqu'on n'en avait pas d'autres à faire, car des chirurgiens comme Fischer, Koch, Riedel en ont fait un très grand nombre. En principe, cependant, il vaut mieux s'abstenir et user de toutes les ressources de la thérapeutique médicale. Il n'est pas, en effet, suffisamment prouvé que la tuberculisation des ganglions soit le premier stade de l'infection, et d'un autre côté, il n'est pas sûr non plus que l'économie ne soit pas déjà infectée lorsque se développe l'adénopathie, de telle sorte que, dans les deux cas, l'opération deviendrait inutile et peut-être même nuisible dans la première éventualité, en faisant courir à l'opéré le risque de l'auto-inoculation. L'opération prématurée des ganglions tuberculeux du cou doit donc être rejetée. Lorsqu'il existe des trajets fistuleux, des abcès, on peut intervenir pour régulariser les surfaces suppurantes.

M. *Le Fort* est de l'avis de M. Chauvel, il a vu des engorgements ganglionnaires du cou, chez de jeunes militaires, céder à la suite d'un traitement médical bien conduit. C'est un fait qu'il importe de bien mettre en lumière au point de vue de la pratique de la chirurgie militaire, que la possibilité de la cure des adénites chroniques par les moyens que l'administration des hôpitaux militaires offre à ses malades. En outre, le patient ne pouvant choisir son mode de traitement, il faut qu'il soit le meilleur possible.

— M. *Pravaz* (de Lyon) lit un mémoire sur le pronostic des déviations rachidiennes au point de vue de leur curabilité. Les éléments de ce pronostic sont de deux ordres : les premiers sont relatifs à la santé générale, au tempérament, aux dyscrasies (chlorose, anémie), à l'âge, etc.; les seconds tiennent à la cause de la déformation, à son ancienneté, à son siège, à sa forme, à son étendue, etc.

— M. *Tillaux* présente un sarcome du testicule que lui a envoyé de province M. Legaradec. Cette pièce est seulement remarquable par son énorme volume et son poids, qui atteint 4 kilogrammes. L'opéré est en voie de guérison. En second lieu, M. Tillaux montre l'articulation coxo-fémorale d'une malade morte dans son service d'arthrite puerpérale. L'affection avait débuté, il y a un mois, à la suite d'un avortement nié, mais que le développement d'un corps jaune ne permet pas de mettre en doute. Du côté du cotyle, il n'existe plus de cartilage articulaire; il est décollé et détruit par places du côté de la tête fémorale; les surfaces osseuses sous-jacentes sont vascularisées et enflammées; nul liquide dans l'article. Ces lésions sont bien propres à faire comprendre la fréquence des ankyloses à la suite des accidents articulaires d'origine génitale (blennorrhagie, puerpéralité, etc.).

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MATHIAS DUVAL, VICE-PRÉSIDENT.

Calcul salivaire du cheval : M. Mégnin. — Troubles sensitifs de la migraine : MM. Nicati et Robiolis. — Folie antivivisectionniste : M. Magnan. — Virus rabique : M. P. Gibier. — Action du sang asphyxique sur l'appareil circulatoire : MM. Dastre et Morat. — Anesthésie par les mélanges d'oxygène et de protoxyde d'azote : M. Aubeau.

M. *Rabuteau* fait hommage à la Société de la quatrième édition de son *Traité de thérapeutique*, en insistant sur les développements nouveaux qu'il a donnés à la question des anesthésiques, à celle de l'électricité médicale, etc.

— M. *François-Franck* offre à la Société l'article Sueur (physiologie), qu'il vient de publier dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

— M. *Mégnin* montre un calcul salivaire très volumineux extrait, il y a quelques années, par M. Parmentier, du canal parotidien d'un cheval. Le calcul avait pour noyau un fétu de paille engagé dans le canal, et autour duquel s'étaient déposées des stratifications de sels salivaires. L'analyse faite par M. Galippe a montré la présence de quantités très notables de carbonate de chaux.

— MM. *Nicati* et *Robiolis* adressent une note portant pour titre : *Contribution à l'étude de la migraine*. Ils se proposent d'établir qu'il existe non seulement une migraine ophthalmique, mais aussi une migraine auditive, une migraine olfactive, une migraine gustative, et que même il n'est pas, pour ainsi dire, de fonction cérébrale que la migraine ne puisse intéresser.

Les troubles de la sensibilité visuelle comprennent d'abord trois variétés de scotomes : le *scotome simple* ou *obscur*, consistant en un point au niveau duquel la vue fait défaut, comme dans la tache aveugle de Mariotte ; le *scotome obscur à bords lumineux* ou *scotome scintillant;* le *scotome lumineux*, caractérisé par l'apparition et la disparition successives d'une lueur étendue qui vient éclairer le champ visuel. Ces divers troubles fonctionnels semblent correspondre à deux états différents : l'un d'excitation, l'autre de dépression d'origine cérébrale.

Les phénomènes auditifs, signalés d'abord par Airy, sont variés et consistent en sifflements, bruits de roulement, etc.

Les phénomènes olfactifs, non encore indiqués, ont consisté, dans un cas, en une odeur d'acide osmique très caractérisée; quant aux phénomènes gustatifs, ils rappellent la sensation produite par un courant électrique passant à travers les deux joues.

En énumérant les divers troubles de la sensibilité spéciale et générale qui peuvent accompagner la migraine, les auteurs arrivent à établir la participation possible de toutes les fonctions cérébrales aux accès de migraine.

— M. *Magnan* développe les raisons qui lui font admettre une forme particulière, ce qu'il appelle un « syndrome épisodique » de la folie héréditaire, caractérisée par un véritable délire antivivisectionniste, s'emparant de certains esprits sensibles et mal équilibrés. A côté des antivivisectionnistes, il place des végétariens d'une espèce particulière, « ceux qui poussent à l'alimentation exclusivement végétale, non point par mesure d'hygiène, mais uniquement pour éviter le sacrifice ou l'abatage des animaux ». Les nombreux faits qu'il analyse « montrent une fois de plus combien peuvent être variées les couleurs sous lesquelles se manifeste la folie héréditaire. Chez les dégénérés, tout devient, en effet, occasion de délire, et grâce à leur puissante prédisposition, ces malades n'ont pas besoin pour arriver à la systématisation de passer par les étapes lentes et progressives que parcourent méthodiquement les délirants chroniques ».

— M. *P. Gibier*, qui a déjà étudié le mode d'inoculation, la transmissibilité de la rage par hérédité maternelle, la valeur de la présence des corps étrangers dans l'estomac des chiens pour le diagnostic de la rage, l'atténuation du virus rabique, et enfin le parasite de la rage, présente aujourd'hui de nouvelles recherches concernant l'hérédité de la rage et l'action du froid sur son virus.

Contrairement à ce qu'il était porté à croire en principe, la rage ne se transmet pas héréditairement; « cependant, dans quelques cas, elle agit peut-être sur le système nerveux des descendants, à l'instar d'une névrose. »

L'action du froid sur le virus rabique paraît appelée à rendre de grands services au point de vue de l'atténuation du virus que l'on n'est pas parvenu encore à cultiver. L'incubation a été beaucoup plus longue chez des animaux inoculés avec le virus soumis pendant plusieurs heures à une température de 40 degrés au-dessous de zéro; un animal qui avait été inoculé avec du virus refroidi à — 45 degrés, n'a pas été injecté et n'est pas devenu réfractaire à l'action du virus frais, ce qui engagerait à admettre que le virus est détruit par cette basse température.

Si le froid n'a pas encore permis d'obtenir l'atténuation « vaccinale » du virus, il a du moins permis de conserver un temps très long le virus rabique : des animaux inoculés avec des fragments de cerveau de chien enragé, maintenus pendant trente-deux jours à — 5 degrés, sont morts après avoir présenté les symptômes caractéristiques de la rage, et dans les mêmes délais que d'autres contaminés avec du virus frais.

— M. *Dastre*, en son nom et au nom de M. *Morat*, résume les faits développés dans le mémoire qu'ils ont récemment publié dans les *Archives de physiologie* sur l'action du sang asphyxique sur le cœur et les vaisseaux. Cette action excitante se manifeste par des troubles cardiaques dus à la mise en jeu simultanée des centres modificateurs et accélérateurs, avec prédominance marquée des effets modérateurs; elle se décèle aussi par une action vaso-dilatatrice sur les téguments et vaso-constrictive viscérale. M. Dastre signale la seule excuse qui lui paraisse persister dans l'étude de ces effets circulatoires du sang asphyxique; elle est relative au mode d'action sur les vaisseaux du foie et sur ceux du poumon.

— M. *Aubeau*, reprenant, au point de vue de la pratique dentaire, les études de M. P. Bert sur l'anesthésie par le protoxyde d'azote associé à l'oxygène, et non administré sous pression, arrive à cette conclusion que les mélanges contenant 6, 5, 4 litres d'oxygène pour 100 litres de protoxyde sont anesthésiques d'emblée pour l'homme, alors que le dernier seul est anesthésique d'emblée pour le chien.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. DELPECH.

Transfusion du sang : M. Roussel (de Genève). Discussion. A propos de la paraldéhyde : M. Dujardin-Beaumetz.

M. *Roussel* (de Genève) lit un mémoire *sur la transfusion du sang* et passe en revue les divers appareils anciens ou récents employés pour cette opération. Il pose en principe que les injections intraveineuses de tout liquide autre que le sang *complet* et *vivant* ne sont pas des transfusions; d'ailleurs, il considère comme dangereux de chercher à introduire dans l'organisme, ainsi que l'a fait M. Hayem, du sérum renfermant une notable quantité de ferment de la fibrine, car ce ferment est un produit d'origine cadavérique, engendré par la *mort* du sang. Il déclare défectueux et dangereux tous les appareils dans la composition desquels entrent le verre ou le métal; en effet, au contact de ces substances, il se forme des caillots sanguins qui peuvent être, chez l'individu transfusé, l'origine de graves embolies. M. Roussel (de Genève) insiste, en particulier, sur ce fait que l'appareil, inventé récemment par M. Dieulafoy (voy. le n° du 18 janvier), n'est qu'une copie, sans modifications importantes, de l'appareil de Leblond et Colin, en 1874, et de celui de Wagstaffe (de Londres), en 1875. Les gaz qui, dans l'instrument proposé par M. Dieulafoy, se rassemblent, le cas échéant, au sommet de la cupule de verre, ne sont pas, d'après M. Roussel, composés d'air atmosphérique, mais proviennent du sang lui-même, altéré par son passage dans l'appareil; en outre, il se produit, le long des parois, une abondante formation de caillots, que reconnaît M. Dieulafoy lui-même, puisqu'il recommande de nettoyer soigneusement après chaque opération les diverses parties de l'instrument pour enlever toute coagulation sanguine. Quant aux trocarts métalliques, ils ont deux inconvénients graves : leur diamètre est trop petit pour permettre de débiter une quantité de sang suffisante en peu de temps, et, de plus, la canule métallique fixée dans la veine du sujet qui fournit le sang peut y déterminer la formation d'une thrombose. D'ailleurs, la coagulation du sang dans cet appareil ne permettrait pas de continuer l'opération assez longtemps pour transfuser une notable quantité de sang. Aucun de ces inconvénients n'est à redouter avec l'appareil dont M. Roussel (de Genève) est l'inventeur et qu'il a présenté l'an dernier devant la Société.

M. *Martineau*, sans avoir une grande expérience personnelle de la transfusion, a vu suffisamment fonctionner l'appareil de M. Dieulafoy pour pouvoir affirmer qu'il est excellent et que son inventeur a rendu un précieux service à la médecine en simplifiant d'une façon aussi pratique l'opération de la transfusion du sang. Les dangers signalés par M. Roussel semblent un peu hypothétiques, car aucun d'eux ne s'est réalisé jusqu'ici au cours des opérations faites par M. Dieulafoy.

M. *Roussel* (de Genève) n'a pas voulu, dans son argumentation, soulever une question de personnalité : l'appareil de M. Dieulafoy est, à son avis, défectueux, parce qu'il est composé de métal et de verre; il a déjà insisté sur ce sujet en 1876. Il fait remarquer, d'ailleurs, qu'un seul des individus transfusés par M. Dieulafoy n'a pas succombé, et que, dans deux cas, on a constaté à l'autopsie des épanchements pleuraux résultant évidemment de la transfusion d'un sang altéré.

M. *Martineau* objecte que les transfusions pratiquées par M. Dieulafoy ont été faites chez des brightiques et des diabétiques, et qu'elles n'ont amené aucun accident local ou général; si les malades ont fini par succomber à leur affection première, la transfusion elle-même et l'appareil employé n'ont eu aucune influence sur la terminaison fatale.

M. *Yvon* a vu fonctionner l'appareil de M. Dieulafoy et a constaté que l'opération est d'une simplicité et d'une innocuité complètes. Peut-être ne pourrait-on transfuser une grande quantité de sang, mais jusqu'alors M. Dieulafoy n'a pas cru nécessaire de dépasser 100 ou 120 grammes.

M. *E. Labbé* comprend fort bien que M. Roussel (de Genève) cherche à démontrer la supériorité de l'appareil dont il est l'inventeur, mais il doit reconnaître que tous les médecins qui ont vu et comparé les appareils de M. Dieulafoy et de M. Roussel accordent la préférence à celui de M. Dieulafoy. Il pense que la discussion serait mieux placée sur un terrain plus scientifique, et que c'est accorder beaucoup d'importance à une question d'instruments. M. Dieulafoy a injecté jusqu'à 120 grammes de sang; c'est plus que suffisant. En général, 80 ou 90 grammes donneront d'excellents résultats, sans exposer aux accidents qui pourraient résulter d'une transfusion plus considérable.

M. *Roussel* (de Genève) : Si l'on croit que 80 grammes de

sang sont suffisants, c'est qu'on ne *peut* pas en injecter davantage avec un instrument défectueux. J'ai transfusé, avec mon appareil, 200 grammes de sang à des scorbutiques, à des albuminuriques et à des diabétiques qui ont été guéris après une seule opération.

M. *Dujardin-Beaumetz,* ainsi que plusieurs membres de la Société, proteste contre cette dernière assertion; la transfusion pratiquée par M. Roussel (de Genève) a pu faire disparaître l'albuminurie dyscrasique des scorbutiques, mais elle n'a pu guérir des brightiques confirmés, porteurs de lésions rénales. Il est, d'ailleurs, un certain nombre d'inconvénients inhérents à la transfusion elle-même, indépendamment de l'appareil employé, fût-ce celui de M. Roussel (de Genève); ils sont le résultat de l'augmentation de plasticité du sang, démontrée par M. Hayem, et qui peut devenir l'origine de thromboses veineuses chez le sujet transfusé.

— M. *Dujardin-Beaumetz* a continué à expérimenter la *paraldéhyde* et en a retiré constamment de bons résultats; cependant c'est un médicament moins certain que le chloral. Il a, de plus, l'inconvénient, déjà signalé, de communiquer une odeur très désagréable et assez persistante à l'haleine des malades.

M. *C. Paul* a essayé, contre la toux quinteuse des phthisiques, les inhalations d'air chargé de vapeurs de paraldéhyde par son passage dans un flacon laveur contenant une solution saturée de cette substance; il a obtenu tout d'abord quelques résultats avantageux qui, malheureusement n'ont pas persisté. Un papier de tournesol bleu, placé dans le flacon, a conservé sa couleur primitive, preuve évidente que la solution ne s'est pas acidifiée.

M. *Tanret* est d'avis que l'haleine de certains diabétiques exhale une odeur rappelant l'aldéhyde plutôt que l'acétone; il se demande, en conséquence, si ce n'est pas à la présence de l'aldéhyde dans la circulation qu'il faudrait attribuer les accidents graves, comateux, du diabète.

M. *Dujardin-Beaumetz* a recueilli, par congélation dans un vase refroidi, la vapeur d'eau contenue dans l'haleine odorante des diabétiques et a constaté qu'elle renfermait de l'aldéhyde; il n'a pas recherché dans ce cas la présence de l'acétone. Cette odeur résulte d'une fermentation de la glycose et de la production d'aldéhyde au niveau des gencives si fréquemment malades chez ces individus; mais on ne sait encore pourquoi tous les diabétiques n'offrent pas cette odeur de l'haleine. Elle serait, d'après Bouchardat, un signe pronostique assez grave. — Chez un alcoolique ayant succombé à l'ingestion d'eau-de-vie de marc, j'ai pu constater, par la distillation, la présence de l'aldéhyde dans le cerveau, et j'avais cru trouver dans ce fait la démonstration de la combustion partielle de l'alcool dans l'économie; mais je reconnus que l'eau-de-vie de marc renfermait elle-même une forte proportion d'aldéhyde. Par contre, chez les animaux que j'ai intoxiqués avec l'alcool *pur*, je n'ai jamais trouvé d'aldéhyde dans la substance nerveuse.

M. *C. Paul* a observé l'odeur d'acétone dans l'haleine des diabétiques auxquels il faisait ingérer une forte dose de glycérine. Il se demande s'il y a là une relation de cause à effet.

M. *Catillon* ne le pense pas, car il a constaté très nettement que la glycérine est complètement brûlée dans l'économie jusqu'à la dose de 20 à 30 grammes; au delà, elle s'élimine exclusivement par l'urine.

M. *Féréol* est d'avis que l'odeur d'aldéhyde ou d'acétone perçue dans l'haleine d'un individu, en apparence bien portant, est d'une grande importance au point de vue du diagnostic du diabète, mais il ne croit pas qu'on puisse, chez les diabétiques, trouver dans ce fait un signe pronostique de quelque valeur. Son attention a été appelée sur cette question par M. Gueneau de Mussy, et il a pu suivre pendant plusieurs années des diabétiques dont l'haleine offrait une odeur très marquée, sans que leur affection parût revêtir une allure particulièrement grave.

M. *Yvon* a reconnu dans l'urine d'un certain nombre de diabétiques l'existence de l'acétone. Il ne peut dire si ces diabétiques étaient précisément affectés de l'odeur spéciale de l'haleine; mais ce fait semblerait indiquer qu'il y a chez quelques glycosuriques formation d'acétone et imprégnation de l'économie tout entière. Peut-être l'odeur de l'haleine dépend-elle plutôt de la présence de l'acétone dans la circulation que d'un simple phénomène de fermentation locale au niveau des gencives.

M. *Duhomme* a remarqué que les diabétiques dont l'haleine répand l'odeur d'acétone sont ceux qui paraissent résister le mieux à la maladie et posséder le meilleur état général.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Laparotomie pour une hémorrhagie de la trompe, par M. Bridden. — Il s'agit d'une jeune femme de vingt-sept ans, ayant déjà eu deux enfants, dont le plus jeune a trois ans. Les règles se supprimèrent il y a quelque temps, et à la période menstruelle suivante elle accusa de très violentes douleurs dans le bas-ventre et eut des symptômes d'hémorrhagie interne. Le docteur Bridden, qui vit la malade pour la première fois le 29 octobre, peu après le début des accidents, diagnostiqua une rupture de la trompe de Fallope ayant donné lieu à une hémorrhagie interne et proposa la laparotomie. Les docteurs Thomas et Walker, appelés en consultation, confirmèrent ce diagnostic et furent aussi d'avis d'intervenir. L'abdomen fut ouvert par une incision verticale suivant la ligne blanche; une grande quantité de sang fut évacuée de la cavité du petit bassin, et la trompe de Fallope du côté gauche fut alors trouvée déchirée et obstruée à son embouchure dans l'utérus. On attira le ligament large au dehors et on fit une suture avec un fort fil de soie. L'hémorrhagie arrêtée, on remit le tout en place, et on fit une suture de la plaie abdominale. Mort, quarante-sept heures après l'opération. (*The medical Record*, 15 décembre 1883, p. 656.)

Quelques notes de pathologie comparée. Cancer des animaux domestiques, par M. Birchmore. — L'auteur avait entrepris des recherches pour déterminer le rôle de l'inflammation dans la production des tumeurs. Le temps lui ayant manqué pour faire ce travail, il se contente de livrer les quelques faits qu'il a réunis comme une contribution à l'étude de la pathologie comparée. Ces observations ne sont pas seulement intéressantes à titre de curiosité, mais elles montrent que les animaux sont aussi exposés à la péritonite, à la pneumonie, au tubercule et à bien d'autres affections communes à l'espèce humaine. Entre autres observations, on trouve celle d'un chapon qui, trois mois après avoir subi la mutilation d'usage, mourut de péritonite aiguë. L'examen nécroscopique montra que la péritonite avait été déterminée par la rupture d'un kyste qui s'était développé au centre d'une tumeur occupant la place du testicule droit, tumeur qui n'était autre qu'un adéno-sarcome. (*The New-York medical Journal*, 15 décembre 1883, p. 659.)

Sur les injections intra-veineuses de solutions salines comme succédanées de la transfusion du sang, par M. William Bull. — Après les expériences positives de Conheim, de Kronecker et de Sander, quelques médecins

allemands, parmi lesquels Bischoff, Küstner, Kocher, etc., pratiquèrent heureusement des injections intra-vasculaires (bout périphérique d'une artère) de solutions salines dans divers cas d'hémorrhagie abondante ou d'empoisonnement par des substances diverses. L'auteur y a eu recours dans deux occasions : dans l'une, son malade a guéri ; dans l'autre, il est mort. Il a fait l'injection par une des veines du bras et s'est servi d'une solution de chlorure de sodium et de carbonate de soude. Dressant un tableau des injections de solutions salines faites jusqu'à ce jour, il a rassemblé 19 observations, donnant 13 guérisons et 6 morts. Il pense que, vu la facilité de l'opération, elle est appelée à remplacer la transfusion du sang. (*The medical Record*, 5 janvier 1884, p. 6.)

Un cas d'aïnhum, par M. Louis Duhring. — Un nègre, âgé de quarante ans, vit vers l'âge de dix ans les petits orteils de ses deux pieds se creuser à leur base d'un sillon, qui s'accrut très lentement en profondeur et occasionna des douleurs vives et constantes. A la longue, les deux orteils finirent par tomber d'eux-mêmes à quelques mois de distance l'un de l'autre. Le père du malade avait perdu de la même manière les deux mêmes orteils ; et la mère est actuellement atteinte de la même affection en voie d'évolution. L'examen microscopique des orteils spontanément amputés a donné les résultats suivants : Épaississement de l'épiderme ; hypertrophie des papilles ; leurs vaisseaux et les espaces péri-vasculaires sont gorgés de globules rouges et de leucocytes ; les mailles du chorion renferment des amas plus ou moins volumineux de petites cellules rondes surtout abondantes dans les parties voisines des vaisseaux sanguins. Par places ces amas cellulaires sont en voie d'organisation. Les parties profondes du derme sont sillonnées de travées conjonctives lâchement unies entre elles et de fibres musculaires lisses. Les vaisseaux sanguins, artères, capillaires, veinules, sont partout très nombreux et gorgés de globules ; par contre les veines sont vides. Les parois des vaisseaux artériels, un peu volumineux, sont épaissies et leur endothélium est en voie de prolifération. Les lymphatiques sont dilatés, mais presque tous vides ; les glandes sudoripares abondantes, mais atrophiées. Les tissus au niveau du pédicule se composent d'éléments conjonctifs et de fibres de tissu jaune élastique fortement unis ensemble. En un mot l'impression générale qui résulte de l'examen de toutes ces lésions est qu'on se trouve en présence d'une inflammation chronique. (*The American Journal of the medical sciences*, janvier 1884, p. 150.)

Histoire clinique d'un cas de catarrhe de l'oreille moyenne gauche, compliqué, après huit ans de durée, d'une attaque aiguë de névrite optique monoculaire de l'œil du même côté, avec des symptômes généraux tabétiques, par MM. Burnett et Oliver. — Les auteurs, après avoir rapporté ce cas très remarquable, passent en revue les quatre facteurs qui selon eux ont produit les accidents. D'abord le malade a eu dans sa jeunesse un polype du conduit auditif externe, dont l'extraction fut suivie d'une suppuration de l'oreille moyenne de ce côté. Il eut ensuite une inflammation catarrhale de la caisse du tympan du côté gauche, avec cette particularité, qu'il s'accumulait une grande quantité de mucopus dans son intérieur, nécessitant de fréquentes évacuations dont chacune était suivie de l'amélioration de l'audition. Peu à peu l'écoulement cessa et le malade recouvra le sens de l'ouïe. La maladie au début était donc purement locale. Pour expliquer les accidents ultérieurs, les auteurs font deux suppositions : ils pensent ou bien qu'il s'est développé une pachyméningite chronique occupant les deux tiers antérieurs de la base de l'hémisphère gauche du cerveau ayant envahi la gaîne du nerf optique à son passage dans le trou optique et déterminé d'abord de l'œdème de sa gaine vaginale, puis de la névrite et de l'atrophie ; ou bien qu'une nouvelle tumeur, à marche très lente a pris naissance quelque part dans le cerveau et que, déterminant de la compression dans tous les sens, elle a amené une exsudation dans la gaine des nerfs passant par les orifices du crâne et parmi eux le nerf optique, d'où l'inflammation et l'atrophie consécutive. Quant à la sclérose des cordons postérieurs de la moelle, il est probable qu'elle s'est développée isolément. (*The American Journal of the medical sciences*, janvier 1884, p. 122.)

Trismus des nouveau-nés, son histoire, ses causes, sa prophylaxie, son traitement, avec plusieurs examens nécroscopiques et un tableau renfermant l'analyse de 229 cas mortels, par M. Hartigau. — L'auteur confirme la thèse du docteur Marion Sims, à savoir que les symptômes sont dus à la pression mécanique du cerveau par le déplacement de l'occipital ou du pariétal à la suite du décubitus. Il pense qu'on peut prévenir ce déplacement des os en variant la position de l'enfant dans son berceau. (*The American Journal of the medical sciences*, janvier 1884, p. 84.)

Travaux à consulter.

De l'analgésie obstétricale par le bromure d'éthyle, par M. P. Muller. — L'auteur manifeste peu d'enthousiasme pour cet agent thérapeutique. Le bromure d'éthyle est, d'après lui, un agent infidèle, peut-être même dangereux. Cette réserve contraste avec les éloges décernés par les expérimentateurs précédents. (*Berl. klin. Woch.*, n° 44, 1883.)

Du quebracho, par M. Maragliano. — Expériences cliniques. Les préparations de quebracho (extrait alcoolique, quebrachine et aspidospermine) ont pour effet de diminuer la fréquence de la respiration, et leur emploi dans l'asthme est justifié. L'action est très rapide. Toutefois il serait imprudent de fonder de trop grandes espérances sur l'emploi de ces agents, qui sont extrêmement coûteux. (*Centralblatt für med. Wissensch.*, 1883, n° 43.)

Des préparations de convallaria, par M. Maragliano. — L'auteur a employé l'extrait aqueux (*convallarine*) et l'extrait alcoolique (*convallamarine*) de la plante. La seconde est bien préférable.

Il paraît avéré que ces préparations ont une action réelle *dans les affections du cœur seulement*, action semblable à celle de la digitale, mais moins agressive pour l'organisme. Il est curieux, en effet, de constater que jamais les auteurs qui se sont occupés du muguet n'ont signalé d'effets nocifs. (Il faut remarquer cependant que la majorité des auteurs considèrent le muguet comme un agent inerte.) (*Centralblatt für med. Wiss.*, 1883, n° 43.)

Hémorrhagie primitive de la moelle allongée, par M. Lemeke. — Observation extrêmement intéressante d'une lésion fort rare. Le malade survécut pendant près de deux jours. Le symptôme le plus marqué était un *abaissement énorme* de la température : le thermomètre dans le rectum indiquait de 23 à 26 degrés. Le malade était un alcoolique avéré. L'auteur a quelque tendance à considérer l'hémorrhagie de la moelle allongée constatée à l'autopsie (à proximité du quatrième ventricule) comme ayant intéressé le centre thermique, dont tous parlent, mais que l'on ne sait où placer. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXXIV, p. 84.)

De l'aphasie transitoire dans la fièvre typhoïde, par M. Kuhn. — Monographie contenant les vingt-huit cas publiés jusqu'ici, y compris une observation personnelle, plus des troubles analogues observés dans d'autres maladies infectieuses. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXXIV, p. 54.)

De la perméabilité du poumon, par MM. Ewald et Kobert. — En insufflant de l'air à des animaux à une pression notablement inférieure à celle que produirait l'effort musculaire maximum des muscles respiratoires, on observe un passage constant de l'air à travers les parois de la trachée et des alvéoles. L'air ainsi exprimé de la trachée, se rassemble dans le tissu sous-cutané du cou (emphysème de la coqueluche). L'air provenant des alvéoles pénètre

dans la plèvre (pneumothorax spontané?) ou dans le torrent circulatoire. On ne constate pas de déchirures du parenchyme. (*Archiv für die gesammte Physiologie*, t. XXXI, p. 160.)

Traitement des ulcères par le magistère de bismuth, par M. Truckenbrod. — Procédé avantageux pour les ulcères variqueux des jambes. On saupoudre de bismuth et l'on applique une bande de caoutchouc de Martin. Le magistère de bismuth serait moins coûteux, moins désagréable et aussi actif que l'iodoforme. (*Bayer. aertzl. Intelligenzblatt*, n° 5, 1883.)

De la stérilité des femmes, par M. Jung. — Lorsqu'il n'y a pas de vice de conformation et que la dilatation du col ne suffit pas pour obtenir une grossesse, il y a lieu de se demander si la sécrétion du vagin et de la cavité cervicale ne présente pas des anomalies qui peuvent rendre inactifs les spermatozoaires. Un cas à l'appui. (*Wiener med. Presse*, n° 36, 1883.)

Emploi de la mousse (sèche) pour le tamponnement du vagin, par M. Leisnink.— On fabrique des petits tubes en gaze de 4 à 5 centimètres de diamètre, que l'on bourre avec de la mousse en ayant soin de faire passer un fil par-ci par-là, pour empêcher le tassement. On introduit sans spéculum cette espèce de saucisse, qui se place et s'enlève avec la plus grande facilité. On saupoudre d'iodoforme ou l'on arrose avec une solution de sublimé lorsque l'on veut obtenir l'antisepsie. (*Bert. klin. Woch.*, 1883, n° 26.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité de zoologie, par Claus, professeur de zoologie et d'anatomie comparée à l'Université de Vienne, 2e édition française, trad. de l'allemand sur la 4e édition, par C. Moquin-Tandon. Paris, 1884. Savy.

La France, à laquelle on a souvent reproché de se désintéresser un peu trop du mouvement scientifique à l'étranger, ne mérite certainement pas ce reproche en ce qui concerne la zoologie.

On a traduit de l'anglais les *Eléments d'anatomie comparée* d'Huxley, le *Traité d'embryologie et d'organogénie comparées* de Balfour: on a traduit de l'allemand l'*Embryologie* de Kölliker, le *Manuel d'anatomie comparée* de Siebold et Stannius, celui de Gegenbaur, enfin le *Traité de zoologie* de Claus.

Ce dernier ouvrage a eu plus de succès que tous les autres; en effet, à la première édition française traduite sur la troisième édition allemande, vient de succéder la deuxième édition française traduite sur la quatrième édition allemande. Et ce succès est mérité, car l'ouvrage est bon et la traduction excellente.

Le *Traité* de Claus n'a pas été écrit avec le parti pris de dénigrer ce qui se produit en France ou de n'en tenir aucun compte ou de rapporter à des Allemands les découvertes françaises. On n'y voit pas, comme dans le *Lehrbuch* de Landois et Altum, que Cuvier doit s'appeler Georg Küfer et être considéré comme un Allemand, parce qu'il est né à Montbéliard en Alsace (*sic*); on n'y trouve pas, comme dans l'ouvrage de Hayek, les figures du *Règne animal* de Cuvier ou des *Annales des sciences naturelles*, sous le nom de Carus, qui, il faut le reconnaître, les a rapportées à leurs auteurs dans ses *Icones zootomicæ*. Les questions d'histoire et de géographie sont traitées correctement dans l'ouvrage de Claus, qui se distingue aussi par une très grande clarté, chose rare en Allemagne.

La seconde édition française n'est pas une simple réimpression de la première; elle en diffère non seulement par les gravures, au nombre de plus de mille, dont le texte s'est enrichi, mais ce texte lui-même a été remanié, surtout dans les chapitres qui traitent des invertébrés. L'embryologie, qui a fait de si grands progrès dans ces derniers temps, a été l'objet d'une attention toute spéciale; enfin le traducteur s'est appliqué à augmenter notablement les renseignements de bibliographie, surtout en ce qui concerne la partie française.

Le *Traité* de Claus est un de ces livres qui plaisent à première vue; l'édition est belle, les figures sont bien gravées, les figures du texte très nettes; on sent que l'éditeur y a apporté tous ses soins, comme l'auteur et le traducteur.

L'ouvrage se décompose en deux parties fort inégales, trop inégales peut-être: la *zoologie générale* et la *zoologie spéciale*. La première sert, pour ainsi dire, d'introduction à la seconde; mais cette entrée en matière gagnerait à être exposée d'une façon plus magistrale. Disons-le tout de suite, le côté physiologique du livre laisse beaucoup à désirer.

La partie générale ne se développe pas avec un horizon assez large: on voudrait y trouver de ces pages nourries, comme on en rencontre tant dans le grand ouvrage de Milne Edwards, de ces idées à la fois simples et grandioses qui abondent dans l'œuvre de Cl. Bernard. Nous attacherions moins d'importance à ce reproche si la partie fondamentale du livre, la zoologie spéciale, était mieux traitée au point de vue physiologique; mais il faut avouer que tout ce qui concerne le fonctionnement des organes est assez médiocre.

Bornons-nous à signaler la faiblesse des articles où il est question de la rumination, du vol des insectes et des oiseaux, de la natation des poissons, de la circulation et de la respiration chez les vertébrés ovipares, de la stridulation des insectes, etc., etc. D'ailleurs, c'est malheureusement trop souvent que les zoologistes parlent de la partie physiologique de leur science comme s'ils ne la savaient ou ne la comprenaient pas. Sans doute, il y a des exceptions; mais il y en a si peu, qu'on serait tenté de dire, en parodiant une phrase célèbre, « qu'on devient zoologiste et qu'on naît physiologiste. »

Quoi qu'il en soit, redevenons zoologiste pour analyser le reste de l'ouvrage.

Claus divise le règne animal en neuf embranchements, dans l'ordre suivant: protozoaires, cœlentérés, échinodermes, vers, arthropodes, mollusques, molluscoïdes, tuniciers, vertébrés. Deux de ces embranchements lui sont personnels: celui des tuniciers et celui des molluscoïdes. Le premier est déjà devenu classique et c'est justice, car on ne saurait mieux placer qu'entre les vrais vertébrés et les vrais invertébrés ces êtres bizarres que nous caractériserions volontiers en disant qu'ils naissent vertébrés et meurent invertébrés.

L'embranchement des molluscoïdes n'aura certainement pas le même succès que celui des tuniciers. Les molluscoïdes de Milne Edwards avaient leur raison d'être comme *sous-embranchement* et répondaient bien aux connaissances de l'époque; mais l'*embranchement* des molluscoïdes, créé par Claus pour contenir les brachiopodes et les bryozoaires, ne cadre pas avec ce que l'on sait aujourd'hui de l'organisation de ces animaux qui, par leur développement et leur système nerveux, se montrent de véritables vers.

Quant aux protozoaires, on devrait bien, pour les raisons si nettement exposées par Hœckel, les rayer du règne animal pour en former, avec les protophytes du règne végétal, le règne intermédiaire ou neutre des protistes, qui serait l'objet d'un livre à part. Les protistes ont en effet leur anatomie et leur physiologie; au point de vue médical, ils ne sont pas non plus à dédaigner, car ils renferment les *microbes*, et l'on sait l'importance que viennent de donner à ceux-ci les magnifiques travaux de Pasteur. Un règne nouveau, voilà l'œuvre d'Hœckel; une médecine nouvelle, voilà l'œuvre de Pasteur.

Que si maintenant on examine, au point de vue descriptif, l'ouvrage de Claus, on ne saurait trop reconnaître le soin avec lequel il a été fait. Nous ne discuterons pas le plus ou moins d'opportunité de tel ou tel groupe secondaire; car c'est là souvent matière à discussions oiseuses. D'autres que nous ont déjà cherché « la petite bête » dans ce livre, et nous ne marcherons pas à leur suite. C'est à ceux qui lisent

un livre de cette importance, à savoir relever eux-mêmes, et sans mot dire, les quelques erreurs qui ont pu s'y glisser. La petite bête et la grosse bête sont, à notre avis, fort bien traitées dans cet ouvrage, en tant qu'on ne les considère pas comme bêtes en action, c'est-à-dire comme machines animales. Tel qu'il est, le livre de Claus a déjà rendu et rendra encore de grands services aux zoologistes ; c'est un livre qu'il faut avoir sur sa table de travail, un livre qu'on consulte aussi facilement qu'un dictionnaire et qui a l'avantage d'avoir un plan bien charpenté. L'arbre de la classification est bien branché et les feuilles n'empêchent pas de voir les rameaux. Nous ne terminerons pas cet article sans féliciter M. G. Moquin-Tandon d'avoir su faire de l'ouvrage allemand une traduction tellement française, qu'elle est entrée tout de suite dans le domaine classique, où elle constitue un livre utile dans toute la force du terme.

G. Carlet.

Manuel de pathologie interne, par M. G. Dieulafoy, tome II, 2e partie. — Paris, G Masson, 1884.

En présentant aux lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* les deux premières parties du livre qui vient d'être terminé (1880, p. 44, et 1882, p. 46), nous avons déjà indiqué toutes les difficultés et tout l'intérêt de la tâche entreprise par notre distingué collaborateur. Condenser en un petit nombre de pages la grande majorité des travaux les plus récents, exposer avec méthode non seulement des faits, mais encore des doctrines ; être toujours clair et concis, tout en s'efforçant de ne rien omettre d'essentiel, tel est le but que doit se proposer l'auteur d'un manuel de pathologie interne, et ce but ne peut être atteint que par un maître habitué tout à la fois à l'enseignement et à la pratique. Pour pouvoir présenter un exposé fidèle de l'état actuel de nos connaissances en médecine, un pareil ouvrage devrait être le résumé d'un traité didactique plus détaillé et, pour bien faire, il faudrait presque avoir écrit tous les chapitres d'un traité de pathologie interne, avant de songer à les résumer pour en faire un manuel. Aussi comme chacun le sait, les nombreux concours auxquels ont pris part, depuis leur internat jusqu'au jour où ils arrivent aux hôpitaux et à la Faculté, les maîtres de notre enseignement officiel, et les leçons qu'ils ont faites soit à l'Ecole pratique, soit à la Faculté leur ont permis d'accumuler une grande quantité de notes, de sommaires, de documents qui rendent à la fois plus facile et plus personnelle l'œuvre que, grâce à cette longue et fructueuse préparation, ils peuvent mener à bonne fin. Il faut avoir enseigné pour bien écrire un livre d'études, et c'est pourquoi nous ne saurions trop louer ceux qui, comme M. Dieulafoy, ne dédaignent pas de publier ces ouvrages de vulgarisation si utiles à tous, élèves qui débutent, et médecins qui aiment à relire ce qu'ils ont pu oublier.

Nous ne dirons que peu de mots de cette dernière partie. Elle est consacrée aux maladies de l'appareil urinaire, aux maladies générales, aux maladies dystrophiques et dyscrasiques, aux maladies virulentes, aux maladies de l'appareil locomoteur, enfin aux intoxications. S'il était nécessaire de passer en revue tous les chapitres consacrés à cette longue étude, nous pourrions certainement exprimer quelques regrets. La description de la fièvre typhoïde est aussi complète et aussi bien présentée qu'on pouvait l'espérer ; mais on est un peu surpris de voir celle du typhus exanthématique assez écourtée. On cherche en vain les noms et la description de la fièvre récurrente, de la fièvre typhoïde bilieuse, de la peste, de la grippe épidémique. Dans le chapitre des intoxications, il n'est parlé que de l'alcoolisme et de l'empoisonnement par le plomb alors que l'hydrargyrisme, l'arsénicisme, l'intoxication par le phosphore ou par le sulfure de carbone nous paraissent ressortir autant à la pathologie qu'à la toxicologie ou à la médecine légale. Mais ces omissions n'enlèvent rien au mérite très réel des chapitres, qui traitent plus spécialement de physiologie pathologique et de clinique. Nous verrions aussi avec plaisir l'étude de la tuberculose envisagée en général et celle de la syphilis, affection plutôt encore médicale que chirurgicale, prendre place à côté de la scrofule, qui reste bien isolée dans le cadre des maladies dystrophiques. Mais ne pouvant nous arrêter à une analyse détaillée de ce dernier fascicule nous tenons du moins à constater, aujourd'hui que l'ouvrage, arrivé à son terme, a déjà reçu la consécration que donne le succès, le soin attentif et consciencieux avec lequel il a été écrit. Les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* connaissent le talent d'exposition et l'érudition de l'auteur. Point n'est besoin de leur recommander longuement un livre qui renferme en un petit nombre de pages tant de choses utiles à relire, tant de faits qu'il importe d'avoir toujours présents à l'esprit. Le manuel de M. Dieulafoy remplacera avec avantage celui de Tardieu et restera longtemps le meilleur guide que l'on puisse offrir aux étudiants.

L. L.

Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales, par M. Dujardin-Beaumetz. Fascicules 2 à 5. — Paris, O. Doin.

M. Dujardin-Beaumetz continue avec une laborieuse activité l'œuvre considérable qu'il a entreprise, il y a tantôt deux ans. Nous avons aujourd'hui sous les yeux les cinq premiers fascicules de son dictionnaire et nous n'avons rien à retrancher de ce que nous disions en annonçant la première livraison de l'ouvrage. Nous pourrions même, si cette observation était acceptée non comme une critique mais comme un encouragement, affirmer à notre savant confrère que les quinze fascicules qu'annoncent les dernières couvertures seront eux aussi insuffisants et que ce Dictionnaire de thérapeutique, si complet, si développé, formera dans quelques années cinq ou six volumes au lieu de trois. Nous en restons aujourd'hui au mot Chloroforme avec la fin du premier volume. Que de mots encore, que d'articles essentiels avant d'atteindre la fin d'une étude qui n'est pas, comme la plupart des dictionnaires, un résumé succinct des ouvrages de thérapeutique, mais qui doit être considérée comme un traité très développé écrit sous forme alphabétique ! Avec un plan aussi vaste que celui de l'auteur, avec des articles aussi complets que le mot Chaleur, par exemple, qui aurait sa place aussi bien dans un traité de physiologie, d'épidémiologie ou de climatologie que dans un livre de thérapeutique, il semble impossible que l'ouvrage ne prenne des dimensions considérables. Hâtons-nous de déclarer combien il faut s'en louer. Ceux qui ont consulté tous les dictionnaires abrégés, quelque nom qu'ils portent, et surtout ceux qui se sont vus forcés, pour ne pas dépasser un nombre de pages irrévocablement fixé à l'avance, d'abréger, jusqu'à les rendre presque insuffisants, les articles qui leur étaient fournis par des collaborateurs consciencieux mais trop diffus, comprendront les avantages que l'on retire d'une méthode qui consiste à faire bien avant de penser à faire court. Seuls les esprits chagrins ou économes critiqueront peut-être l'étendue de certains chapitres, en demandant que tantôt les questions historiques (voy. Antimoine), tantôt les discussions académiques (voy. Anesthésiques), ou bien les questions de physiologie générale (voy. Bactéries), ou encore les questions anatomo-pathologiques (voy. Charbon), tiennent moins de place. Pour nous, c'est très sincèrement au contraire que nous louons l'ampleur avec laquelle a été conçue cette *Encyclopédie thérapeutique*. Ce n'est point un livre élémentaire ; ce n'est point un de ces dictionnaires que des éditions rapidement successives

peuvent seules améliorer. Dès ses premières pages, cette œuvre vraiment magistrale s'annonce comme l'une de celles qui occupera la place la plus honorable dans toute bibliothèque scientifique. Nous faisons donc des vœux pour que M. Dujardin-Beaumetz ne s'arrête pas devant les difficultés matérielles d'une tâche aussi longue et aussi pénible que celle qu'il a eu le courage d'entreprendre. Quel que soit le nombre des volumes de cette publication, elle sera appréciée comme elle doit l'être; elle aura le succès qu'elle mérite. Et, parmi tant de titres à l'estime du monde savant, la publication du *Dictionnaire de thérapeutique* sera comptée à son auteur comme l'un des plus méritoires.

L. L.

Index bibliographique.

Rapport sur le fonctionnement d'une des annexes du service médical de l'École Monge (inspection de la bouche des élèves), par le docteur V. Galippe. Paris, 1883. G. Masson. — S'il ne s'agissait, dans ce travail, que d'un rapport officiel, résumant le résultat de la pratique d'un médecin ou d'un dentiste, nous n'aurions qu'à le signaler en quelques mots, sauf à relever les heureux résultats que peut toujours obtenir un praticien distingué. Mais le rapport que publie notre confrère le docteur Galippe est plus et mieux qu'un simple compte rendu. C'est une étude d'hygiène scolaire riche en aperçus ingénieux et en conseils utiles à méditer. Les médecins, aussi bien que les instituteurs et les maîtres de nos établissements d'instruction secondaire, auraient grand avantage à se pénétrer de ces indications hygiéniques trop souvent méconnues. Plus, en effet, on introduit de nouvelles études dans le programme de l'enseignement primaire et secondaire, et plus on sacrifie le développement physique des enfants à leur développement cérébral. « C'est là une erreur grave, dit M. Galippe, dont le médecin constate chaque jour les tristes conséquences sans pouvoir toujours les réparer. A ce régime nous devons ces générations de déséquilibrés qui, suivant l'expression du docteur Landouzy, ont plus de nerfs que de muscles, plus de vapeurs que de volonté! » Mais cette erreur est la conséquence des programmes officiels, et c'est en vain qu'on lutte pour en atténuer les écrasantes obligations. On introduit bien, dans l'éducation publique, des exercices de gymnastique, des leçons d'escrime ou d'équitation — encore n'existent-elles que pour les élèves des Écoles spéciales; — mais le temps consacré à cette éducation physique, si indispensable cependant, est pris sur le repos qu'accordent aux enfants de nos Écoles les récréations ou le séjour dans l'intimité de la famille. Il importe donc d'insister encore et toujours sur la nécessité de réagir contre une ancienne routine, et de favoriser le développement physique des enfants pour arriver à préparer pour l'avenir des hommes robustes et bien constitués. L'hygiène dentaire, qui est le but principal que poursuit M. Galippe, nécessite, suivant lui, un certain nombre de prescriptions parmi lesquelles il convient de citer le nettoyage journalier ou même biquotidien de la bouche à l'aide de la brosse et de poudres dentifrices, le lavage de la bouche après chaque repas, enfin le recours au dentiste dans tous les cas de carie, de déviation dentaire, etc. Sauf le lavage de la bouche après les repas, qui est d'une surveillance difficile, toutes ces prescriptions sont excellentes. Mais les mères de famille en voudront à M. Galippe de leur interdire d'apporter à leurs chers enfants les pâtisseries et les gâteaux qui charment les loisirs de leurs séances au parloir, et les médecins lui reprocheront de ne pas avoir insisté avec plus d'énergie sur les dangers que présentent les aliments sucrés, et en particulier le chocolat, que l'on mange toujours aussi bien le matin au réveil avec le pain, que le soir après le dîner, ou le gâteau grignotté dans la voiture qui conduit l'enfant au collège, et les jours de congé et durant les récréations. L'abus des friandises est plus grave que l'abus de pain blanc, si vivement condamné par notre confrère. Mais il convient d'ajouter que ceux qui suivraient à la lettre les indications de ce rapport, et qui les imposeraient aux élèves confiés à leur garde, auraient bien mérité de la confiance des familles, de même que M. Galippe a bien mérité de la confiance des médecins en prouvant le zèle et l'activité qu'il apporte aux fonctions dont il est chargé à l'École Monge.

L. L.

Discours sur la médecine, ses études psychologiques, son utilité, ses devoirs, par le professeur Nivet. Clermont-Ferrand, chez G. Mont-Louis. — Discours prononcé à la séance de rentrée des Facultés de Clermont-Ferrand, et où l'auteur, après avoir défini le caractère scientifique du médecin, la nature de ses travaux, le genre d'instruction qui lui est nécessaire, passe en revue les principales qualités dont il doit faire preuve dans la pratique. Quelques souvenirs historiques, parfois empruntés à l'histoire du pays (épidémie de peste noire à Riom, en 1631), ajoutent à l'intérêt de cette étude.

Des méthodes antiseptiques en obstétrique, par le docteur Paul Bar, accoucheur des hôpitaux. Thèse d'agrégation (section de chirurgie et d'accouchements). — Paris, 1883. Alex. Coccoz. —Le premier chapitre est consacré à la discussion de la nature des accidents infectieux en général chez les blessés, et en particulier chez les femmes en état de puerpéralité, que l'on peut considérer comme atteintes de plaies multiples exposées ou interstitielles. Les accidents infectieux étant dus à des germes venus de l'extérieur, l'application de la méthode antiseptique en obstétrique est suffisamment justifiée; mais il faut déterminer la valeur des différents antiseptiques : aussi M. Bar passe-t-il en revue les nombreuses substances qui peuvent être employées pour détruire les microbes septiques, et donne-t-il les formules suivant lesquelles on devra les utiliser; il établit enfin, d'après ses résultats, l'efficacité de la méthode, et démontre clairement qu'elle a considérablement réduit la mortalité chez les femmes en couches. Dans les chapitres suivants, l'auteur trace les règles de la désinfection des locaux, des objets mobiliers, du personnel médical ou auxiliaire pendant la grossesse, pendant le travail, la délivrance et les suites de couches; il accorde une description toute spéciale aux procédés de traitement local des accidents d'infection puerpérale : l'irrigation utérine et le drainage. Lorsque l'on doit pratiquer le cathétérisme chez une accouchée, ou s'il faut instituer le traitement de la cystite, assez fréquente dans des cas semblables, on ne devra pas se départir des mêmes règles générales. Enfin, c'est encore à la méthode antiseptique, rigoureusement mise en œuvre, qu'il faudra recourir lors de rupture utérine ou d'opération césarienne. Dans une dernière partie de son travail, M. Bar étudie la contagion des accidents septiques de la mère à l'enfant, par les plaies que ce dernier peut présenter, et en particulier par la plaie du cordon ombilical; aussi conseille-t-il de la panser avec de la ouate phéniquée. Il termine en exposant les mesures prophylactiques qu'il convient de prendre contre la propagation de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés.

Étude physiologique et thérapeutique de la caféine, par le docteur E. Leblond. — Thèse de Paris, 1883. O. Doin. — La caféine, découverte dans le café par Runge, en 1820, existe également dans le thé, où elle avait été constatée par Oudry, qui lui avait donné le nom de *théine;* or théine et caféine ne sont, ainsi que l'ont démontré Jobat et Mulder en 1838, qu'une seule et même substance. C'est elle qui représente le principe actif de l'infusion de café depuis longtemps usitée en thérapeutique; elle est d'ailleurs bien souvent prescrite en nature, soit dans une potion, soit sous forme de pilules, et c'est à reviser ses propriétés physiologiques et thérapeutiques que s'est attaché l'auteur. Il a institué une série d'expériences sur les animaux et aussi sur l'homme; il a observé sur lui-même l'action de la caféine à doses assez élevées. Il a reconnu qu'à dose physiologique elle est un excitant du système nerveux et musculaire; qu'elle diminue la fréquence du pouls en augmentant l'énergie des battements cardiaques, ainsi que la pression sanguine par constriction vasomotrice; qu'elle abaisse la température périphérique, et enfin qu'elle n'a aucune influence sur le taux de l'urée urinaire. Quant à ses applications thérapeutiques, elles se rencontrent surtout chez les cardiaques, qui la tolèrent mieux que la digitale, et chez lesquels elle agit plus rapidement : elle provoque d'ailleurs un certain degré de diurèse. Il faut l'administrer à dose progressivement croissante, depuis 20 centigrammes jusqu'à 1gr,20, et ne jamais dépasser 1gr,50. Elle semble utile dans les pyrexies, à la fois comme antithermique et comme tonique du cœur; enfin elle paraît avoir donné quelques succès dans les cas de hernie étranglée, sans doute par suite de son action sur la contractilité musculaire de l'intestin.

Chorio-rétinite spécifique, par le docteur J. Masselon, avec 12 dessins photographiques. — Paris, 1883. Octave Doin. —

Grâce à un nombre assez considérable d'observations ophthalmoscopiques régulièrement répétées chez les mêmes sujets atteints de chorio-rétinite syphilitique, l'auteur a pu tracer la marche, les formes variées et les terminaisons diverses de cette affection oculaire. Les douze planches photographiques, jointes au texte, composent une véritable iconographie, qui facilite grandement l'intelligence des descriptions. La chorio-rétinite spécifique peut revêtir deux formes principales, qui comportent un pronostic très différent : elle peut être aiguë ou chronique. La première seule peut disparaître sans laisser subsister aucune altération des membranes profondes de l'œil. La seconde se subdivise en plusieurs variétés : elle peut affecter la forme pigmentaire, disséminée, atrophique, fibreuse, centrale; il est bien certain d'ailleurs que ces diverses formes ne se montrent pas, en général, avec une pureté parfaite, et peuvent, le plus souvent, se mélanger, sur le même œil, dans des proportions extrêmement variables.

Des arthrophytes: de leur traitement par l'arthrotomie antiseptique, par M. Ed. Fibich.—Thèse de Paris, 1883. O. Doin.— Après une consciencieuse étude de l'histoire des corps étrangers articulaires, de leur anatomie pathologique et de leur pathogénie, l'auteur aborde la question thérapeutique proprement dite, c'est-à-dire l'intervention opératoire. Il établit nettement que l'opération, telle que la pratiquait Goyrand (d'Aix), est d'une exécution difficile et expose le malade à des dangers sérieux, parfois même à la mort; aussi doit-on renoncer à un semblable procédé, pour recourir à l'extraction à ciel ouvert avec toutes les précautions de la méthode antiseptique. Les pansements de Guérin ou de Lister seront employés séparément ou même combinés ensemble; l'arthrotomie antiseptique ainsi comprise devient une opération d'une innocuité remarquable, et l'auteur a pu réunir vingt-quatre observations d'opérations de ce genre, presque toutes suivies de guérison. Il recommande, que l'on pratique ou non la suture de la plaie cutanée, de laisser un drain dans l'ouverture pour assurer, pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, le libre écoulement du sang et de la lymphe plastique. On devra également, si l'arthrophyte est pédiculée, placer une ligature au catgut sur le pédicule avant de le sectionner, pour prévenir tout danger d'hémorrhagie ultérieure.

Des formes diverses d'épidémies puerpérales, par M. le docteur Ch. Maygrier, accoucheur des hôpitaux. Thèse pour le concours de l'agrégation. — Paris, 1883. Octave Doin. — Dans cet intéressant mémoire, l'auteur étudie tout d'abord l'histoire des épidémies puerpérales, et fait voir que de tout temps on a reconnu leur diversité. Il consacre ensuite la seconde partie de son travail à la critique historique de la fièvre puerpérale; après avoir fait connaître la doctrine des *essentialistes* et le formes générales admises par eux, il place en regard la doctrine anatomo-pathologique des *localisateurs*, qui n'admettent que des affections diverses, en rapport avec les différentes lésions cadavériques. Il expose enfin la phase nouvelle dans laquelle est entrée la fièvre puerpérale, et fait voir que les notions d'infection et de contagion rendent plus claire et plus saisissable la conception de la nature épidémique, et permettent d'expliquer, par l'hypothèse très vraisemblable de degrés divers dans l'intoxication, la diversité des formes observées. Il insiste, à juste titre, sur ce fait important, à savoir que cette simple notion sur la nature du mal a déjà permis de lutter d'une façon efficace contre le fléau épidémique. On sait, en effet, que, grâce à la méthode antiseptique et aux prescriptions rigoureuses d'hygiène et d'isolement, la mortalité à la Maternité est descendue au-dessous de 2 pour 100 depuis 1881. Dans la troisième partie, M. Maygrier décrit les formes variables qui s'observent dans les épidémies puerpérales : forme de lymphangite utérine, forme péritonéale, pleurétique, pulmonaire, cardiaque, arthritique, éruptive, etc.; il établit, en terminant, que cet empoisonnement peut être transmis, non seulement aux femmes en couches, mais encore aux femmes enceintes, aux nouveau-nés et aux nourrices.

Formulaire des maladies des voies urinaires, par le docteur F. Mallez. — Paris, 1883. Alex. Delahaye et E. Lecrosnier. — C'est, sous une forme concise, l'exposé des règles thérapeutiques à suivre dans les affections des reins, de la vessie et de l'urèthre. Les chapitres qui traitent des eaux minérales, de l'hydrothérapie, de l'électricité, présentent quelque intérêt. On trouvera d'ailleurs dans ce petit livre un grand nombre de formules relatives au traitement interne et externe des affections diverses des voies génito-urinaires. Un certain nombre de tableaux résument l'ensemble du traitement des maladies que le praticien sera le plus souvent appelé à combattre : cystite, blennorrhée, gravelle urique et phosphatique, rétrécissements de l'urèthre, prostatite, spermatorrhée, etc.

VARIÉTÉS

Congrès international d'hygiène. 5e session (*à la Haye, du 21 au 27 août* 1884). — Le quatrième Congrès international d'hygiène, réuni à Genève du 4 au 9 septembre 1882, a désigné par acclamation la ville de La Haye pour siège du cinquième Congrès. Le *comité d'organisation* est ainsi composé : *président :* M. le chevalier G.-J.-G. Clerck, ancien ministre des Pays-Bas; *vice-présidents :* MM. les docteurs T.-H. Blom, Coster et H. van Cappelle; *secrétaire général :* M. le professeur van Overbeek de Meijer; *membres :* MM. le docteur B. Carsten; J.-F.-W. Conrad; le professeur F.-C. Donders; le docteur F.-J. Dupont; le docteur L.-J. Egeling; le professeur A.-P. Fokker; le professeur J. Forster; le professeur Th.-H. Mac Gillavry; le docteur A.-A.-G. Guye; le docteur L. van der Hoeven; J. Menno Huizinga; le docteur G. de Bosch Kemper; le docteur J. van Breda Kolff; le docteur F.-J. van Leent; le docteur W.-J. de Meijer; le docteur J.-Th. Mouton; Lodewijk Mulder; le docteur J.-G. Patijn; W.-P. Ruijsch; le professeur H. Snellen; le professeur J.-A. Snijders Cjz.; le docteur W.-F.-U. Steijn Parvé; le docteur G.-P. van Tienhoven; le docteur G.-Th.-A. Wolterbeek Muller.

Comme membres du Congrès seront admis tous ceux qui se seront fait inscrire et auront versé une cotisation de 10 florins des Pays-Bas. Ils recevront un exemplaire du compte rendu des travaux de la session.

Cette cotisation sera versée par MM. les adhérents en même temps qu'ils enverront leur adhésion. Le secrétariat reçoit dès à présent ces adhésions (avec mention des titres et l'adresse aussi exacte que possible), afin d'être à même d'envoyer les publications du Congrès. Les inscriptions seront aussi reçues dans les locaux du Congrès qui seront indiqués ultérieurement, le 20 août 1884, de dix heures du matin à midi, et de une heure à quatre heures du soir; le 21 août 1884, de neuf heures du matin à midi, et les autres jours (jusqu'au 28 août 1884) de huit à neuf heures du matin.

Travaux. — Les travaux du Congrès embrasseront l'hygiène individuelle, l'hygiène générale, la police sanitaire, la démographie et la statistique médicale. Ils seront répartis entre quatre sections, savoir :

1re section : *Hygiène générale et internationale.* — Prophylaxie des maladies infectieuses et contagieuses, etc.—Démographie.

2e section : *Hygiène des villes et des campagnes.* — Assainissement. — Voies de communication; distribution des rues, pavage, etc. Approvisionnement d'eau. Evacuation des matières de rebut. Eclairage. Edifices publics : hôpitaux, hospices, prisons, bains, etc. — Drainage. Irrigation. Déboisement, etc. — Moyens publics de transport : chemins de fer, etc. — Inhumations et cimetières. Crémation.

3e section : *Hygiène individuelle.* — Acclimatement; acclimatation. — Alimentation. Vêtements. Habitations. Education; enseignement; gymnastique, etc. — Enfants trouvés. Orphelins.

4e section : *Hygiène professionnelle.* — Economie sociale. Etablissements insalubres. Accidents professionnels. Maisons et cités ouvrières. Garnis. Crèches, etc.— Hygiène navale.— Hygiène militaire.

Troisième congrès de médecine interne de Berlin. — Ce congrès aura lieu du 21 au 24 avril, sous la présidence de M. Ch. Frerichs.

1er *jour.* — De la pneumonie franche (étiologie, pathologie, clinique, thérapeutique). Rapporteur : docteur Jürgensen (Tubingue). Co-rapporteur : docteur Albert Fraenkel (Berlin).

2e *jour.* — De la myélite et de la névrite. Rapporteur : docteur Leyden (Berlin). Co-rapporteur : docteur Schültze (Heidelberg).

3e *jour.* — De la dyspepsie nerveuse. Rapporteur : docteur Leube (Erlangen). Co-rapporteur : docteur Ewald (Berlin).

Les communications suivantes ont été annoncées : Hermann Weber (Londres) : Hygiène des écoles en Angleterre, envisagée

particulièrement au point de vue des maladies contagieuses. — Rosenthal (Erlangen) : Des réflexes. — Goltz (Strasbourg) : Localisation des fonctions cérébrales. — Pfeiffer (Weimar) : De la vaccination. — Seegen (Carlsbad) : Du diabète. — Rossbach (Iéna) : Traitement des maladies infectieuses. — Id. : Nouvelles applications de la naphthaline.

Membres du comité : MM. Gerhardt, Leyden, Liebermeister, Marklin et Pfeiffer.

Académie des sciences, arts et belles-lettres de Caen. — *Concours* 1885-1886. — I. Prix Dan de la Vauterie : De la conservation des sujets et pièces anatomiques. Le prix est de 1000 francs. Les mémoires devront être envoyés au plus tard le 31 décembre 1884.

II. Prix le Sauvage : Anatomie, histologie et homologie des différentes parties du système nerveux des poissons. Le prix est de 2000 francs. Les mémoires devront être envoyés au plus tard le 31 décembre 1885.

Corps de santé militaire. — Ont été nommés :

Au grade de médecin-major de 1re classe : (Ancienneté). M. Sedan (Augûste-Frédéric). — (Choix). M. Emmerique (Jules-Jacob).

Au grade de médecin-major de 2e classe : (Tour de la non-activité). M. Lesur (Félix). — (1er tour de l'ancienneté). M. Pouey (Pierre-Hyacinthe-Eugène). — (2e tour de l'ancienneté). M. Simon (Pierre-Paul).

Faculté de médecine de Lille. — Vu le décret du 27 janvier 1880, portant création à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille d'une chaire d'histologie, M. Tourneux, docteur en médecine, est nommé professeur d'histologie.

Choléra. — Le ministre du commerce vient de décider qu'on maintiendrait à trois jours la durée de la quarantaine pour les navires venant de l'extrême-Orient où règne le choléra, et pour ceux provenant des régions intertropicales où l'on signale de nombreux cas de fièvre jaune.

Société pour la propagation de la crémation. — La troisième assemblée générale de la Société pour la propagation de la crémation a eu lieu à Paris le 9 janvier, sous la présidence de M. Kœchlin-Schwartz. Deux projets de pétition tendant à l'établissement de fours à crémation dans les principaux cimetières ont été soumis aux Chambres. Des listes de pétition sont mises à la disposition du public au secrétariat de la Société, 11, rue d'Anjou, Paris.

Préfecture de police : les aliénés. — Par arrêté de M. le préfet de police, il est créé deux places d'interne en médecine à l'infirmerie spéciale des aliénés près le dépôt de la préfecture. Ces internes recevront une allocation de 1000 francs par an, seront logés dans les dépendances du Palais de Justice, et auront droit au chauffage et à l'éclairage. La durée de leurs fonctions sera limitée à deux années.

Corps de santé de la marine. — Ont été promus : *Au grade de médecin en chef :* M. Thomas (Edouard-Félix), médecin professeur. — *Au grade de médecin principal :* 1er tour (ancienneté). M. Pougny (Louis-Edouard), médecin de 1re classe.

Accoucheurs des hôpitaux. Concours. — Un concours spécial pour la nomination à une place d'accoucheur du Bureau central d'admission sera ouvert le lundi 31 mars 1884, à l'administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le jeudi 28 février 1884, à midi, et sera clos le samedi 15 mars 1884, à trois heures.

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 8 février 1884, M. le docteur Vidal, médecin en chef de l'hospice d'Hyères, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Distinctions universitaires. — M. Herbet, professeur de l'École d'Amiens, est nommé officier de l'instruction publique.

Mortalité a Paris (7e semaine, du vendredi 8 au jeudi 14 février 1884). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1114, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 26. — Variole, 2. — Rougeole, 30. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 60. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 43.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 204. — Autres tuberculoses, 17. — Autres affections générales, 65. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 77. — Bronchite aiguë, 33. — Pneumonie, 80. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 39; au sein et mixte, 26; inconnu, 5. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 101; de l'appareil circulatoire, 81; de l'appareil respiratoire, 79; de l'appareil digestif, 54; de l'appareil génito-urinaire, 24; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 9. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 31. — Causes non classées, 4.

Conclusions de la 7e semaine. — Le service de statistique municipale a reçu notification de 1114 décès pendant la semaine actuelle, au lieu de 1038 qui avaient été comptés pendant la semaine précédente. La comparaison des chiffres des dernières semaines fait ressortir un accroissement notable pour la fièvre typhoïde, la rougeole et la diphthérie; les autres maladies sont à l'état stationnaire.

Fièvre typhoïde (26 décès); rougeole (30); diphthérie (60); variole (2); scarlatine (3); coqueluche (10); érysipèle (2); bronchite (33); pneumonie (80); athrepsie (70).

Mortalité a Paris (8e semaine, du vendredi 15 au jeudi 21 février 1884). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1037, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 41. — Variole, 6. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 52. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 53.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 190. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 77. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 54. — Bronchite aiguë, 39. — Pneumonie, 70. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 43; au sein et mixte, 20; inconnu, 7. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 104; de l'appareil circulatoire, 56; de l'appareil respiratoire, 63; de l'appareil digestif, 54; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 10. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 15. — Causes non classées, 7.

Conclusions de la 8e semaine. — Le service de la statistique a reçu notification pendant la semaine actuelle de 1037 décès, au lieu de 1114 qui avaient été signalés pendant la semaine précédente. Cette diminution, d'ailleurs légère, du nombre des décès n'a pas porté sur les décès causés par maladies épidémiques. La rougeole est, parmi elles, la seule qui ait notablement diminué de fréquence.

Fièvre typhoïde (41 décès); variole (6); scarlatine (6); coqueluche (8); rougeole (17); diphthérie (52); bronchite (39); pneumonie (70); athrepsie (70).

Dr Jacques Bertillon,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Étude sur le coaltar saponiné Le Beuf, par M. le docteur Harmand. Brochure in-8 de 40 pages. Paris, G. Masson. 1 fr.

De la recherche du bacille de la tuberculose dans les produits d'expectoration, par M. le docteur A. Cochez. In-8. Paris, A. Coccoz. 2 fr. 50

Traité clinique et pratique des maladies des enfants, par MM. Rilliet et Barthez, 3e édition, par MM. Barthez et Sanné. Tome Ier (Considérations générales, maladies du système nerveux, maladies de l'appareil respiratoire). 1 fort volume grand in-8 de 936 pages. Paris, Félix Alcan. 16 fr.

Éléments de physique médicale, par MM. C. M. Gariel et V. Desplats, précédés d'une préface par M. Gavarret. 1 vol. in-8 de XII-920 pages avec 535 gravures dans le texte. Paris, F. Savy. 12 fr.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi du sirop de raifort iodé de Grimault, dans la bronchorrhée chronique, le lymphatisme et la scrofule.

Par le docteur Petit.

Aujourd'hui que l'engouement extrême dont a joui si longtemps l'usage des différentes espèces d'huile de foie de morue, a fait place à plus de calme, on s'est occupé de faire une saine et judicieuse appréciation des avantages comme des inconvénients de la médication oléique.

Sans vouloir amoindrir les nombreux succès dus à l'administration de l'huile de foie de morue, on est bien forcé de reconnaître qu'elle est vomie par beaucoup de malades et très mal tolérée par un grand nombre d'autres, malgré tous les efforts que l'on a faits pour masquer son goût.

Dans ce cas, très fréquent, le médecin est heureux d'avoir sous la main un médicament efficace, complémentaire et adjuvant de l'huile de foie de morue.

Le sirop de raifort iodé de Grimault répond complètement à ce desideratum.

Cette excellente préparation qui renferme les éléments du sirop antiscorbutique du Codex : raifort, cochléaria, cresson, menyanthe, écorces d'oranges, unis à 5 grammes d'iode par kilogramme de sirop, et à l'état de combinaison organique analogue à celle qui existe dans l'huile de foie de morue, est appelée à donner toujours les résultats les plus sérieux.

Je l'ai employé souvent depuis plusieurs années, et je puis affirmer qu'il ne m'a jamais fait défaut dans les diverses manifestations de la scrofule, telles que : engorgement ganglionnaire, impétigo de la face, coryza chronique, etc. Son efficacité m'a toujours paru nette et tranchée, surtout dans certaines affections des voies respiratoires, et spécialement dans la bronchite chronique, où il a toujours produit les améliorations les plus rapides et les plus durables.

Dans la bronchorrhée, lorsqu'elle donne lieu à une sécrétion bronchique considérable, sous l'influence de laquelle les malades ne tardent pas à maigrir et à perdre l'appétit, l'administration quotidienne du sirop de raifort iodé de Grimault, à la dose de trois ou quatre cuillerées à bouche, produit les meilleurs effets.

Sous l'influence de cette médication, on ne tarde pas à voir une modification notable dans la nature du liquide excrété : de purulent et de muco-purulent qu'il était il devient muqueux, puis il diminue, et s'il n'est pas entièrement supprimé, surtout chez les vieillards, il devient insignifiant, et les malades n'expectorent plus que quelques glaires le matin à leur réveil, l'appétit revient bientôt et les sueurs disparaissent.

Les appréciations qui précèdent ne sont en réalité que le résultat d'un grand nombre d'observations de notre pratique particulière, qui permettent de donner, en terminant, les conclusions suivantes :

Toutes les fois que l'huile de foie de morue est prise avec trop de dégoût ou mal tolérée par l'estomac des malades, lorsque, chez les enfants surtout, elle donne lieu à la diarrhée, elle est remplacée avec avantage par le sirop de raifort iodé.

Dans le traitement de l'engorgement ganglionnaire et suppuré, le sirop de raifort iodé réussit toujours mieux que l'huile de foie de morue. Seulement, chez nos jeunes malades, nous insistons sur le bouillon gras, à la dose de deux petits bols par jour, et nous leur faisons donner chaque fois du beurre sur une tranche mince de pain et saupoudré de sel. (Extrait du *Journal médical de Vienne* du 8 février 1868.)

Médication abortive par le Jaborandi.

Nous entrons dans cette période de l'année où l'humidité unie au froid fait éclore toute sorte d'affections prenant le caractère catarrhal ou réveille celles mal éteintes et passées à l'état chronique. Aucune médication ne fait aussi prompte justice de ces indispositions que le Jaborandi du docteur Coutinho. Il y a environ un an, nous avons déjà publié un article sur l'efficacité de ce médicament de récente importation. Nous avons donné un extrait d'un mémoire sur ce sujet, couronné par l'Institut de France, dû à la plume de M. le docteur Robin, interne de M. le professeur Gubler, à l'hôpital Beaujon. L'auteur y fait ressortir, avec l'appui de nombreux faits pratiques, l'efficacité incontestable et bien tranchée du Jaborandi, dans les refroidissements, l'enrouement, les angines, laryngites, bronchites, grippes, dyspnées, asthmes, rhumatismes, etc., dès que l'on prend ces diverses affections à leur début.

Notre but, en faisant cette publication, était d'attirer l'attention des praticiens sur ce nouveau produit et de les engager à en faire l'expérimentation, comme nous voulions nous-même nous assurer de son efficacité réelle dès que l'occasion nous en serait offerte. C'est ce qui n'a pas tardé. Nous relaterons sommairement quelques-uns des principaux faits que nous avons observés. Il ne sera pas sans utilité peut-être de parler de nous-même pour commencer.

Dernièrement, sous l'imminence d'une indisposition plus ou moins sérieuse, nous nous trouvions dans un état de courbature incroyable, avec sensation de refroidissement général, frissons, inappétence, douleurs céphaliques et un mal de gorge qui faisait des progrès à vue d'œil. Bien heureux de pouvoir rentrer vers les cinq heures de l'après-dîner, nous nous sommes aussitôt alité. De suite, nous nous sommes fait préparer une infusion d'une dose de Jaborandi Coutinho, telle que la délivre la maison Grimault. dans un demi-litre d'eau bouillante. Suffisamment refroidi pour être potable, nous avons bu une bonne jatte de ce thé additionné de sucre, que nous avons trouvé tout aussi agréable et à peu près du même goût que celui de fleurs de tilleul.

Au bout d'une quinzaine de minutes commençait une douce réaction qui nous faisait éprouver un sentiment de bien-être général, qui semblait nous ramener dans un autre monde, entraînant ce froid et ce malaise général qui nous annonçaient une indisposition très sérieuse. Bientôt arriva la transpiration, qui, douce d'abord, sembla transformer la peau en une sorte de passoire dont l'eau ruisselait en grande abondance. D'autre part, la salivation commença, et elle devint telle, que nous dûmes réclamer un vase pour la recevoir. Cette exagération de deux fonctions physiologiques ne nous surprit pas, parce que nous en étions prévenu par l'observation. Mais ce que nous avons trouvé étonnant, parce que cela n'était pas indiqué et que nous n'y avions pas nous-même fait attention jusqu'ici, n'en soupçonnant pas la possibilité en présence d'une transpiration et d'une salivation aussi abondantes, c'est une diurèse copieuse. En une heure de temps, nous avons dû uriner quatre fois. Chacune de ces évacuations, quoique pressantes par l'abondance de liquide, faisait éprouver un soulagement agréable.

Nous devons avouer que nous aurions admis difficilement à priori la possibilité de cette simultanéité de sécrétions d'une telle abondance, par autant de voies diverses aussi opposées. Le Jaborandi se montrera-t-il toujours aussi complètement obligeant, c'est au praticien à s'en assurer.

Nous avions à peine consommé notre théière d'infusion de Jaborandi, que nous éprouvions un sentiment de bien-être général; de la courbature et du mal de gorge, bientôt il n'en resta plus une ombre. Au bout de vingt-quatre heures, nous fûmes à même de reprendre nos occupations. Nous ne conservions de cette indisposition si menaçante qu'un rhume de cerveau achevant sa maturation.

Nous devons avouer que nous sommes heureux d'avoir eu l'occasion de vérifier sur nous-même la puissante action de ce nouveau et précieux médicament. Nous avions prescrit un grand nombre de fois le Jaborandi Coutinho, et il nous avait toujours donné des résultats très satisfaisants; mais nous devons déclarer qu'il inspire d'autres convictions encore, quand c'est sur soi-même qu'on l'a expérimenté.

Voici un autre fait qui présente également ses enseignements :

M. Éloi W..., âgé de trente-cinq ans, forte constitution, chasseur infatigable, a le grand défaut d'être l'amant de Mme Bonne-Chère, dont il fréquente l'oncle, M. Bacchus; pour lui deux très mauvaises connaissances. S'étant trop aventuré dans les marais, l'hiver dernier, à la piste de bécasses, il y avait contracté un violent refroidissement. Il regagna la ville le plus prestement possible, se sentant complètement démoli, toutes les articulations en souffrance. Nous avons constaté chez lui un rhumatisme commençant et généralisé, qui avait déjà fait des progrès depuis la veille, jour du retour. Les articulations des pieds et des poignets surtout étaient très douloureuses. Rien de particulier au centre circulatoire.

En présence de la cause probable de ce rhumatisme, il nous vient à l'idée d'en tenter l'avortement par le Jaborandi Coutinho. Nous en prescrivons deux doses, à prendre une théière dans la matinée et une deuxième vers les trois heures de l'après-dîner.

Revoyant notre malade le soir, nous le trouvons considérablement soulagé. Il nous raconte qu'il n'avait pas fini sa première théière de Jaborandi qu'il s'était trouvé littéralement noyé par la transpiration et la salivation. Puis s'était fait sentir une détente générale dans toutes les articulations, qu'il pouvait alors faire mouvoir presque sans douleur. Cette première sudation avait duré deux heures, et il avait pu alors changer de linge. La seconde épreuve n'avait pas donné un résultat tout aussi prononcé, quant aux évacuations; mais les phénomènes rhumatismaux avaient achevé de se dissiper doucement.

Une cure pareille, par trop merveilleuse, nous faisant craindre quelque chose d'insidieux et la possibilité d'une récidive, nous avons tenu notre malade au lit pour lui faire subir une nouvelle sudation le lendemain, sous le prétexte de le dégager complètement du vice rhumatismal. Il a accepté avec empressement, se rappelant ce qu'il avait souffert en d'autres temps d'une attaque de rhumatisme. Cette fois encore, tout se passa à merveille : il sua et saliva en abondance. Du lait coupé pour boisson.

La seconde nuit fut une des meilleures qu'il eut passées depuis longtemps, même en bonne santé. De sorte que le troisième jour, de rhumatisme, il n'en était plus question. A cette époque, nous n'étions pas encore au courant de cette particularité de l'abondance de la diurèse, et nous ne sommes pas renseigné à cet égard. Notre malade s'est trouvé ainsi guéri en trois jours. Craignant une rechute à cause de la rapidité de la cure, il a eu le bon esprit lui-même de se tenir sur la réserve, et la guérison s'est bientôt trouvée consolidée.

Nous pourrions citer encore plusieurs faits tout aussi intéressants, tout aussi concluants, si l'espace ne nous faisait pas défaut. Nous pourrons dans l'avenir revenir sur ce sujet.

A. F.

(*Le Scalpel.*)

THÉRAPEUTIQUE

Des effets thérapeutiques de la Créosote de hêtre associée au Baume de Tolu et au Goudron de Norwège.

La Créosote de hêtre a été découverte par Reichenbach, chimiste de Blausko, en Moravie. C'est un produit pyrogéné, dont la composition est : 76,2 de carbone, 7,8 d'hydrogène, 16 d'oxygène ; son nom vient de κρέας, chair, et σωζω, je conserve. Cette heureuse étymologie, suggérée par sa propriété essentielle, nous indique l'action certaine qu'elle exerce dans le traitement de toutes les affections de la poitrine et des voies respiratoires.

Les remarquables travaux des docteurs Bouchard, Gimbert, etc., ont affirmé sa haute valeur thérapeutique, qui n'est plus discutée aujourd'hui. Le seul défaut de ce médicament, c'est d'être mal toléré par certains tempéraments, de causer des nausées, des vomissements, et, dans tous les cas, des renvois, qui obligeaient à en suspendre l'emploi.

Il fallait trouver une substance qu'on pût lui adjoindre pour faire disparaître ces inconvénients. Des travaux importants ont fixé le choix sur le Baume de Tolu, qui présente, pour cet usage, des avantages particuliers. Le Baume de Tolu, dont la découverte remonte au delà de Dioscoride, était, dès cette époque, employé au traitement de tous les flux muqueux, des maladies chroniques du poumon, catarrhales et nerveuses, ainsi que dans les affections du larynx produisant l'enrouement et l'extinction de la voix, *raucedines* et *aphoniæ*, et même dans la phthisie tuberculeuse.

Morton s'exprime en ces termes au sujet d'une préparation pilulaire composée, en majeure partie, de Baume de Tolu : *Istæ pilulæ, in scorbuticorum et scrofulorum lenta phthisi (quæ quidem sunt frequentissimæ phthises), ubi febris (si ulla est) est admodum mitis, et exsputum phlegma quadamtenus glutinosum, asthmaticorum ritu, curationem non tantum in principio morbi, verum etiam in progressu insigniter promovent.*

La réputation du Baume de Tolu est bien établie, et il nous a suffi de rappeler ces anciens travaux, pour indiquer que nous n'avons pas affaire ici à une de ces préparations dont l'efficacité est aussi passagère que la vogue, mais à un bon produit de vieille renommée.

En ajoutant le Goudron de Norwège à ces deux substances d'une activité si incontestable et si universellement reconnue, on arrive à composer un médicament d'un effet sûr et d'une puissance toute nouvelle, qui peut s'apprécier par celle de ses éléments.

Après de nombreuses expériences, nous nous sommes arrêté à une formule, d'après laquelle nous avons fait préparer de petites capsules ovoïdes par MM. Trouette-Perret, pharmaciens de Paris.

Chaque capsule doit contenir :

5 centigrammes de Créosote pure de hêtre.
7 1/2 — de Goudron purifié de Norwège.
7 1/2 — de Baume de Tolu.

Ces capsules, appelées *Gouttes Livoniennes*, doivent être employées aux doses suivantes :

Dans le cas où la maladie a peu de gravité, et si l'on ne veut qu'un moyen prophylactique, deux capsules le matin et deux le soir peuvent suffire ; mais il n'y a aucun inconvénient à porter plus haut les doses.

Dans les cas plus graves, on commencera par quatre capsules le matin et quatre le soir, et on augmentera la dose de manière à arriver à douze capsules par jour, en graduant suivant l'état de la maladie et l'effet que l'on désire obtenir.

Il est indispensable, chaque fois qu'on aura pris de ces capsules, de ne pas leur permettre de s'arrêter dans les plis de la gorge, et de les faire descendre dans l'estomac en avalant un quart de verre d'un liquide quelconque, eau, lait, vin, thé léger ou tisane froide ou chaude.

Lorsque les Gouttes Livoniennes auront rétabli la santé, il sera bon de n'en point abandonner brusquement l'usage, et, dans tous les cas, de s'y remettre une quinzaine de jours au retour de l'hiver, et notamment aux changements de saisons, accompagnés de temps humides. Dr E. Lasniée.

De la Papaïne ou pepsine végétale tirée du Caricà papaya.

MM. Trouette et Pierret, pharmaciens chimistes, se sont faits depuis quelques années les propagateurs de la Papaïne, et ils ont obtenu à l'Exposition de Melun de 1880, et à celle de Bordeaux en 1882, deux diplômes d'honneur pour les diverses préparations qu'ils ont présentées. Ils l'offrent aux médecins et au public sous cinq formes différentes : le sirop de Papaïne; le vin de Papaïne; l'élixir de Papaïne; les cachets, et enfin les dragées de Papaïne. Chacune de ces préparations trouve son emploi suivant l'âge, le tempérament, le goût du malade, mais leur effet constant peut être garanti à tous.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur les cas dans lesquels la Papaïne doit être ordonnée; elle est appelée à remplacer la pepsine naturelle qui fait défaut, et par conséquent est indiquée dans les gastralgies, dyspepsies, lientéries, gastrites et dans toutes les maladies qui ont pour cause un mauvais fonctionnement de l'estomac. Elle remédiera à tous ces troubles et ramènera la digestion à l'état normal avec plus de certitude, d'énergie et de constance que la pepsine animale, dont les effets sont parfois nuls en raison des mauvais éléments qui la composent. En effet, la pepsine animale peut être recueillie dans de bonnes conditions en pratiquant directement sur l'estomac de l'animal une fistule gastrique; mais on peut aussi se contenter de dissoudre quelques centigrammes de pepsine dans l'eau contenant de l'acide chlorhydrique, ou bien remplacer la pepsine par un fragment de la membrane stomacale d'un animal carnivore, ou par un morceau de la caillette d'un ruminant, ou encore par un peu de présure. Quelle garantie de semblables préparations peuvent-elles offrir, et comment supporteraient-elles la comparaison avec la pepsine végétale, toujours franche et rigoureusement dosée, des propagateurs de la Papaïne?

(*Union médicale*.)

THÉRAPEUTIQUE

Du lactate de fer.

L'action du fer dans la chlorose et la chloro-anémie est tellement connue, qu'il ne saurait plus être question d'en faire l'éloge, et s'il est une étude à faire au sujet des nombreuses préparations martiales, c'est uniquement dans le but de savoir quelles sont celles qui peuvent être les plus efficaces, et surtout celles qui ne peuvent jamais nuire.

Il est d'abord de toute évidence qu'une préparation ne saurait être efficace qu'autant qu'elle est de nature à être assimilée, et la première condition pour être assimilée, c'est qu'elle soit soluble. Un certain nombre de préparations sont solubles par elles-mêmes, d'autres ne le sont qu'en empruntant aux organes les acides physiologiques qu'ils contiennent. Dans le premier cas, l'assimilation se fera tout naturellement et sans aucun effort de l'organisme, il en sera différemment dans le second cas, qui exigera de l'estomac un travail plus ou moins laborieux. Il est hors de doute, par conséquent, que les préparations dans lesquelles le fer est soluble doivent avoir la préférence.

Des expériences nombreuses et concluantes peuvent d'ailleurs guider les praticiens à cet égard. M. Claude Bernard a étudié comparativement l'action du sulfate ferreux et celle du lactate de fer ou Dragées de Gélis et Conté. Il a vu que ces deux sels, placés dans les mêmes conditions, se comportent d'une manière toute différente. Le lactate de fer, injecté en dissolution, même saturée, dans le sang, ne produit aucun accident et est complètement assimilé; tandis que le sulfate de fer, employé même à des doses très minimes, chemine dans tous les organes sans être assimilé et amène presque toujours la mort. Le même expérimentateur a constaté que le sulfate de fer se retrouve en entier dans les urines, mais que le lactate ne s'y montre point, preuve nouvelle de son assimilation.

En 1858, des expériences fort importantes ont été faites par une commission de l'Académie de médecine dans le but de déterminer l'action digestive du suc gastrique sur la fibrine en présence du fer. Il a été reconnu que certains sels de fer solubles sont absorbés sans être assimilés. De plus, la plupart des ferrugineux expérimentés doivent être considérés non seulement comme inefficaces, mais encore comme directement nuisibles, puisque, sur les neuf préparations soumises à l'expérimentation, six ont plus ou moins paralysé la digestion. L'action digestive du suc gastrique n'a pu se manifester d'une manière complète qu'en présence du lactate de fer. Le fer réduit et le pyrophosphate ont entravé cette action, sans toutefois l'arrêter complètement; mais il a fallu les donner à petites doses.

Le rapporteur de la commission, M. F. Boudet, s'exprimait en ces termes : « Les résultats obtenus avec le lactate, le tartrate et le citrate de fer, et le fer réduit, sont conformes à ceux que MM. Boudault et Corvisart avaient obtenus dans des expériences antérieures; ils montrent que le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal partage, avec des sels de fer dont l'efficacité est incontestable, comme le tartrate et le citrate, et avec le fer réduit lui-même, la propriété de paralyser l'action digestive du suc gastrique, et que le lactate de fer seul jouit d'une parfaite innocuité à cet égard. »

De ces expériences on peut conclure que les préparations ferrugineuses réellement efficaces qui se présentent au choix d'un praticien ne sont pas très nombreuses; et que le nom de *préparation ferrugineuse normale* peut rationnellement s'appliquer au lactate de fer ou Dragées de Gélis et Conté; car il paraît bien démontré aujourd'hui que le fer n'est assimilé qu'à l'état de lactate. Il est en cet état éminemment soluble et est assimilé sans l'intervention du suc gastrique, laquelle ne peut se produire qu'aux dépens de la digestion. Aussi son premier effet est-il d'augmenter l'appétit et d'activer les fonctions digestives.

« Ce sel, dit M. le professeur Gubler, n'ayant pas une saveur atramentaire très prononcée, n'exerce aucune action irritante sur la muqueuse gastrique, ce qui est un avantage pour l'emploi interne; mais, en revanche, il ne jouit pas des propriétés styptiques efficaces des sels de fer solubles à acides minéraux. Aussi n'est-il d'aucune utilité comme topique astringent; on s'en sert uniquement dans la médication tonique analeptique, dont il constitue, d'après Andral, Bouillaud, Bean, Rayer et d'autres médecins éminents, l'un des meilleurs agents chez les chlorotiques, les anémiques et les sujets épuisés. »

Un grand nombre d'observations prises dans les services de MM. les professeurs Andral, Bouillaud, Fouquier, Bally, Nonat, Bean, etc., démontrent l'efficacité des *Dragées et Pastilles de Gélis et Conté*, dans toutes les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang, comme la *chlorose* et l'*anémie*, l'*aménorrhée*, qui en est souvent la conséquence. Elles sont non moins efficaces pour aider au développement des jeunes filles et dans tous les cas où il faut ranimer les forces vitales, comme à la suite de longues maladies, d'abondantes saignées, etc.

Les déductions de la science aussi bien que l'expérience des faits s'accordent donc pour justifier la préférence que les médecins accordent à ces dragées sur toutes les autres préparations martiales.

(*Union médicale.*)

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies. A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 6 mars 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LE PROJET DE LOI SUR LES ALIÉNÉS. DE L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL. — SUR LA RÉSORCINE.

Le projet de loi sur les aliénés.

L'Académie de médecine a encore entendu, dans la dernière séance, un discours sur le projet de loi sur les aliénés; mais M. le professeur Ball n'a touché qu'un point de la question : celui que la nature de ses fonctions lui a rendu le plus familier; nous voulons dire l'enseignement de la pathologie mentale et la part qui devra être faite à cette partie de la science médicale dans les examens des Facultés. L'attitude de l'assistance pendant cette lecture a marqué le vif intérêt qu'elle y prenait.

Il est temps pour nous d'apprécier le grand débat qui vient de se dérouler devant l'Académie; c'est ce que nous ferons dans le prochain numéro.

— Après cette lecture l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre le rapport du même membre sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale. La liste de présentation est la suivante : *En première ligne*, M. le professeur Bouchard ; *en deuxième ligne*, M. Siredey ; *en troisième ligne*, M. Damaschino; *en quatrième ligne*, M. Cadet de Gassicourt; *en cinquième ligne*, M. Sanné.

De l'allaitement artificiel.

Les lecteurs de la *Gazette* n'ont pas oublié peut-être quelques articles relatifs à l'allaitement artificiel publiés dans ces dernières années. On cherchait, tout en réservant à l'allaitement maternel toutes ses prérogatives, à démontrer que l'allaitement artificiel bien dirigé pouvait donner des résultats très encourageants, et que la défaveur dont il était frappé était loin d'être méritée. On citait à ce propos de nombreux cas observés dans la clientèle civile, où ce mode d'allaitement, pratiqué avec soin et intelligence, avait parfaitement

FEUILLETON

Comment on devrait faire sa thèse.

(Suite. — Voyez le numéro 8.)

Les questions relatives à la pathologie générale chirurgicale n'ont pas seules le privilège de pouvoir être étudiées par la méthode bibliographique. On peut avoir utilement recours à celle-ci pour tous les sujets afférents aux diverses branches de la médecine. La plupart des thèses d'agrégation en sont des exemples, surtout celles de cette année, qui ne renferment qu'un petit nombre de faits inédits, mais qui sont des modèles d'analyse clinique ou d'histoire. C'est ainsi qu'on peut faire encore les travaux de statistique médicale ou chirurgicale ; que certaines affections ont pu être décrites exactement; que la valeur thérapeutique de certaines médications et opérations a pu être établie avec quelque certitude.

Sans doute, les recherches bibliographiques ne sont pas à la portée de tout le monde. Pour qu'elles aient quelque valeur, il faut toujours, on le sait, remonter à la source, lire soi-même le travail original dont on veut s'inspirer. Les analyses données par les *Journaux*, *Annales*, *Archives*, *Revues* en toutes langues, ne peuvent servir qu'à une chose : avertir le lecteur qu'à telle époque, dans tel recueil, a paru un travail sur tel sujet; mais on ne peut se fier entièrement à l'appréciation d'autrui pour établir son propre jugement sur ce travail: *Tot capita, quot sensus.* Chacun voit à sa manière, et tel point analysé en trois lignes serait justement celui sur lequel nous voudrions avoir les plus grands détails. Et encore faut-il tenir compte des imperfections de notre nature humaine, qui fait que nous voyons parfois dans un membre de phrase le contraire de ce que l'auteur a voulu y mettre.

Faute de lire soi-même un travail original, on s'expose à

réussi. Mais ces documents, tout personnels, n'avaient pas la valeur d'une statistique largement établie sur un grand nombre d'enfants et sur des résultats constatés pendant plusieurs années.

Un document important, qui nous a été communiqué il y a quelques jours seulement, vient combler à point cette lacune, et montrer tout le parti qu'on peut tirer de l'allaitement artificiel convenablement pratiqué.

Ce document est le *Recueil des procès-verbaux des séances du comité départemental du Calvados*, institué pour la protection des enfants du premier âge, année 1883.

Jetons d'abord un coup d'œil rétrospectif sur l'état de la question :

Dans la séance académique du 26 septembre 1882, M. le docteur Tarnier établissait que, sur 60814 enfants nés à Paris en 1881, 14571 avaient été envoyés en nourrice hors de la ville. Sur les 46243 restés à Paris, la mortalité a été, dans l'année, de 10180, soit 22 pour 100. Sur ces 10180 enfants, 5202 ont succombé à l'athrepsie, dont 3307 étaient nourris au biberon. Le biberon tuerait donc à Paris un tiers des enfants qui meurent en bas âge.

D'un autre côté, il résulte des études statistiques faites dans le Calvados sur la mortalité des nourrissons de moins d'un an élevés au sein ou au biberon que cette mortalité, dans la période de 1857 à 1866, atteignait le chiffre moyen de 18,40 pour 100.

Dans cette période, les deux tiers des enfants étaient élevés au sein.

En 1880, la mortalité tombe à 11,55.

En 1881, elle arrive à 10,22.

En 1882, elle arrive à 10,72.

Cette diminution de mortalité coïncide-t-elle avec un abandon relatif de l'élevage au biberon? Tout au contraire, il est établi qu'il s'agit d'enfants dont les dix-neuf vingtièmes ont été élevés au biberon.

Quelle intervention bienfaisante a pu faire ainsi baisser le chiffre de la mortalité?

La loi de protection de l'enfance, dite loi Roussel, promulguée en 1874, n'a reçu véritablement son application dans le Calvados que depuis 1880. C'est à elle qu'est due cette rapide modification dans la mortalité des enfants.

Il n'est que juste de dire qu'une partie de l'honneur du résultat obtenu revient à deux hommes qui se sont voués avec ardeur à cette œuvre philanthropique: M. Ch. Monod, préfet du Calvados, et M. Henri Lefort, inspecteur départemental. Mais il y a mieux.

Les chiffres que nous venons de citer, et qui montrent la diminution si rapide de la léthalité, s'appliquent à la totalité des enfants des départements, car tous ces enfants ne sont pas, naturellement, soumis à l'inspection.

Si l'on fait porter la statistique exclusivement sur les *enfants surveillés*, on arrive à ce résultat vraiment remarquable : que pour 1882 la mortalité est tombée à 5,49 pour 100! Or cette statistique porte sur 3367 enfants *placés chez des nourrices mercenaires*, âgés de moins de deux ans et dont les dix-neuf vingtièmes *ont été élevés au biberon*. De pareilles statistiques ne bouleversent-elles pas toutes les idées généralement reçues?

Ces chiffres défient toute contestation. Pour se rendre compte de ces résultats inattendus, il suffit de lire avec attention les procès-verbaux des séances où ils ont été divulgués. On y voit que jamais une surveillance aussi active et aussi éclairée n'a été jusqu'ici exercée sur les nourrices et sur les nourrissons. Les gras pâturages du Calvados offrent certainement pour l'allaitement artificiel un terrain d'élection; mais jamais pareils résultats n'avaient été constatés. Ils sont dus sans aucun doute aux visites incessantes des dames inspectrices et des inspecteurs, aux conseils éclairés prodigués aux nourrices sur les soins qu'elles doivent donner aux enfants, sur la nécessité d'employer des biberons convenables et de les maintenir dans un état de propreté parfaite, sur les qualités que doit présenter le lait employé, etc. Ces conseils sont appuyés par des punitions sévères, en cas de résistance : retrait d'enfants, procès-verbaux infligés aux nourrices, etc., mais soutenus aussi par d'abondantes récompenses attribuées à toutes les femmes qui se sont signalées par leur dévouement, leur docilité, leur intelligence et leur succès.

Nous aurons certainement à revenir sur toutes les questions soulevées par cette importante publication. Nous n'avons pas voulu attendre plus longtemps pour signaler des résultats qui nous semblent dès aujourd'hui complètement acquis :

1° Le bienfait évident de la loi de protection convenablement appliquée;

2° Le parti qu'on peut tirer de l'allaitement artificiel pratiqué dans de bonnes conditions, que nous avons déjà indiquées ailleurs et qui la rendent bien préférable à l'allaitement mal pratiqué par des nourrices éloignées, en dehors de toute surveillance. Répétons bien haut qu'il ne s'agit en aucune façon de faire échec à l'allaitement maternel, qui doit toujours et par-dessus tout être encouragé, même dans les cas

---

commettre mille erreurs dont j'ai déjà donné assez d'exemples pour n'avoir pas à en citer d'autres ici.

A la vérité on ne peut toujours consulter ce travail, ou parce qu'on ne peut se le procurer, ou parce qu'il est écrit dans une langue que l'on ne connaît pas. Mais alors il vaut mieux ne pas citer que de citer d'après autrui.

Plus nous allons et plus on écrit; plus les recueils, les travaux originaux, bons ou mauvais, se multiplient avec une rapidité effrayante. M. J. Billings, le savant bibliothécaire de Washington, a même dit à ce propos, en plaisantant bien entendu, que si nous continuons à aller de ce train, un jour viendra où nos bibliothèques seront de grandes villes, et où il faudra, pour cataloguer et ranger la production annuelle, faire appel à tous ceux qui ne seront pas occupés à écrire. Sans craindre que les choses en arrivent à cet excès, il n'en est pas moins vrai que si on ne prend pas un parti radical à l'égard de la bibliographie, il sera impossible dans quelque temps d'ici de s'y reconnaître, et de faire l'historique d'un point quelconque de la science médicale. Il faut que chacun se persuade bien qu'il est nécessaire de ne citer absolument que ce qu'il a lu lui-même, et de ne donner aucune indication bibliographique qu'il n'ait lui-même vérifiée. Ce faisant, on écrira moins, mais l'exactitude du travail en compensera largement la brièveté.

Les thèses de doctorat peuvent être très utiles à ce point de vue. Il faudrait qu'on se mît à faire la révision de l'histoire de la médecine, et ce travail, malgré sa minutie, est à la portée de tous les étudiants. Il n'est pas difficile de comparer une idée, une phrase, attribuées à quelqu'un, avec le texte original, de vérifier si l'indication bibliographique donnée est exacte, et de rectifier idée, texte et indication bibliographique en cas d'erreur. Une thèse qui ne renfermerait, avec la mention des erreurs commises antérieurement et relevées par l'auteur, que vingt pages de bonne bibliographie sur un sujet donné, aurait certainement une plus grande valeur que les huit dixièmes de celles qui enrichissent (?) chaque année

où il est notoirement insuffisant et où il convient de lui venir en aide sans le supprimer.

En attendant d'autres développements sur une question qui mérite toute notre sollicitude, qu'on retienne dès à présent cet admirable résultat acclamé par toute l'assistance à la distribution solennelle des récompenses, à Caen : « Sur 3367 enfants placés en nourrice, âgés de moins de deux ans et soumis en conséquence à la surveillance, dans le Calvados, la mortalité a été de 5,49 pour 100. »

Sur la résorcine.

PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES. — APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — POSOLOGIE.

La série chimique, dite *aromatique*, dans laquelle la thérapeutique moderne a trouvé depuis une vingtaine d'années de si merveilleux médicaments, l'acide phénique, l'acide salicylique particulièrement, vient encore d'enrichir notre matière médicale d'un agent important, parfaitement digne de l'attention des praticiens, la *résorcine*.

Découverte en 1860 par les chimistes viennois Hlassivetz et Barth, elle n'eut jusqu'en 1877 que des applications industrielles, rivalisant avec l'aniline pour la fabrication d'admirables couleurs tinctoriales.

A cette époque, Justus Andeer signala, en Allemagne, ses principales propriétés médicinales, qu'il considérait comme remarquables. Depuis lors, la résorcine est devenue en France et en Italie surtout, comme en Allemagne, l'objet de travaux importants que je signalerai chemin faisant.

Envisagée au point de vue chimique, la résorcine est un dioxydrylbenzol, et sa formule : $C^6H^6O^2$ est tout à fait voisine de celle de l'acide phénique : C^6H^6O, dont elle rappelle d'ailleurs beaucoup les propriétés physiologiques et médicinales.

Il me paraît inutile d'aller bien loin sur ce terrain de la chimie; je me borne à dire que notre résorcine médicale se présente sous la forme d'une poudre blanche formée de petits cristaux en aiguilles très fines, dont l'odeur un peu aromatique est insignifiante (au moins dans un bel échantillon que je possède), et la saveur franchement sucrée en petite masse. Elle est douée de phosphorescence.

Enfin, elle est très soluble dans l'eau : 95 pour 100 à la température ordinaire, et se dissout encore dans l'éther, l'alcool, la glycérine et la vaseline.

La solution aqueuse est neutre; elle brunit à l'air. Traitée par le perchlorure de fer, elle donne une belle couleur violette ou, si l'on a ajouté préalablement du sulfate de soude, une coloration grenat foncé.

Le médecin doit encore savoir que, comme l'acide phénique, elle coagule la fibrine et précipite l'albumine.

I

Les *effets physiologiques* ont été recherchés et bien décrits chez les animaux et chez l'homme par divers expérimentateurs : J. Andeer, Hippocrate Callias, Péradon, Brieger, Patella, Guaita.

Il résulte de leurs travaux que la résorcine est absolument toxique pour les organismes inférieurs qui produisent certaines fermentations et la putréfaction.

Sa solution à 1 pour 100 arrête, en effet, la *fermentation alcoolique* et s'oppose à son développement ultérieur (Brieger, H. Callias).

De même la solution à 2-5 pour 100 empêche la *fermentation lactique* et peut devenir un excellent liquide conservateur pour les pièces anatomiques, ce qui veut dire qu'elle *met obstacle à la putréfaction*.

En résumé, la résorcine est un *antifermentescible* et un *antiputride* d'une grande énergie.

Chez les *animaux supérieurs*, elle est douée d'une certaine toxicité, mais moindre, beaucoup moindre que celle de l'acide salicylique et de l'acide phénique, dont elle reproduit réellement trait pour trait la pharmaco-dynamie.

Il faut, en effet, d'après Callias, dépasser la dose élevée de 0,90 par kilogramme d'animal pour déterminer un empoisonnement rapidement mortel.

Les animaux sont pris alors de vertiges, d'affaissement, de mouvements convulsifs violents, surtout marqués dans la moitié supérieure du tronc. Leur respiration devient irrégulière, saccadée; la sensibilité générale disparaît et la mort arrive au bout d'une demi-heure dans le collapsus.

Si l'on opère avec des doses moitié moins fortes, on observe les accidents véritablement caractéristiques de l'empoisonnement par la résorcine, le *résorcisme*, si je puis m'exprimer ainsi, et qui consistent en attaques convulsives particulières, éclamptiques pour ainsi dire, lesquelles agitent tout le système musculaire de l'animal comme si on faisait passer à travers ce système de petites décharges électriques à

---

les collections de la Faculté. Mais qu'on ne craigne pas de se borner à une partie du sujet. Celui qui ne saura pas assez bien une langue étrangère, dans laquelle il aura à faire des recherches, devra laisser de côté les écrits sur cette langue et se contenter de chercher dans les idiomes qu'il connaît. S'il ne sait que le français, peu importe ; mieux vaut écrire peu et écrire juste, que s'exposer, en écrivant beaucoup, à ajouter de nouvelles erreurs à celles qui existaient déjà.

Je n'ose pas dire qu'il faille faire table rase de tout ce qu'on a écrit jusqu'ici ; mais j'ai rencontré dans mes recherches tant d'ouvrages dont la partie historique laissait beaucoup à désirer, que je ne verrais pas grand inconvénient à n'en retenir que la partie originale. Celle-ci ne l'est d'ailleurs assez souvent, dans l'esprit de l'auteur, que parce qu'il ne connaît pas ce qui a été fait avant lui. N'a-t-on pas dit à ce propos :

L'ignorance des uns fait le savoir des autres

D'autre part, un grand nombre de travaux sur divers points de la science médicale n'ont plus qu'un intérêt historique, et il ne serait pas inutile de mentionner cette particularité dans une bibliographie d'ensemble, ne serait-ce que pour éviter plus tard, à ceux qui seraient tentés de les lire, la perte de temps occasionnée par cette lecture.

Peut-être cette appréciation paraîtra-t-elle trop sévère, mais elle l'est encore moins que celle de M. Billings. Ce savant confrère (pour lequel l'épithète de savant n'est pas une vaine formule de politesse) disait récemment, et je suis tout à fait de son avis, que les mérites de la bibliographie devaient être jugés d'après : 1° son exactitude; 2° sa *complétitude* (1); 3° son absence de redondance ou de répétition; 4° sa forme. Et il examinait, d'après ces règles, la première page de la bibliographie de l'article Diabète, de M. Jaccoud,

(1) On chercherait en vain ce mot dans le *Dictionnaire de l'Académie;* je me risque à l'employer, parce qu'il traduit très bien le mot anglais *completeness*, qui n'a pas d'équivalent dans notre langue.

des intervalles plus ou moins rapprochés. Ces secousses se succèdent rapidement et durent un temps assez long : plusieurs heures.

En définitive, la résorcine est un *convulsivant*, non pas à la façon de la strychnine, mais dans un mode spécial, non pas tétanique, mais plutôt éclamptique, qui est exactement celui que P. Bert a observé à propos de l'acide phénique, et ce que j'ai vu moi-même et décrit (voy. *Archives gén. de Méd.*, 1871), d'après mes nombreuses expériences faites avec ce dernier médicament.

Les autres effets, beaucoup moins importants ou caractéristiques, observés sous l'action de la résorcine, peuvent se résumer de la façon suivante :

Elle trouble la respiration à dose élevée, la rendant anxieuse, irrégulière, rapide d'abord et lente ensuite ; accélère la circulation pour la ralentir plus tard et l'arrêter; abaisse enfin la calorification, le plus souvent. Assez rarement elle a causé l'hématurie (J. Andeer).

Quant aux *lésions* observées après la mort, elles n'ont absolument rien de caractéristique. Ce sont ces hyperhémies banales, communes dans un si grand nombre d'empoisonnements, qu'on note du côté des viscères : centres nerveux, poumons, foie et reins, etc.

Je n'insiste pas sur ces faits encore mal élucidés et j'aborde un point mieux connu de l'histoire de la résorcine, *son action chez l'homme.*

Deux expérimentateurs ont eu le courage de faire sur eux-mêmes non pas seulement des expériences simples, mais des essais dangereux, pour nous faire connaître l'action des doses fortes chez l'homme bien portant : J. Andeer et Péradon. La science leur est doublement redevable de semblables travaux.

Aux doses de 3 à 5 grammes par jour, le médicament ne donne lieu qu'à de légers bourdonnements d'oreille, sans autres symptômes.

A 10 grammes, pris en douze heures : douleur sourde de tête avec lourdeur, perte d'appétit.

Cette même dose, ingérée en six heures, produit de la dureté d'oreille, une expiration gémissante, des vertiges, de la lassitude, et ne modifierait ni la température (J. Andeer), ni le pouls.

Prise en deux heures, elle a plongé l'expérimentateur allemand dans un profond sommeil suivi d'un réveil normal. Ingérée en quinze minutes, elle lui a troublé la vue, l'ouïe, l'odorat et le goût, qui avaient considérablement perdu de leur puissance. Puis survinrent des hallucinations : J. Andeer se croyait plongé dans l'eau, et des convulsions assez fortes. Au bout de cinq heures, il était rétabli.

Péradon a éprouvé, de son côté, des accidents de même ordre. Il insiste avec raison sur la rougeur de la face, la transpiration plus ou moins profuse et l'*abaissement de la température* sous l'influence des doses assez élevées de résorcine.

En résumé, il faut noter chez l'homme parmi les principaux effets de cet agent, à la dose de 3 à 5 grammes, les vertiges, les bourdonnements d'oreille comparables à ceux que donnent la quinine et l'acide salicylique, les obnubilations de la vue, l'affaiblissement de l'ouïe, de l'odorat et du goût, les hallucinations, parfois un peu de délire, le ralentissement du pouls, et surtout d'une façon certaine et constante l'*abaissement de la température*, comme le prouvent toutes les observations françaises.

Et si l'on pousse un peu plus loin les doses, qu'on atteigne 7 à 10 grammes d'un coup, il survient du tremblement général, de l'altération profonde des traits, de la cyanose des mains, de la réfrigération, une poussée sudorale froide et une perte complète de connaissance pouvant durer plusieurs heures.

W. Murrel a même été fort inquiet de l'état présenté par une jeune fille qui avait ingéré à la fois près de 8 grammes de résorcine. Elle était sans connaissance, avait les extrémités glacées, le corps couvert de sueur, le pouls à peine perceptible, la respiration rare, offrait de l'insensibilité et du trismus, et ne fut tirée qu'assez difficilement de cette triste situation.

Les *voies d'élimination* de la résorcine me paraissent mal connues. Tous les auteurs n'hésitent pas à dire qu'elle a pour émonctoire le rein, mais je cherche en vain les preuves de cette assertion dans leurs observations. Sans doute l'urine des sujets qui ont ingéré cette substance brunit plus ou moins après avoir été émise ; mais on ne parvient pas à déceler réellement la présence du médicament dans cette humeur, au moins à l'aide de ses réactifs ordinaires. Je me trompe. Du Bois Reymond a réussi dans une tentative de cet ordre ; en opérant sur 40 litres d'urine, il est arrivé à y trouver quelques traces du produit.

De sorte que je prévois qu'un expert serait fort embarrassé, dans un cas d'empoisonnement par la résorcine, de produire ce poison, à supposer que la dose ingérée eût été absorbée complètement. Il est probable d'ailleurs que la résorcine se décompose dans l'organisme.

---

dont j'avais parlé dans une de mes précédentes études (*Gaz. hebd.*, 1882, p. 542).

Pour l'exactitude des noms, des titres, des dates, etc., M. Billings signale dans cette page huit erreurs ; pour la *complétitude*, il montre que cette bibliographie ne renferme que cinq ouvrages antérieurs à 1800, alors que celle du travail de Renauldin, cité par M. Jaccoud, qui est censé l'avoir consulté, en contient trente, et que celle de Ploucquet, « que ne doit ignorer aucun bibliographe médical, » en cite un bien plus grand nombre encore.

Il n'y a ni redondance, ni répétition dans l'article de M. Jaccoud, mais la forme donnée aux indications est très mauvaise, dit M. Billings, parce qu'elles ne mentionnent ni le format de l'ouvrage, ce qui est un péché véniel, ni, ce qui est plus grave, le volume ni la page (*Medical bibliography*, Baltimore, 1883, p. 9).

Un mot encore sur la valeur des statistiques basées sur les recherches bibliographiques pures et simples.

Quand on a fait l'inventaire des faits publiés, à moins qu'on n'ait eu l'heureuse chance de tomber sur des statistiques intégrales, on peut dire : « Voilà ce que nous avons pu trouver. » Mais il ne faudrait pas se figurer que ce soit l'expression de la vérité.

Pour qu'une statistique puisse être considérée comme exacte, il faudrait : 1° que tous les faits observés fussent publiés ; 2° que tous les faits publiés fussent trouvés. Or la publication de tous les faits observés, c'est-à-dire celle des statistiques intégrales, était un mythe, il y a une dizaine d'années tout au plus. En France, on ne trouve encore que bien peu de chirurgiens qui aient publié les résultats complets de leur pratique, mais à l'étranger, en Allemagne et à Londres surtout, les statistiques intégrales de divers hôpitaux se trouvent soit dans les *Archiv. für klinische Chirurgie* de Langenbeck, soit dans les *Hospital Reports* de Londres. Malheureusement, les faits publiés *in extenso* sont un peu trop choisis, et tandis que dans les journaux à périodicité

Mode d'action. — Jusqu'à présent, il n'a pas été cherché expérimentalement. On a supposé que cet agent convulsivant impressionnait les centres nerveux, ce qui est très vague. J'ai démontré autrefois que l'acide phénique agissait presque exclusivement sur la moelle allongée. Or, comme la résorcine a les mêmes propriétés pharmaco-dynamiques, on peut supposer que son action est également bulbaire. Il y a là une lacune qui ne tardera pas à être comblée. En tout cas, il n'y a pas lieu d'invoquer un effet sur le sang, car cette humeur n'est pas modifiée lors de l'empoisonnement résorcinique.

II

Les *applications thérapeutiques* de la résorcine sont basées sur ses vertus antiseptiques et antithermiques; elles peuvent être rapprochées de celles de ses congénères médicamenteux de la série aromatique, l'acide phénique et l'acide salicylique particulièrement.

Comme ceux-ci, elle a été administrée dans certaines MALADIES INFECTIEUSES; c'était bien naturel.

Je citerai d'abord la *fièvre typhoïde.* Il s'agissait ici de combattre le principe infectieux de cette pyrexie et aussi l'hyperthermie des sujets. Les observations, peu nombreuses d'ailleurs, faites jusqu'à présent ne paraissent pas favorables au nouvel antiseptique, qui n'agit sur la température que d'une façon insuffisante et n'a d'autre effet évident que de désinfecter les selles des malades et d'améliorer chez eux l'état des premières voies (Péradon). Les doses administrées ont été de 5 à 6 grammes par jour, fractionnées.

Contre la *fièvre intermittente*, au contraire, la résorcine paraît avoir donné jusqu'ici des résultats tout à fait encourageants et dignes d'intérêt, à ce point que O. Kahler, de Prague, a pu dire qu'elle égalait la quinine comme médicament fébrifuge.

On compte aujourd'hui par centaines les guérisons de la fièvre intermittente, de tous les types, par la résorcine. Les observations récentes de Bassi, Righi, Lichtheim, Kahler, etc., ne laissent aucun doute à ce sujet.

Outre cet effet fébrifuge certain, le médicament a l'immense avantage de pouvoir être administré au début même de l'accès. Il est même nécessaire de choisir cette période, car si son action est rapide, elle s'épuise, par contre, aussi très rapidement. On donnera également une dose forte d'un coup, 3 grammes, par exemple (Lichtheim), de manière à frapper fort d'emblée, au risque de déterminer quelques troubles sensoriaux et des vertiges, accidents passagers. Par rapport à la quinine, la résorcine serait un fébrifuge à bon marché.

Contre la *diphthérie*, Justus Andeer se loue beaucoup de l'emploi de la poudre de résorcine, en applications locales lorsqu'il s'agit de l'angine couenneuse simple. Dans les cas plus graves, il prescrit, en outre, le médicament à l'intérieur. Sur 222 cas, il n'aurait jamais échoué, même une seule fois. Voilà une série bien heureuse et fort extraordinaire (voy. *Centralblatt für die Med.*, Wissen., 1882). Il me paraît inutile de discuter sur des chiffres et de rappeler ici qu'en matière de diphthérie les manières de voir en France et en Allemagne diffèrent très notablement; je propose simplement de poursuivre l'enquête commencée.

L'*érysipèle* a été combattu sans aucun succès par les préparations de résorcine à l'intérieur. En revanche, lorsqu'on a traité cette maladie par la méthode de Hueter, mais en remplaçant les injections hypodermiques phéniquées par celles de résorcine, les résultats ont été très satisfaisants, suivant Bogusch.

Ce médecin injectait donc sous la peau, sur tout le pourtour de la ligne érysipélateuse, une solution de résorcine à 5 pour 100, espaçant ses piqûres de 0,015, et il voyait la température fébrile baisser et la marche de l'érysipèle enrayée net.

Skibnewski, de Mojaisk, a fait des observations identiques (décembre 1882).

Dans le *choléra infantile*, la résorcine ne s'est pas montrée moins puissant remède, au dire de Totenhöfer, car sur 91 enfants traités par ce médicament 17 seulement auraient succombé, dont 3 à des accidents étrangers à la maladie. La mortalité n'est donc ici que de 15,4 pour 100, tandis que par les autres modes de traitement elle avait été de 34,4. Sous l'influence du médicament les vomissements cessent, les selles diminuent et la guérison ne tarde guère. On ne dépasse pas la dose de 9 à 30 centigrammes quand il s'agit de bébés de quelques mois, diluant le médicament dans 60 grammes d'infusion de camomille (*Breslauer aerztl. Zeitschrift*, 1881). Soltmann a fait des observations analogues.

Plus récemment (1883) un médecin brésilien, Moncorvo, qui s'est adonné avec beaucoup de talent aux recherches thérapeutiques, vient de proposer de traiter la *coqueluche* par la solution à 1 pour 100 de résorcine, simplement portée à l'aide d'un pinceau sur l'orifice glottique. En répétant cette

---

plus ou moins longue on ne voit guère que les succès et guérisons, les insuccès et les morts sont le plus souvent indiqués par un seul mot dans le tableau général des malades entrés dans les salles.

J'en ai fait la triste découverte à propos de la colotomie lombaire pratiquée pour remédier au cancer du rectum à Londres. Tandis que les chiffres généraux des observations publiées dans les journaux indiquaient une proportion d'environ 70 pour 100 de guérisons et de 30 pour 100 d'insuccès, les résultats fournis par les statistiques intégrales des *Hospital Reports* donnaient une proportion sensiblement contraire, c'est-à-dire environ 30 pour 100 de guérison et 70 pour 100 de morts.

Aussi n'ai-je pas cru devoir publier un travail qui m'avait pourtant demandé plus d'une année de recherches, mais dont les résultats m'ont semblé de nature à fournir des renseignements inexacts sur une opération encore très discutée par les chirurgiens les plus éminents.

En supposant même que tous les faits observés fussent publiés, et qu'on ait en main les recueils où ils se trouvent, ce n'est pas encore une raison pour qu'on puisse les y découvrir. Il n'est personne, ayant un peu l'habitude des recherches bibliographiques, qui n'ait remarqué maintes fois combien les tables des matières sont en général mal faites. Les titres des travaux, des observations sont mal rédigés, mal indiqués à la table, et une étude attentive de celle-ci n'empêche pas souvent ce qu'on cherche de passer inaperçu. J'ai raconté plus haut combien M. Ch. Leroux et moi avions eu de peine à trouver le travail de Pitre Aubinais, faute d'une table bien faite; voici un autre exemple du même genre.

M. Möller a publié dans un journal danois un fait de gastrostomie pour rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. Ce fait a été analysé dans la *Deutsche Klinik* de 1874, où je l'ai trouvé par le plus grand des hasards, le volume s'étant ouvert juste à la page 239, où l'observation était rapportée sous

application toutes les deux heures jour et nuit, la guérison est facilement obtenue, même dans les cas graves, en trois semaines ou un mois. Le médicament agit localement, suivant l'auteur, détruisant les micrococci qui foisonnent dans le larynx, et sont cause, selon lui, de la coqueluche.

Le *rhumatisme articulaire* ne devait pas échapper aux recherches thérapeutiques tentées avec la résorcine, ce succédané de l'acide salicylique, le médicament par excellence, selon moi, dans le traitement de cette cruelle maladie. Or, si les observations de Callias ont montré que la résorcine avait de certains avantages dans le rhumatisme, les faits publiés plus tard par Péradon ont prouvé que cette substance restait bien inférieure aux préparations salicyliques, qui triomphaient là où la résorcine venait d'échouer.

En terminant je citerai, afin qu'ils ne soient pas renouvelés, les essais tout à fait infructueux tentés avec le nouveau médicament dans la *tuberculose pulmonaire.*

Usages à l'extérieur. — A titre d'antiseptique puissant, les solutions de résorcine peuvent s'appliquer aux *pansements des plaies* putrides ou atoniques. Elles ont sur l'acide phénique et le thymol l'avantage d'être dépourvues d'odeur. Mais il n'y a pas lieu, je crois, comme on l'a dit, de remplacer l'acide phénique par la résorcine dans le pansement de Lister, précisément parce qu'elle est moins astringente que son congénère. Cette qualité négative, on la fait valoir à tort, puisque, selon la juste remarque du professeur Gosselin, les solutions phéniquées, dans la méthode listérienne, agissent sur les vaisseaux capillaires pour les oblitérer, en raison même de leurs propriétés astringentes et coagulantes du sang.

Quoi qu'il en soit, la résorcine me paraît être un utile topique contre les *ulcérations syphilitiques* (Bombin, Cattani, Dujardin-Beaumetz).

Et si, comme le disent Leblond et Fissiaux, elle est aussi efficace que l'iodoforme contre les *chancres mous,* les malades auront l'immense avantage d'être guéris rapidement sans avoir à subir l'odeur abominable de ce dernier médicament, d'une puissance merveilleuse contre les chancres.

Je me borne à citer, parmi les bonnes applications d'usage externe de la résorcine, l'emploi de sa solution à 6 pour 100 contre l'*orchite* (Bombin); à 2 pour 100 en injections dans la *blennorrhagie aiguë* ou *chronique* (Righi); à 1 1/2 pour 100 en collyre contre la *conjonctivite catarrhale;* puis encore ses usages importants dans les *maladies des oreilles* (Masini); contre l'*ozène* (Massei); dans la *blennorrhée ombilicale* (Gatchkowsky, 1833); dans le *catarrhe vésical* (J. Andeer), en injection vésicale : solution à 5 pour 100; dans la *vaginite,* en injection : solution à 2 pour 100.

Le *catarrhe de l'estomac* enfin est avantageusement modifié par les lavages à l'aide de la solution à 2 pour 100.

Dans cette affection, Righi s'est même bien trouvé de faire avaler aux patients de petites doses associées de 2 centigrammes à 0gr,50 de résorcine et de bicarbonate de soude toutes les deux heures. Je dois dire que, pour mon compte, j'ai prescrit, il y a déjà longtemps, avec les plus grands avantages, 2 grammes par jour de salicylate de soude à quelques sujets affectés de catarrhe gastrique.

III

Modes d'administration et doses. — La résorcine n'a aucune action irritante sur les muqueuses, qu'elle blanchit un peu à la façon du nitrate d'argent. On peut donc la donner en nature dans un cachet de pain azyme. Mais il est préférable, puisqu'en somme sa saveur est douce et n'a rien de désagréable, de la faire prendre en potion dissoute dans un véhicule aromatique, ou bien dans l'eau pure édulcorée avec un sirop aromatique : limon, menthe, etc. Les doses varient avec la nature du mal à traiter; je les ai indiquées à propos de chaque maladie en particulier. Je me borne à dire qu'elles sont de moins de 50 centigrammes pour les très jeunes enfants, de 3 à 10 grammes pour l'adulte, fractionnées.

Pour l'*usage externe,* le titre des solutions varie généralement de 2 à 5 pour 100, le véhicule pouvant être l'eau pure ou bien l'eau additionnée de glycérine, alcool, etc.

Souvent on se sert de la poudre en nature, à la façon des topiques pulvérulents.

On peut l'incorporer à l'axonge, à la vaseline, à la glycérine, pour en faire des pommades ou des glycérés au dixième.

Frédéric Reverdin a proposé d'associer l'acide phénique et la résorcine dans une combinaison qu'il appelle *phénorésorcine :* mélange de 67 grammes du premier, 33 de la seconde, qu'on fait fondre et additionne de 10 pour 100 d'eau. Cette préparation est miscible à l'eau en toutes proportions. Elle me paraît appelée à rendre des services en chirurgie comme topique.

Je conclus, en terminant cette courte étude, que la résorcine représente en *réduction* les propriétés diverses de l'acide salicylique et de l'acide phénique, mais que, si elle est moins puissante que ces précieux médicaments, elle est par

---

ce titre : *Vergiftung mit Schwefelsäure. Stenosis pylori. Gastrotomie* (empoisonnement par l'acide sulfurique, etc.).

A la table, elle se trouvait indiquée au mot *Vergiftung* (empoisonnement). Je l'avais vainement cherchée à *gastrostomie, rétrécissement, œsophage,* et j'avais depuis longtemps renoncé à la trouver, lorsqu'en voulant parcourir le volume pour autre chose, j'ouvris celui-ci à la bonne page.

L.-H. Petit.

(*A suivre.*)

Lister. — Le gouvernement anglais a conféré récemment au professeur Lister le titre de baronnet.

Légion d'honneur. — *Au grade de chevalier :* M. Ayme (Nicolas-Paul), médecin de 1re classe de la marine.

Récompenses honorifiques. — Par arrêté ministériel, les récompenses suivantes ont été décernées aux docteurs en médecine et pharmaciens dont les noms suivent, qui se sont signalés par leur participation active aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité pendant l'année 1881.

Médaille d'or. — M. le docteur Nivet (Puy-de-Dôme).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Lande (Gironde), Dubreuilh (Gironde), Thonion (Haute-Savoie), Fouquet (Morbihan), Jablonski (Vienne), et Dhuicque, pharmacien (Oise).

Médaille de bronze. — M. Grandin, pharmacien (Indre-et-Loire).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Chateau, ancien chef de clinique du professeur Rostan, et médecin consultant à la Bourboule; — de M. le docteur Pierre Lebled, décédé à Rochecorbon, le vendredi 22 février 1884, dans sa soixante-douzième année; — de M. François-Etienne Leroy, interne des hôpitaux de Nancy, élève du service de santé militaire; — de M. le docteur Marmy, ancien inspecteur des armées; — de M. le docteur Rapou (de Lyon); — et de M. le docteur Elisha Harris (d'Albany).

contre plus facile à manier et mérite par ses bonnes qualités de figurer dans notre matière médicale parmi nos médicaments importants.

Bibliographie. — Je citerai parmi les principaux travaux à consulter : *Justus Andeer*, Das resorcin als antisepticum, Kausticum und hemostaticum. Bern, 1878. — Einleitende Studien über das resorcin zur Einführung desselben in die praktische Medic. Wurzbourg, 1880. — Die Anwendung des resorcins bei Magenleiden Separat-Abdruck aus der Zeitschrift für klinische Med., Bd. II, Helft 2. 1880. — *Lichtheim*, Correspond. Blatter für Schewcizer Artzte, n° 14. 1880. — *Kahler*, Prager medicinische Wochenschrift. 1880. — *Totenhöfer*, Breslauer ärtzl. Zeitschrift. 1880. — *Soltmann*, id. — *H. Callias*, De la résorcine. Paris, 1881. — *Péradon*, Contrib. à l'étude phys. et thérap. de la résorcine (thèse de Paris, n° 217, 1882). — *Moncorvo*, De la nature de la coqueluche et de son traitement par la résorcine. Paris, 1883. — *Patella*, Gaz. med. ital. Prov. Venete, 1882. — *Guaita, Bassi, Masini, Massei, in* Lo Sperimentale, 1883, fasc. I, VIII, VIII et X.

Ernest Labbée.

TRAVAUX ORIGINAUX

Obstétrique.

Des kystes du petit bassin au point de vue de la dystocie, par M. Porak, accoucheur des hôpitaux.

(Suite. — Voyez le numéro 9.)

I

On peut rencontrer dans le petit bassin des kystes de différente nature. Les kystes de l'ovaire ou des annexes de l'utérus n'appartiennent pas en propre à cette région; ils ne nous intéressent qu'au point de vue de leur diagnostic. Les kystes des os se rencontrent presque exclusivement aux maxillaires; nous n'en connaissons aucun cas dans les os du pelvis. Certaines tumeurs des os, les tumeurs malignes, en particulier le sarcome, d'autres tumeurs, les chondromes et les myxomes sont susceptibles de se creuser de cavités. On est convenu de ne pas les considérer comme des kystes à proprement parler.

Les seules variétés de kystes que nous ayons à considérer sont donc les kystes hydatiques et les kystes du vagin.

Les kystes du vagin sont superficiels ou profonds; aucune confusion n'est possible à propos des kystes superficiels; mais, par contre, il n'y a pas de délimitation précise entre les kystes hydatiques et les kystes profonds; ceux-ci peuvent même ne pas appartenir au vagin. Les uns naissent du prolongement souvent élevé de la glande de Bartholin, d'autres peuvent prendre leur origine au-dessous de la muqueuse, absolument comme quelques kystes hydatiques issus du tissu cellulaire de la même région. Jusqu'à plus ample informé, on peut cependant considérer les kystes du vagin comme des kystes muqueux. Nous diviserons donc les kystes du petit bassin, pouvant mettre obstacle à l'accouchement, en kystes hydatiques et en kystes muqueux.

Nous reproduirons les faits épars dans les recueils scientifiques des cas de dystocie due aux kystes. Nous en ferons l'analyse la plus succincte pour ne pas donner à ce travail trop d'étendue. L'indication bibliographique exacte de ces observations permettra d'ailleurs de retrouver les originaux.

Les observations de kystes ayant mis obstacle à l'accouchement sont assez rares.

Le premier cas a été publié par Park dans les *Transactions médico-chirurgicales de Londres*, 1817 : nous en devons la connaissance à M. Charcot, qui en a traduit la relation dans son *Mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin* (*Gazette médicale*, 1852). Il s'agissait d'une femme dont le premier accouchement fut considérablement retardé par une tumeur située entre le rectum et le vagin, mais qui cependant se termina spontanément. A sa seconde grossesse, elle eut deux jumeaux, qui furent expulsés, le premier à quatre mois, le second à sept mois, sans grandes difficultés. Mais la grossesse suivante fut impossible; on dut inciser la tumeur; il s'en écoula un liquide séro-sanguinolent, et en même temps des *fragments membraneux ressemblant à des morceaux de tripes*. Le rétablissement fut lent. La malade eut plus tard des accouchements rendus difficiles par les cicatrices vicieuses du vagin, consécutives à l'opération qu'elle avait subie.

Roux, en 1828 (*Clinique des hôpitaux*, t. II, n° 46, et *Journal de médecine de Sédillot*, 1828, t. III, p. 287), cite une opération qu'il pratiqua à une femme de trente-huit ans pour une tumeur du vagin qu'il croyait solide. Dès qu'il l'eut incisée, il s'en écoula un liquide clair et des échinocoques; il dut enlever la membrane blanc-nacré du kyste. Cette femme avait eu huit ans auparavant un accouchement long et pénible, à la suite duquel sa santé fut satisfaisante pendant cinq ans; dans les trois années suivantes, elle se plaignait de difficulté de la miction et de constipation opiniâtre. Il est possible, mais non pas certain, que l'accouchement antérieur à l'opération a été rendu difficile par la présence de la tumeur existant peut-être déjà à ce moment.

Blot (*Comptes rendus de la Société de biologie*, avril 1859, et Neyret, thèse de Paris, 1863 : *Des kystes hydatiques du tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin*) présente à la Société de biologie un liquide provenant de la ponction par le vagin d'un kyste volumineux situé dans la cloison recto-vaginale, mettant obstacle à l'accouchement à terme d'une femme de vingt-quatre ans. Le travail, qui languissait depuis trois jours, se termina en vingt minutes après cette ponction par la naissance d'un enfant vivant. Le liquide était transparent, non coagulable par les acides, ne contenant cependant à l'examen microscopique que des globules huileux. La nature du liquide recueilli permet de penser qu'il s'agissait bien dans cette observation d'un kyste hydatique.

Guéniot (*Des grossesses compliquées*, in *Bulletin de thérapeutique*, 1866) rapporte le fait suivant : « Une femme de vingt-sept ans, à sa troisième grossesse, est à terme et en travail; elle n'avait souffert antérieurement d'aucun trouble : pas de constipation, miction facile, aucune gêne dans les rapports conjugaux. Il présentait une tumeur qui occupait la partie médiane de la cloison recto-vaginale, du milieu de cette cloison en bas, jusqu'à un point inaccessible en haut, plus volumineuse que le poing, régulièrement sphérique, repoussant les muqueuses restées indépendantes du vagin et du rectum, de consistance ferme, élastique, analogue à celle d'une vessie distendue, ni douloureuse, ni fluctuante, ni pulsatile. L'état de la mère et celui de l'enfant étaient satisfaisants. Après vingt-cinq heures de travail, on ponctionna la tumeur par le vagin, et il en sortit un liquide incolore et clair comme de l'eau de roche. La tumeur s'affaissa de moitié, et on put sentir sur la canule et au doigt un frémissement très accusé. On ponctionna de nouveau avec une canule à hydrocèle, et il n'en sortit rien. La canule était oblitérée par deux vésicules hydatiques qui, flottant dans l'eau, avaient le volume d'une aveline. On ne se décida à intervenir que trente-neuf heures après le début du travail. L'enfant se présentait en O. I. G. A. On fit une application de forceps, et on obtint un garçon bien constitué et bien portant. Les suites de couches furent normales. »

Dans les traités classiques, en France, on ne trouve aucune mention détaillée sur cette cause de dystocie. Mme Lachapelle (*Mémoires sur les accouchements*, 1825, t. III, p. 309), et presque dans les mêmes termes A. Dugès (*Manuel d'obstétrique*, 1830), disent cependant que les tumeurs fibreuses,

polypeuses, *hydatiques*, squirrheuses et syphilitiques, peuvent mettre obstacle à la sortie de l'enfant; mais aucune des observations rapportées par Mme Lachapelle dans ses *Mémoires* ne s'adresse à cette cause de dystocie. Cazeaux (*Traité théorique et pratique des accouchements*) cite, d'après Meier (?), l'observation d'un accouchement rendu impossible par un kyste du volume de la tête d'un enfant, situé entre l'utérus et la vessie (?).

Davaine (*Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques*, 2e édit., 1877) s'occupe de l'étude générale des kystes hydatiques du petit bassin sans s'étendre d'une façon spéciale sur les difficultés qu'ils peuvent occasionner au moment de l'accouchement. Il rappelle cependant les observations de Park, de Roux et de Blot. Schrœder, dans son *Lehrbuch der Geburtshülfe*, 1874, cite les observations de kystes hydatiques connues au moment de la publication de son livre.

Puchelt (*Commentatio de tumoribus in pelvi partum impedientibus*, 1840, p. 213) mentionne, chez une femme de trente et un ans, l'arrêt du travail depuis trois jours par une tumeur s'étendant du coccyx au promontoire et d'un os iliaque à l'autre, occupant une place assez importante de l'excavation pelvienne pour qu'on ne puisse atteindre le col qu'avec peine. On crut qu'il s'agissait d'une tumeur solide, et on pratiqua l'opération césarienne. Mort de la mère quarante heures après l'opération. A l'autopsie, on trouva cinq tumeurs hydatiques qui pesaient ensemble 15 livres. Quatre de ces tumeurs siégeaient dans la cavité abdominale : une dans la région hypogastrique, deux dans la région qu'occupent habituellement les trompes et les ovaires, une contre l'utérus. La cinquième tumeur occupait l'excavation pelvienne; elle avait contracté une union si intime avec le rectum, le vagin, le col et le corps de l'utérus, qu'il eût été impossible de l'en séparer sans déchirer ces organes. Ce fait serait rapporté par Meyer dans le *Museum de médecine de la Société suisse des médecins et des chirurgiens* (vol. II, 15, p. 211) (?). Serait-ce cette observation à laquelle Cazeaux fait allusion?

Birnbaum (*Monatschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten*, t. XXIV, p. 428) relate l'observation d'une femme enceinte pour la troisième fois. Arrivée au troisième mois de sa grossesse, présentant à gauche de l'utérus une tumeur volumineuse, irrégulière, semblant prendre naissance de l'union osseuse pubio-iliaque, s'étendant dans la cavité abdominale; à droite de l'utérus, une autre tumeur ronde, régulière, nettement indépendante de l'utérus, occupant toute la concavité sacrée et la plus grande partie de l'excavation pelvienne, du volume d'une tête de fœtus. L'utérus est en rétroflexion, le col étant fortement porté en avant, contre la symphyse du pubis. Le travail survient prématurément dans le courant du septième mois. La tumeur occupait une si grande partie de l'excavation pelvienne, qu'il était difficile d'atteindre le col de l'utérus. Les tentatives de réduction de la tumeur ayant échoué, le travail ayant duré vingt-quatre heures, on se décida à ponctionner le kyste : issue de sang noir et de liquide séro-sanguinolent. La tête de l'enfant s'engage après cette opération. Application de forceps et extraction d'un enfant de 5 livres 1/2. Accidents fébriles pendant les suites de couches, issue par l'urèthre de la membrane du kyste, dont l'expulsion fut suivie de l'issue d'autres kystes, soit immédiatement, soit les jours suivants. Le nombre des plus grosses hydatiques expulsées s'élevait bien à une quarantaine. Rétablissement lent de la mère; mais on constate encore des tumeurs appartenant probablement à des hydatides mortes.

Sadler (*Monatschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten*, t. XXV, p. 73) rapporte le cas d'une primipare de vingt et un ans, à terme, dont l'accouchement fut rendu impossible par une tumeur qui s'étendait du promontoire vers la symphyse du pubis. Le travail durait depuis deux jours au moins; on ne pouvait atteindre la partie fœtale. Comme on pensait qu'il s'agissait d'une tumeur solide, on pratiqua l'opération césarienne. L'enfant était à terme, mais mort. La mère succomba le lendemain. On reconnut à l'autopsie qu'il s'agissait d'une énorme tumeur hydatique qui occupait la région du foie et de là s'étendait derrière l'utérus, jusque dans l'excavation pelvienne. Sous l'influence de la pression qu'elle supportait, cette tumeur avait pris une dureté osseuse.

Wiener (*Ueber Echinococcus geschwülste des Beckens als geburtshinderniss in Archiv für Gynäk.*, 1877, t. II, p. 572) réunit six cas d'hydatides du bassin. Ce sont les cas de Park, de Roux, de Blot, de Puchelt, de Birnbaum et de Sadler; il y joint l'observation suivante, qui lui est personnelle. Il s'agit d'une primipare de vingt-six ans. Elle présente une tumeur dépassant la symphyse du pubis, à droite, qui avait le volume de deux fois le poing; elle était élastique et tendue; elle paraissait liée à l'utérus par un ligament court; pas de fluctuation. Le cul de-sac de Douglas était rempli par deux tumeurs élastiques, mais de consistance résistante et donnant l'impression de tumeurs solides : la gauche avait le volume du poing et la droite celui d'une pomme; elles paraissent dépasser en haut le promontoire; elles peuvent être réduites par les tentatives pratiquées par le vaginou par le rectum. Le col de l'utérus est repoussé au-dessus du détroit supérieur, on ne peut l'atteindre qu'avec deux doigts. La partie fœtale se présente en O. I. G. T. Après seize heures de travail, on ponctionne à travers le rectum la tumeur située à gauche; il s'en écoule 200 grammes d'un liquide trouble et jaune. On ponctionne la tumeur droite à travers le vagin, et on obtient l'issue d'un liquide présentant les mêmes caractères. Ces tumeurs ne furent plus reconnaissables à la palpation. On rompt la poche des eaux, et le liquide amniotique qui en sort est fortement teint par le méconium. La tête du fœtus s'applique assez solidement contre le détroit supérieur. Le lendemain, après vingt-deux heures de travail, la tête est engagée dans l'excavation pelvienne, mais l'enfant est mort. On procède alors à la perforation du crâne et à l'extraction de l'enfant à l'aide du cranioclaste. L'opération fut difficile. Le lendemain, la femme succombait avec les signes d'une péritonite aiguë. L'autopsie permit de constater l'existence de nombreux échinocoques ayant jusqu'au volume d'une tête d'enfant, situés en avant, sur les côtés et en arrière de l'utérus, dans l'épiploon; un échinocoque mort dans le foie. Adhérences nombreuses de l'utérus avec les parties voisines, la paroi abdominale et l'épiploon; lésions de la péritonite aiguë; déchirure du col utérin, latérale, gauche.

L'auteur fait suivre la relation des sept observations qu'il a réunies, de considérations intéressantes. Le mémoire de Wiener est le premier qui traite avec quelques détails la question de la dystocie causée par les kystes hydatiques du petit bassin. La symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette affection y sont étudiés avec soin.

Haussmann (*Ueber Echinococcus des Beckens. Archiv. für Gynäk.*, t. XII, p. 163) ajoute aux observations de Wiener trois autres cas. L'un ne doit pas être considéré comme authentique. Krappe rapporte que Finsen relate un cas de dystocie consécutive à un kyste hydatique du bassin. Nous n'avons rien trouvé de semblable dans le mémoire de Finsen. Les deux autres observations appartiennent à Pauls et à Küchenmeister.

Pauls (*Ein seltener Geburts hinderniss in Prussische medicinalzeitung*, IV, N. F. Berlin, 1861) cite le cas d'une femme de vingt-cinq ans qui était à sa deuxième grossesse. Son premier accouchement dut être terminé par une application de forceps; mais la fille qui naquit à la suite de cette intervention pesait 11 livres (?). Deux ans après, l'accouchement ne put être terminé malgré deux applications successives de forceps, quoique la présentation fût bonne. La tête était profondément engagée. Il existait sur la face postérieure du vagin une tumeur piriforme du volume d'une noix, située au-dessous de la tête, devenant convexe et plus résistante

pendant les tractions sur le forceps. La tumeur était beaucoup plus facilement reconnaissable par le toucher rectal. Pendant les tractions sur le forceps, on gratta avec l'ongle au niveau de la tumeur, et on déchira ainsi la paroi postérieure du vagin. Il s'échappa tout à coup une masse noirâtre, qui fit saillie en bas et apparut jusqu'à l'orifice vulvaire. Cette tumeur avait la forme d'un ballon de caoutchouc et le volume du poing d'un adulte; elle tenait encore par une partie amincie qui lui constituait comme une espèce de pédicule qu'on coupa entre deux ligatures préalablement posées. Dès lors, l'extraction d'une fille, qui était très pesante, n'offrit plus de difficultés. La section du kyste fit reconnaître qu'il contenait, au milieu d'un liquide noirâtre, des corps ronds assez nombreux, noirs ou plutôt gris clair, ayant le volume et l'apparence des œufs de caviar. Les couches furent normales. Les accouchements ultérieurs de cette femme furent faciles. Il n'y avait pas de tumeurs parasitaires en d'autres points de l'organisme.

L'observation de Küchenmeister (in *Birch-Hirschfeld, Lehrbuch der pathologische Anatomie*, Leipsig, 1877, p. 1156) est extrêmement curieuse; elle est malheureusement très courte. L'autopsie lui fit reconnaître que la cavité péritonéale était remplie de nombreux kystes d'échinocoques. L'un d'eux était solidement fixé à la paroi antérieure de l'utérus, au-dessus de l'orifice interne du col. Une de ses parties avait réduit par atrophie la paroi utérine à une mince lamelle, et faisait saillie en forme de tumeur dans la cavité de l'utérus. Le rétrécissement produit de cette façon constituait l'obstacle à l'accouchement. La femme était morte d'une rupture sous-séreuse de l'utérus, consécutive à une intervention obstétricale difficile.

Stadfeldt (*Labour obstructed by pelvic tumours*, in *The obstetrical Journal of Great Britain and Ireland*, 1879) ne s'occupe pas des kystes hydatides du petit bassin d'une façon spéciale; il relate cependant deux observations : l'une appartenant à Späth, p. 355; l'autre à Pintos Pasella, p. 282. Voici le résumé de ces deux observations :

Späth (*Ærtzliche Bericht der K. K. Gebär und Findelanstalt zur Wien*, 1864, p. 29) mentionne l'accouchement d'une femme de vingt-trois ans, rendu difficile par une tumeur occupant la partie supérieure de l'excavation pelvienne, à droite, au niveau du *concave pelvic angle*. Cette tumeur était ronde, dure, parce que quoique fluctuante elle était très tendue, immobile; elle emplissait l'excavation pelvienne au point qu'on ne pouvait introduire que deux doigts dans le vagin, du côté gauche de l'excavation pelvienne. On fit la ponction de la tumeur; il s'en écoula un liquide purulent où on reconnut la présence des crochets caractéristiques des échinocoques. La tumeur disparut après la ponction. Le travail se termina alors naturellement par la naissance d'un enfant vivant. A la sortie de la mère, la tumeur s'était reproduite; elle était longue et épaisse comme le pouce.

Pintos Pasella (in *Corradi dell' ostetricia in Italia*, p. 1524, Cagliari) rapporte un fait dont l'interprétation est difficile, et dont la nature hydatide ne nous semble pas certaine. Il s'agit d'une femme de vingt-quatre ans, boitant depuis quatre ans, qui eut un accouchement rendu difficile par la présence d'une tumeur du côté gauche du bassin. Les tentatives d'application de forceps et de craniotomie ne furent pas suivies de succès, et la femme succomba sans être délivrée, après soixante-deux heures de travail. A l'autopsie, on constata que la paroi utérine, à gauche et en bas, était amincie. La partie postérieure de l'acétabulum était enfoncée; il y avait une fracture de l'ischion, et la tête du fémur était déplacée; la branche horizontale du pubis était cariée et fracturée, mais les fragments étaient maintenus ensemble par du tissu fibreux. Toute la partie gauche de l'excavation correspondante à ces lésions était transformée en un sac présentant des fragments osseux et des cavités communiquant les unes avec les autres; il contenait du pus et des *hydatides*, mais pas de crochets. Des tumeurs hydatides semblables ont été trouvées à la face antérieure de l'ischion, du grand ligament sacro-sciatique gauche, et à la face antérieure du sacrum. S'il s'agit bien, dans ce cas, d'une tumeur hydatique, les lésions osseuses importantes qui sont indiquées, démontrent que l'hydatide s'est développée dans les os euxmêmes.

Freund fit une communication *in der Gynäkologischen Section der* 52 *Versammlung deutscher Naturforscher und Ærzte in Baden-Baden*, 19 septembre 1879, dont l'anal[illegible]op courte se trouve dans les *Archiv für Gynäk.*, 1880[illegible]V, p. 354 : *Ueber Echinococcus im weiblichen Becken*. Cet auteur observa à lui seul dix-huit cas d'hydatides du petit bassin, dix à l'autopsie, huit après la ponction. Cette importante collection de faits lui permit d'aborder un certain nombre de questions dont nous retiendrons les conclusions si autorisées. Nous regrettons seulement de ne pas pouvoir ajouter à nos cas les difficultés obstétricales que Freund a dû très probablement relever dans ses faits.

Brill (*Centralblatt für Gynäk.*, 1882, p. 399) cite le cas d'une femme de vingt-deux ans, en travail depuis trois jours. L'obstacle à l'accouchement était dû à la présence d'une tumeur occupant le cul-de-sac de Douglas, en rapport avec la lèvre postérieure du col. On dut pratiquer la perforation du crâne de l'enfant, et faire une application du cranioclaste pour délivrer la femme. Celle-ci fut très malade pendant ses couches, et le septième jour après son accouchement il y eut issue de tumeurs reconnues comme des échinocoques. La mère se rétablit.

Les faits précédents, au nombre de seize, consistent en kystes hydatiques. La plupart de ces observations sont authentiques. Les faits suivants sont plus discutables : l'une des observations, celle de Mundé, doit être classée parmi les kystes muqueux; c'est le seul cas de cet ordre que nous ayons trouvé.

Il y aurait lieu de discuter la valeur de quelques observations rapportées par Lever (*On pelvic tumors obstructing parturition* in *Guy's Hospital reports*, avril 1842) et par Rhamsbotham (*Practical midwifery*, 2e édit., 1842), et avant ces auteurs par Merriman (in *Bulletins de la Faculté de médecine*, 1820, n° 5, p. 150, dans un Rapport de Béclard à propos d'une observation de Morcau). Mais il est impossible d'établir d'une façon suffisamment nette le diagnostic rétrospectif des tumeurs dont il s'agit dans ces différents mémoires.

Nous en dirons autant de la trop courte note qu'Hardwicke accorde à la relation d'une observation qui lui est personnelle dans *The Lancet* (1863, march 21).

L'observation suivante, où il s'agit d'un kyste muqueux du vagin, nous intéresse. Elle a été publiée par Mundé, dans *The american Journ. of obstetrics* (vol. X, p. 673). Il s'agit d'une femme de trente-six ans, enceinte pour la neuvième fois. Sa dernière grossesse s'est terminée prématurément à sept mois, et les trois grossesses précédentes avaient abouti à l'accouchement d'enfant présentant le siège et qui étaient morts. Pendant le cours de sa neuvième grossesse, cette femme avait constaté la présence d'une tumeur vaginale siégeant à la partie antérieure, ayant le volume d'une petite orange, fluctuante, ne jouissant que très peu de mobilité, et pouvant être confondue avec une cystocèle. Cette tumeur était à peine apparente avant la grossesse, s'était depuis développée considérablement, au point d'oblitérer presque complètement le conduit vaginal. Une ponction n'avait pas amené la guérison de ce kyste, et Mundé se décida à en tenter l'énucléation. Il ne put y réussir, car pendant la dissection de la tumeur la membrane mince du kyste se rompit et laissa écouler un liquide clair et *glutineux*. On dut enlever la plus grande partie de la poche, laisser suppurer la partie qu'on était obligé d'abandonner. On badigeonna la paroi non enlevée du kyste avec de la teinture d'iode. La guérison fut

obtenue au bout de quelques semaines, et l'accouchement eut lieu à terme. Dans cette observation, la nature du liquide contenu dans le kyste, l'absence de membrane hydatique et adventice semblent bien indiquer qu'il s'agissait d'un kyste muqueux.

On ne peut manquer d'être frappé à la lecture des observations précédentes, de la confusion des auteurs au sujet des dénominations des différentes parties qui entrent dans la constitution du kyste hydatique. Nous croyons qu'il est indispensable de rappeler les termes précis qui désignent ces parties.

Le scolex du *Tænia echinococcus* ou *hydatide* [illegible] en se développant au milieu des tissus une inflammation périphérique qui aboutit à la production d'une membrane appelée *membrane adventive* ou *adventice de l'hydatide*. Hydatide et membrane adventice constituent le *kyste hydatique*.

L'hydatide se présente sous la forme d'une membrane creuse, d'apparence fibrineuse, striée, contenant un liquide ayant des caractères physiques et chimiques très caractéristiques; elle se hérisse ordinairement à sa face interne d'un très grand nombre de têtes pourvues de ventouses et de crochets, analogues à la tête du *Tænia echinococcus*. Ces têtes et ces crochets peuvent tomber et être trouvés dans le liquide contenu dans l'hydatide; elles portent le nom d'*échinocoques*. Lorsque l'hydatide est dépourvue d'échinocoques, elle est désignée sous le nom d'*acéphalocyste*. Enfin, dans l'intérieur de l'hydatide, qui porte alors le nom d'*hydatide* ou de *vésicule mère*, peuvent se trouver d'autres hydatides présentant les mêmes caractères que ceux indiqués plus haut : ce sont les *hydatides* ou les *vésicules filles*. Ces hydatides de seconde génération peuvent contenir elles-mêmes des hydatides de troisième génération.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

NOUVELLE COMMUNICATION SUR LA RAGE, par M. *Pasteur*, avec la collaboration de MM. *Chamberland* et *Roux*. (Voy. *Gazette hebdomadaire*, n° 9, p. 133 et 139.)

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA RAGE : 1° LES OISEAUX CONTRACTENT LA RAGE; 2° ILS GUÉRISSENT SPONTANÉMENT. Note de M. *P. Gibier*. — Malgré quelques cas rapportés dans la science, on n'admet pas aujourd'hui que les oiseaux puissent contracter la rage. L'auteur eut l'idée que ces animaux contractent peut-être la rage, mais que, en raison de l'insensibilité relative bien connue de leur système cérébro-spinal, ou par une autre cause à rechercher, le microbe de la rage peut évoluer, subir toutes ses phases dans la substance nerveuse de ces animaux et être éliminé avant d'avoir produit des troubles incompatibles avec la vie. Il inocula, à travers les parois du crâne, un coq et un pigeon avec une goutte d'eau distillée fraîchement bouillie, tenant en suspension de la matière cérébrale rabique. Les symptômes pathologiques qui suivirent cette inoculation furent peu accentués, surtout chez le coq, et ils auraient pu passer inaperçus pour un œil non prévenu. Cependant des parcelles du cerveau de ces animaux inoculées à des rats leur communiquèrent la rage. L'auteur affirme avoir trouvé chez le coq et le pigeon le micrococcus rabique.

« Ainsi donc, ajoute l'auteur, voilà des expériences qui témoignent qu'une maladie jusqu'à présent réputée incurable peut guérir spontanément chez une classe d'animaux. N'a-t-on pas le droit d'espérer que, si l'on parvient à saisir le déterminisme de ce fait, dont on comprendra toute l'importance, on ne soit conduit un jour à une thérapeutique rationnelle de la rage et à sa guérison? C'est une induction qui me paraît légitime. »

SUR LA RÉACTION ÉLECTRIQUE DES NERFS SENSITIFS DE LA PEAU CHEZ LES ATAXIQUES. Note de M. *M. Mendelssohn* (de Pétersbourg).

Sur vingt et une malades atteintes des troubles de la sensibilité, neuf ont présenté une réaction électrique anormale des nerfs sensitifs, consistant en ce que, chez toutes, la sensation anodique à la fermeture prévalait de beaucoup sur celle qui était observée à la fermeture du cathode (AnSE > KaSE). A l'ouverture, la sensation produite par l'anode était égale à celle du cathode; deux de ces malades seulement ne percevaient aucune sensation à l'ouverture du cathode ni à celle de l'anode, même quand l'excitation a été faite avec la plus grande intensité du courant employé (60 éléments de Gaiffe). Chez trois de ces malades, l'intensité moyenne du courant électrique (35 éléments) ne provoquait qu'une seule sensation, celle de la fermeture de l'anode. Toutes les autres sensations nécessitaient une augmentation considérable de l'intensité du courant. En outre, j'ai pu m'assurer maintes fois que, non seulement l'intensité, mais aussi la qualité de la sensation anodique (à la fermeture), différait tout à fait de celle qu'on obtenait au cathode. Ainsi l'excitation de la fermeture de l'anode a été perçue par la malade comme une brûlure, alors que l'excitation avec la fermeture du cathode lui faisait l'impression d'un picotement (d'après l'expression même de la malade). Aussi les autres troubles de la sensibilité, comme le retard dans la transmission des impressions sensitives, une trop longue persistance de la sensation, etc., s'observaient surtout, et d'une façon plus nette, pendant l'excitation avec la fermeture de l'anode dans le cas d'une prévalence de la sensation anodique.

DU TRAITEMENT DE L'ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES PAR L'ÉLECTRICITÉ. Note de MM. *Moncorvo* et *Silva Araujo*. — A l'occasion de la première communication des auteurs à l'Académie, le 19 avril 1881, au sujet du traitement de l'éléphantiasis des Arabes par l'emploi de l'électricité, M. le professeur Gosselin, qui avait eu l'obligeance de la présenter en leur nom, a été alors chargé de leur demander des renseignements sur la persistance du résultat obtenu chez les malades guéris par ce moyen thérapeutique. Les auteurs sont, disent-ils, « heureux de confirmer, dans cette troisième Note, les conclusions des précédentes, en ajoutant que la guérison s'est maintenue jusqu'ici chez les malades que nous avons soignés par notre procédé thérapeutique ».

SUR LE VENIN DES BATRACIENS, par M. *G. Calmels*. — Il s'agit seulement de la composition chimique des venins. Le poison du crapaud contient une petite quantité de la méthylcarbylamine de M. A. Gautier, $C{=}Az\text{-}CH^3$, à laquelle il doit une partie de son odeur et de ses propriétés toxiques; mais il contient surtout l'acide méthylcarbylamine, carbonique ou isocyanacétique non encore décrit, $C = Az, CH^2\text{-}CO, OH$, acide dont la présence explique la formation de la méthylcarbylamine.

Chez le triton crêté, l'acide correspondant existe sous une forme extrêmement remarquable. Au microscope, le venin contient une foule de globules histologiquement constitués comme les globules du lait, possédant une enveloppe albumineuse adhérant à leur surface, mais différant de ces globules en ce que l'eau pure les fait immédiatement éclater. Ce composé, extrait chimiquement, a la constitution d'un glycéride mixte, extrêmement instable en présence de l'eau et se scindant alors en dioléine et un acide nouveau. L'auteur appelle *pseudo-lécithines* ce genre de composés, dont on reconnaîtra l'importance en sachant que le venin des batraciens abonde en cristaux de MM. Charcot et Vulpian, qui représentent, comme on le sait depuis le travail de Schreiner, le phosphate de la base $C^2\text{-}H^5\text{-}Az$.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 4 MARS 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ALPHONSE GUÉRIN.

M. le docteur *Senut* envoie un mémoire sur les vaccinations et revaccinations qu'il a pratiquées en 1883 au 144e régiment de ligne. (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *Cousot* (de Bruxelles) adresse un mémoire *sur la diphthérie et son traitement.* (*Commission du Prix Saint-Paul de 1884.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° le tome II des *Mittheilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte ;* 2° au nom de M. le docteur *Levieux* (de Bordeaux), une brochure *sur les relations de la pleurésie avec les affections organiques du cœur.*

M. *Jules Guérin* offre : 1° de la part de M. le docteur *W. Hunter*, son *Rapport général sur l'épidémie de choléra en Égypte en 1883 ;* 2° au nom de M. le docteur *Bouisson* (de Montpellier), une *Étude historique et critique sur les difformités congénitales chez les monstres, le fœtus et l'enfant.*

M. *Dujardin-Beaumetz* présente une Note manuscrite de M. le docteur *Haro*, *sur un appareil propre aux inhalations.*

M. *Chatin* fait hommage, de la part de M. le docteur *Antonin Bossu*, d'un *Manuel de botanique et des plantes médicinales* et dépose, au nom de M. *Léon Périer* (de Bordeaux), un nouvel *Uromètre.* (Cet appareil est soumis à l'examen de MM. Méhu et Chatin.)

Législation sur les aliénés. — M. le professeur *B. Ball* constate d'abord que la loi proposée est, avant tout, une œuvre de transaction et que, tout en réservant dans une certaine mesure les droits imprescriptibles de la science, elle accorde de larges concessions à l'opinion publique, qu'il importe de toujours respecter, même dans ses égarements. Il veut appeler seulement l'attention de l'Académie sur l'institution du concours à tous les degrés du personnel médical des asiles d'aliénés, et il considère, d'ailleurs, cette institution comme étant le complément nécessaire d'une bonne organisation de l'enseignement de la pathologie mentale. Actuellement, ce ne serait, d'après lui, que pour les quartiers d'hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière que le concours existe, quels qu'aient été à cet égard les réclamations des pouvoirs compétents et l'appui de l'opinion publique. Il est permis d'espérer qu'un vœu formel de l'Académie finira par faire décider une institution aussi nécessaire aux progrès de la médecine mentale qu'à la dignité et à l'indépendance du médecin. — M. Ball insiste ensuite sur l'importance à notre époque de l'enseignement de la psychiatrie et sur l'état d'insuffisance complète de cet enseignement; les médecins capables de porter, en médecine mentale, un diagnostic précis sont rares, et les examens démontrent que les étudiants sont le plus souvent ignorants de cette branche de la pathologie. Il serait désirable que tous les élèves fussent astreints à passer un examen relatif à la psychiatrie et qu'ils fussent tous amenés à faire un stage de quelques mois dans les services d'aliénés. Il ne serait pas moins désirable qu'il soit créé une catégorie de médecins spécialement investis du mandat d'aliéniste et dont les capacités seraient démontrées par leurs titres ou par des épreuves spéciales. — M. Ball signale enfin les inconvénients pour les médecins des asiles de la non-communication du dossier recueilli par l'administration, lorsqu'elle ordonne un placement d'office.

Sulfate de cuivre en obstétrique. — Lorsque M. le docteur *Charpentier* suppléa, l'année dernière, M. le professeur Depaul, à la clinique d'accouchement, il y avait eu, du 1er janvier au 15 juin, 12 morts par septicémie sur 397 accouchements. A partir de sa prise de possession du service, dans les quinze premiers jours, il n'y eut plus de mortalité, mais continuation de la morbidité avec formes atténuées, phlébites légères, etc., enfin, jusqu'au 15 octobre, on ne constata plus de morts, et sur 212 accouchements à peine quelques accidents légers et rares cédant à un ou deux jours de traitement. A quoi attribuer cette différence si heureuse dans les résultats ? C'est pour essayer de répondre à cette question que M. le docteur Charpentier donne lecture d'un mémoire sur l'emploi du sulfate de cuivre en obstétrique. On sait en effet quelle aversion M. Depaul avait pour l'usage des antiseptiques et des désinfectants; M. Charpentier s'empressa heureusement de modifier le régime du service, quels que fussent les obstacles apportés par les habitudes du personnel. Redoutant les inconvénients de l'acide phénique et du sublimé et instruit par les expériences de MM. Pasteur et Chamberland sur le sulfate de cuivre, il choisit ce dernier et en fit l'application générale à toutes les femmes, soit enceintes, soit en travail, soit accouchées. D'ailleurs il chargea MM. Doléris et Mayssiel de faire de nouvelles expériences; ces médecins introduisirent des morceaux de placenta dans des bocaux renfermant des solutions de sulfate de cuivre à divers titres ; les bocaux furent placés dans la salle d'autopsie et l'air de cette pièce fut agité de façon à mettre en mouvement les germes contenus. Or il arriva que : 1° la solution au 1000e arrêta la putréfaction pendant cinq jours dans ce milieu saturé d'organismes; 2° la solution au 500e produisit le même effet pendant treize jours; 3° les solutions au 250e, au 100e, au 50e, ne présentèrent jamais trace d'organismes vivants pendant les quatorze jours de l'expérience, alors que l'eau pure du sixième bocal était déjà remplie d'organismes au bout de quarante-huit heures; 4° enfin les corpuscules-germes ne furent rencontrés dans la solution au 500e qu'au bout de sept jours, et lorsque la macération putride était de trois centimètres cubes et demi. Ces mêmes corpuscules-germes apparurent dans la solution au 50e le huitième jour, mais jamais aucun de ces bocaux n'offrait au microscope, ni micrococci, ni bactéries, ni bacilles vivants. M. Charpentier résume ces expériences et ses observations cliniques, dans les propositions suivantes : 1° le sulfate de cuivre employé en solution au 100e est un antiseptique de premier ordre et qui peut rendre, en obstétrique, des services signalés; 2° absolument inoffensif pour les malades, d'un prix très modéré, d'un maniement facile, il joint aux avantages d'être un antiseptique très puissant ceux d'être un désinfectant pour ainsi dire instantané; 3° qu'il soit employé sous forme d'injection intravaginale ou d'injection intra-utérine, son innocuité est absolue; 4° le sulfate de cuivre jouit de propriétés astringentes et coagulantes telles, qu'il pourra peut-être un jour être substitué comme hémostatique au perchlorure de fer, sur lequel il a la supériorité de ne pas salir les plaies; 5° la solution employée doit être la solution au 100e, chauffée à une température de 36 à 38 degrés centigrades; 6° l'usage de la solution peut être continué pendant les huit ou dix premiers jours, à plusieurs reprises dans les vingt-quatre heures, sans que cela détermine chez les malades autre chose que de l'abaissement de la température, la diminution de la fréquence du pouls, c'est-à-dire une amélioration rapide et incontestable; 7° les chirurgiens ont tout intérêt à essayer cet antiseptique, qui, dans un certain nombre de circonstances et en particulier dans les cas de thrombus volumineux de la vulve, nous a permis d'obtenir la guérison et la réparation du foyer, sans une goutte de pus. Dans un cas d'abcès fétide de la cloison uréthro-vaginale, il a supprimé tout à la fois, du jour au lendemain, la fétidité et les symptômes généraux résultant de l'infection putride, alors que les solutions phéniquées avaient échoué.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Ball sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale. La liste des présentations est fixée ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Bouchard; en deuxième ligne, M. Siredey; en troisième ligne, M. Damaschino; en quatrième ligne, M. Cadet de Gassicourt; en cinquième ligne, M. Sanné.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Deux observations de taille hypogastrique. — Lithotritie pour les corps étrangers de la vessie chez l'homme; rapport : M. Monod.— Deux cas singuliers d'imperforation anale : M. Lannelongue. Discussion : MM. Marchand, Trélat, Verneuil. — Fracture du cou-de-pied, pièce pathologique : M. Verneuil. — Kyste de l'ovaire enclavé dans le ligament large; Ulcération de l'artère poplitée dans un foyer de suppuration : M. Torrillon.

M. *Verneuil* dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Laurent (de Montpézat), deux observations de taille hypogastrique, faites l'une chez une petite fille de trois ans, l'autre chez un jeune garçon de dix-sept ans. L'auteur, n'ayant pu employer le ballon de Petersen que dans le second cas, a pu juger des avantages de ce procédé. La taille chez le garçon a été remarquablement facile, tandis que chez la petite fille elle a été entourée des plus grandes difficultés.

— M. *Monod* lit un rapport sur un travail de M. Henriot, intitulé : *Application de la lithotritie au traitement des corps étrangers de la vessie chez l'homme.* Après avoir fait la critique des divers instruments employés jusqu'à ce jour pour l'extraction des corps étrangers, l'auteur rapporte une très intéressante observation, point de départ de son travail, dans laquelle une barrette d'acier de quatre centimètres de longueur sur un demi-centimètre de diamètre put être extraite de la vessie, lorsque *le lithotriteur l'eut débarrassée de la croûte calcaire* amassée peu à peu autour d'elle, à la suite de son long séjour dans le réservoir urinaire. Il rapproche de ce fait deux cas analogues, que lui a communiqués M. Guyon, et un autre fait de M. Després, publié dans les bulletins de la Société de chirurgie. L'emploi du lithotriteur pour briser l'enveloppe des corps étrangers anciens de la vessie peut donc être érigé en méthode générale de traitement, à condition bien entendu de ne s'appliquer qu'à des corps de petit volume susceptibles de sortir de la vessie une fois mis à nu et constitués de matière qui ne risque pas de se briser sous l'instrument et de former des fragments multiples pouvant blesser soit la vessie, soit l'urèthre. Cet accident est arrivé à Civiale, qui réduisit avec son brise-pierre une tige de verre en seize fragments. Autrefois presque tous les corps étrangers de la vessie, chez l'homme, étaient justiciables de la taille; depuis le perfectionnement instrumental cette pratique a perdu du terrain. Dans le travail bien connu de Denucé, on voit que, tandis que sur 120 cas de corps étrangers intravésicaux on fit autrefois 100 opérations de cystotomie, sur le même nombre de cas, depuis l'invention du brise-pierre, on ne fit qu'une vingtaine de tailles. En un mot la lithotritie dans le traitement des corps étrangers de la vessie doit tendre de plus en plus à remplacer la taille, comme elle l'a déjà fait pour les calculs.

— M. *Lannelongue* a eu occasion d'observer en quelques années deux faits de cloisonnement complet du calibre du rectum chez des nouveau-nés, fort intéressants au point de vue de la thérapeutique chirurgicale. Le premier de ces faits ne fut pas suivi de l'autopsie et l'interprétation en aurait été difficile, même impossible, si le second, ayant présenté absolument les mêmes phénomènes symptomatiques, n'était venu, grâce à l'examen des pièces anatomiques, donner l'explication des singulières constatations que l'on avait faites pendant la vie des petits malades. Voici d'abord l'histoire du deuxième enfant. Nouveau-né à terme, microcéphale avec des cheveux extrêmement abondants, bien conformé d'ailleurs, mais ayant une imperforation anale; du reste, enfant très vivace. L'anus extérieurement est bien conformé, mais une sonde de femme est arrêtée dans un cul-de-sac à trois centimètres de hauteur. Rien d'anormal du côté des voies génito-urinaires. Le doigt introduit dans l'anus n'éprouve aucune résistance, aucune sensation d'ampoule remplie de matière et pressant sur lui malgré les cris et les efforts du petit malade. Dans ces conditions, ne sachant à quelle hauteur se trouvait le rectum, M. Lannelongue fait sans aucune difficulté l'anus iliaque gauche. Tout va bien pendant six jours, au bout desquels l'enfant meurt. A l'autopsie on trouve des adhérences parfaites réunissant déjà l'intestin à la paroi abdominale, péritonite. Au niveau de la terminaison de l'S iliaque et du commencement du rectum, le calibre de l'intestin se rétrécit tout à coup et il n'existe plus qu'un tube étroit de la symphyse sacro-iliaque à l'anus, représentant en somme un rectum, mais un rectum à lumière très étroite. Cette portion de l'intestin est pourvue de toutes ses tuniques, mais sa cavité est isolée de la partie sus-jacente et sous-jacente (anus) du tube digestif par un opercule très mince, complet à chacune de ses extrémités. Cet opercule semble fermé par la muqueuse seule et une pression même faible avec un stylet aurait suffi pour l'effondrer. Les autres viscères abdominaux de cet enfant étaient normaux. (Quant au crâne, M. Lannelongue fait remarquer, en passant, que la suture bipariétale était ossifiée, que les os étaient très épais et que la boîte crânienne, aplatie dans le sens antéro-postérieur, avait la forme d'une carène; dans son intérieur on trouva une hydropisie ventriculaire considérable appliquant la substance nerveuse réduite à une mince lame sur la face interne des os. Enfin il insiste sur le développement des cheveux, fait qu'il a eu occasion d'observer déjà plusieurs fois sur ces crânes hypertrophiés). Le premier enfant dont M. Lannelongue croit devoir rapprocher l'histoire de celle du précédent a été observé par lui il y a trois ou quatre ans. Nouveau-né très vigoureux, présentant une imperforation anale sans indication de la hauteur du cul-de-sac rectal. L'anus iliaque est pratiqué avec succès, et une vingtaine de jours après, en introduisant une sonde de femme dans le bout inférieur de l'iliaque, on sentit quelque chose céder et la sonde put être introduite presque dans son entier. Aucun accident ne suivit cette exploration, dont le résultat n'avait pas laissé de surprendre. Le petit malade, extérieur à l'hôpital, fut ramené à la consultation pendant dix à quinze jours, puis on n'eut plus de ses nouvelles, d'où l'on peut conclure qu'il mourut.

Ces deux cas, en supposant que celui dont l'autopsie n'a pas été faite soit identique à l'autre, ne sont-ils pas instructifs au point de vue de la thérapeutique? Connaissant cette disposition, on aurait évidemment pu rétablir le cours des matières fécales, en effondrant les deux opercules soit par l'anus seul, soit à la fois par l'anus et l'orifice intestinal-artificiel. M. Lannelongue ne croit pas qu'il existe de disposition semblable signalée par les auteurs. Quant à l'explication tératologique, elle est assez difficile à expliquer par les données de l'embryologie.

M. *Marchand* a observé, il y a trois ans, un fait semblable. L'examen microscopique du canal intermédiaire à l'S iliaque et à l'anus montra que les tuniques musculeuses existaient bien, mais que la tunique muqueuse faisait défaut. Cela s'explique aisément, fait-il observer, puisque l'on sait que, tandis que les parois de l'intestin se développent aux dépens du feuillet moyen du blastoderme, sa muqueuse se développe aux dépens du feuillet interne.

M. *Trélat* dit que, d'une façon générale, il ne faut pas confondre l'arrêt de développement avec l'arrêt dans la formation. Un organe peut être absent, son développement n'ayant pas eu lieu, il peut être présent, mais incomplètement formé. C'est ainsi que pour le rectum on peut observer trois états tératologiques : l'intestin peut être éloigné de l'anus et rien ne les réunit l'un à l'autre; en second lieu l'anus et l'intestin peuvent être réunis par un tractus imperforé; en dernier lieu enfin ce tractus peut présenter une ébauche de perforation.

M. *Verneuil* pense qu'il ne faut pas toujours chercher dans

un vice du développement les dispositions tératologiques. Comme l'enfant et l'adulte, le fœtus est sujet à des maladies, et celles-ci peuvent engendrer les mêmes accidents. Or on observe parfois ces replis, ces valvules, ces opercules qui obstruent le calibre de l'intestin à la suite d'affections variées de ce canal; pourquoi ce qui se passe dans la vie extra-utérine ne se passerait-il pas pendant la vie intra-utérine?

M. *Lannelongue* serait d'autant plus disposé à admettre l'explication de M. Verneuil, qu'il a vu des nouveau-nés présentant des ulcérations de l'anus et du rectum.

— M. *Verneuil* présente une pièce pathologique d'une ancienne fracture du cou-de-pied consolidée, intéressante parce qu'elle donne l'explication des difficultés de la réduction. Il existe en effet un fragment intermédiaire en forme de coin, qui, s'interposant entre les deux fragments, s'oppose à la coaptation.

—M. *Terrillon* montre un kyste de l'ovaire provenant d'une femme, morte dans son service d'hémorrhagie cérébrale. On voit que le kyste, enclavé dans le ligament large, a contracté des adhérences avec l'utérus et les uretères. Cela vient corroborer les faits sur lesquels M. Terrillon a attiré l'attention de la Société l'année dernière. L'opération aurait été rendue extrêmement difficile par les adhérences à l'utérus et de plus on aurait été exposé, comme cela est déjà arrivé, à sectionner l'uretère. Un commencement d'hydronéphrose était chez cette malade le résultat de la compression.

— M. *Terrillon* présente une deuxième pièce. C'est une artère poplitée ulcérée par son séjour dans un foyer purulent, consécutif à une périostite phlegmoneuse diffuse. L'ulcération est bien spontanée, aucun corps étranger, ni os, ni drain, n'est venu déterminer la mortification de l'artère par son contact.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 1er MARS 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MATHIAS DUVAL, VICE-PRÉSIDENT.

Formation de l'hymen : M. Budin.— Phénomènes d'arrêt : M. Beaunis. — Phénomènes d'inversion et de substitution : M. François-Franck. — Acholie pigmentaire : MM. Hanot et A. Robin. — Mélanges titrés d'éther et d'air : M. P. Bert. — Rage chez les oiseaux : M. Gibier. — Sialorrhée réflexe : M. Gilles de la Tourette. — Contractures réflexes : M. Magnin.

M. *Budin* adresse une note contenant la rectification de quelques-unes des assertions émises au sujet de son précédent travail sur l'hymen, par M. Pozzi; il insiste notamment sur la multiplicité de ses dissections, sur la signification des préparations histologiques faites à son intention par M. de Sinéty, et sur l'importance de la continuité des colonnes anrieure et postérieure et des rides du vagin avec la face postérieure de l'hymen.

— M. *Beaunis* lit le résumé d'un important travail sur « les phénomènes d'arrêt ou d'inhibition qui se passent dans le système nerveux ». Il les ramène à un certain nombre de catégories dont voici les principales : 1° il peut y avoir interruption d'un mouvement commencé ou en cours d'exécution, que ce mouvement soit volontaire, automatique ou réflexe; 2° le mouvement en cours d'exécution peut, au lieu d'être interrompu tout à fait, être simplement affaibli dans son intensité, sa vitesse ou sa durée; 3° le mouvement n'est pas empêché, mais il peut être simplement retardé dans son apparition; 4° les actions d'arrêt peuvent empêcher un mouvement de se produire; 5° elles peuvent modifier la forme de la contraction; 6° elles peuvent diminuer l'excitabilité de la substance nerveuse; 7° il peut se produire, au lieu d'un raccourcissement, un allongement du muscle sous l'influence d'une excitation.

M. *François-Franck* fait ressortir le grand intérêt que présente le groupement des actions d'arrêt mises en séries par M. Beaunis, et demande que pour l'une d'entre elles, pour l'allongement initial d'un muscle produit par influence nerveuse, la preuve soit faite d'une façon absolument démonstrative, car il s'agirait là d'un phénomène de la plus grande importance théorique; il ajoute qu'il faut se garder d'attribuer au muscle lui-même ce qui peut n'être que le résultat d'un emploi défectueux des appareils amplificateurs.

M. *Beaunis* répond qu'il n'a point voulu parler d'une action directe du nerf sur un muscle volontaire, mais d'un phénomène central d'inhibition, observé dans des études sur les réflexes.

M. *Ch. Richet* ajoute qu'il a obtenu des élongations immédiates résultant directement de l'action du nerf moteur avec des excitations graduellement diminuées.

— M. *François-Franck*, à propos des faits étudiés par M. Beaunis, présente quelques remarques sur ce qu'il appelle les phénomènes d'*inversion* et de *substitution* des réactions : les premiers seraient caractérisés par la transformation d'une réaction motrice quelconque en une réaction inverse, sous l'influence de l'excitation directe ou réflexe d'un même nerf; les autres résulteraient de la substitution d'une réaction à une autre, plus habituelle, normale, et s'expliqueraient par la prédominance d'action accidentelle de filets nerveux, associés à leurs antagonistes dans le même tronc. Il s'occupe précisément de réunir les faits de ce genre, et en présentera prochainement une étude d'ensemble à la Société.

— MM. *Hanot* et *A. Robin* entretiennent la Société du cas d'acholie dont l'un d'eux (M. Hanot) a récemment parlé. L'examen des urines a fait constater l'existence de soufre incomplètement oxydé en quantité telle, qu'il est nécessaire d'admettre que l'acholie n'est que partielle, et que certains éléments de la bile, les taurocholates notamment, continuent à être versés dans l'intestin : les recherches de Lépine ont montré, en effet, que certaines formes du soufre qu'on rencontre dans l'urine dérivent de la taurine biliaire. Ce qui manque au malade dont M. Hanot a rapporté l'histoire, c'est la production de pigment biliaire : aussi les auteurs proposent-ils d'appeler cette forme d'acholie *acholie pigmentaire*.

— M. *P. Bert* envoie une note *sur les mélanges titrés d'éther et d'air*. Il a répété avec l'éther les expériences qu'il avait faites avec le chloroforme sur des chiens trachéotomisés, et donne les principales conclusions suivantes : « La respiration a toujours lentement diminué de nombre et d'amplitude et s'est toujours arrêtée avant la circulation; le nombre des battements du cœur n'a pas changé d'une manière notable, sauf dans la première expérience, quand la température n'a plus été que de 30 degrés; la phase d'agitation, chez des animaux trachéotomisés, a toujours été assez vive pendant cinq minutes environ. »

— M. *P. Gibier* communique les résultats de ses expériences sur la rage inoculée aux oiseaux; il arrive à conclure : 1° que les oiseaux contractent la rage; 2° qu'ils guérissent spontanément. Il a inoculé avec de la substance cérébrale rabique plusieurs volatiles, qui, après avoir présenté quelques accidents, guérirent cependant sans exception; des parcelles de leur cerveau contenaient le micrococcus décrit par l'auteur en 1883 comme spécial à la rage, et l'inoculation de ces parcelles à des rats produisit chez ces derniers tous les accidents de la rage, à laquelle ils succombèrent tous, du reste.

Les oiseaux peuvent donc contracter la rage; mais, chez eux, l'évolution du parasite s'accomplit sans provoquer d'accidents mortels, sous l'influence de conditions qui restent à déterminer.

— M. *Gilles de la Tourette* expose un fait de sialorrhée parotidienne réflexe produite par une névralgie de la branche auriculo-temporale, et donne le résultat de l'examen microscopique de la salive, dont la quantité s'est élevée jusqu'à 1200 grammes par jour. Il a pu constater, comme M. Ranvier, l'absence complète des cellules dites muqueuses; le liquide ne renfermait pas des cellules d'épithélium pavimenteux provenant des parois buccales; ce point a son importance au point de vue de la théorie de la formation de la salive aux dépens des éléments cellulaires propres de la glande.

— M. *Magnin*, étudiant les relations entre l'excitabilité de la peau et les réactions musculaires, a exécuté de nombreuses expériences, fort ingénieuses, sur des hystériques pour arriver à établir la nature de ces relations. Il a vu se produire la contracture localisée des muscles sous-jacents aux régions cutanées sensibles ou dans lesquelles on produisait le retour de la sensibilité par transfert; il a noté aussi que telle région de la peau, préalablement froide et facile à impressionner par la chaleur, devenait facilement le point de départ d'une contracture réflexe, quand on l'excitait avec un corps chaud, alors qu'aucune réaction ne se produisait avec un corps froid; la réciproque s'est rencontrée sur le même sujet avec la main opposée, qui était chaude. De telle sorte que, quand la malade se touchait les deux mains, elle était prise de contracture double, la main chaude impressionnant la froide et *vice versa*.

Errata. — Dans le précédent compte rendu (*Gaz. hebd.*, p. 145), 1re colonne, ligne 19, au lieu de : *injecté*, lisez : *infecté;* ligne 34, au lieu de : *modificateur*, lisez : *modérateur;* ligne 38, au lieu de : *excuse*, lisez : *lacune*.

Pathological Society of London (1).

SÉANCE DU 4 JANVIER 1884.

Calcul des voies pancréatiques et discussion sur la coïncidence des maladies du pancréas et du diabète. — Sarcome médullaire du crâne chez un enfant.

M. *Normann Morre* présente trois pièces anatomiques d'*obstruction du canal excréteur du pancréas*, provenant de malades qui pendant leur vie présentèrent, entre autres phénomènes, un symptôme prédominant et différent pour chacun d'eux : le premier offrit des signes de diabète, le second fut atteint d'une attaque de goutte avec détermination pleurale, le troisième présenta de l'ictère. Ce dernier symptôme s'explique aisément par la pièce anatomo-pathologique, qui montre que le canal cholédoque était oblitéré par la compression du tissu sclérosé de la glande pancréatique; la cirrhose du pancréas existait aussi dans les deux autres cas. L'examen microscopique fit constater dans les trois glandes une prolifération conjonctive considérable étouffant les acini glandulaires et l'origine des conduits excréteurs; lésions analogues à toutes celles que l'on observe d'une façon générale dans toutes les glandes à la suite de l'oblitération de leur canal d'excrétion. Si le processus anatomo-pathologique est facile à interpréter dans ces cas de calculs des voies pancréatiques, il n'en est pas de même de la relation existant entre les lésions de la glande et les symptômes cliniques. Aussi une discussion s'engage-t-elle sur le rapport qui existe entre les maladies du pancréas et le diabète. MM. Hadden, Mahomed, Goodhart et Hale White rapportent plusieurs faits observés par eux de lésions du pancréas trouvées à l'autopsie de diabétiques. Un fait sur lequel insiste le docteur Moore, c'est la constance du symptôme vomissement qu'il a constaté chez ses trois malades, constance telle qu'il est disposé à en faire un signe des maladies du pancréas, lorsqu'aucune autre cause ne peut l'expliquer.

— M. *Bowreman Jesset* présente un *sarcome médullaire du crâne*, provenant d'un enfant âgé de neuf mois et n'ayant déterminé pendant la vie aucune espèces de symptôme fonctionnel. Discutant l'origine du néoplasme, la plupart des membres présents sont d'avis que le point de départ doit en être placé dans les méninges, ce qui rendrait parfaitement compte de l'absence de symptômes fonctionnels.

(1) Nous n'avons pas l'intention de rendre un compte régulier et complet des sociétés étrangères, mais seulement de résumer ceux de leurs travaux qui nous auront paru les plus dignes d'être signalés. (*La Rédaction.*)

SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1884.

Dégénérescence fibreuse du cœur. — Crétinisme sporadique.

M. *Hale White* lit un travail sur la *dégénérescence fibreuse du cœur*, lésion que Hilton Fagge signala le premier en Angleterre, il y a une dizaine d'années. Depuis cette époque, neuf cas de mort subite, inexplicables par aucune autre lésion que cette dégénérescence du cœur, ont été observés à Guy's hospital. L'auteur fait jouer un rôle important à la syphilis dans l'étiologie de cette lésion et il insiste particulièrement sur l'absence de tous phénomènes symptomatiques.

— MM. *Bowlley, Thomas, Barlow* et *Sutton* lisent chacun un travail sur le *crétinisme sporadique* avec pièces pathologiques à l'appui. Ces faits, au nombre de six, ont tous été observés chez des nouveau-nés; ils se ressemblent par les traits généraux, consistant en arrêt de développement du squelette, dont les lignes juxta-épiphysaires sont occupées par un tissu conjonctif n'ayant aucune tendance à l'ossification et dans des épaisisssements du tissu cellulaire sous-cutané; dans aucun cas on ne constata de développement anormal du corps thyroïde, qui même était absent chez un de ces fœtus. La distinction anatomique entre le crétinisme et le myxœdème est examinée par M. Bowlby, tandis que M. Barlow s'attache à montrer la différence qui existe entre le spécimen de crétin qu'il présente et les rachitiques.

Royal medical and chirurgical Society.

SÉANCE DU 8 JANVIER 1884.

Traitement direct de la carie vertébrale.

Toute la séance est occupée par la lecture et la discussion d'un mémoire de M. le docteur *Trèves* sur le *traitement direct de la carie vertébrale* par l'intervention chirurgicale. Pour le chirurgien, la gravité de cette affection ne dépend pas de la nature spécifique du processus inflammatoire, mais de son siège dans la profondeur de parties regardées comme inaccessibles; il est du plus grand intérêt d'aller de bonne heure à la recherche de la vertèbre malade, de l'explorer avec soin, d'enlever toutes les parties dégénérées, évacuant les abcès, raclant leurs parois de façon à supprimer tout ce qui entretient la suppuration et menace de retentir sur les nerfs et la moelle. Le traitement qu'il préconise est applicable aux vertèbres lombaires, et même aux dernières dorsales, au moyen d'un manuel opératoire décrit par l'auteur. Trois fois M. Trèves a pratiqué cette opération et trois fois il a eu lieu de s'en louer. M. Barvell fait remarquer qu'il faudrait d'abord reconnaître ces lésions du mal vertébral au début et ce n'est pas sur quelques signes vagues de carie vertébrale, qu'on ira en l'absence des abcès symptomatiques exposer les malades aux chances d'une opération aussi grave.

BIBLIOGRAPHIE

Éléments de physique médicale, par MM. C.-M. Gariel et V. Desplats, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris. — 1 vol. gr. in-8 de 920 pages avec 535 figures dans le texte. Paris, 1884, chez F. Savy, éditeur.

Les progrès de la physique sont, depuis quelques années, d'une rapidité telle qu'on voit les meilleurs ouvrages vieillir dans un laps de temps qui eût à peine marqué jadis une petite phase de leur existence. Aussi les rééditions deviennent-elles des livres tout à fait nouveaux et nul ne mérite mieux cette épithète que le beau volume par lequel M. Gariel vient de remplacer la petite physique classique des étudiants en médecine, autrefois publiée en collaboration avec M. Desplats. Livre nouveau, dis-je, et cela non seulement par le format et par le fond, non seulement par adjonctions et compléments, mais encore par suppressions et coupures, absolument nécessaires pour rester dans les limites d'un manuel pratique, sans rien sacrifier de ce qui marquait le chemin parcouru, les progrès accomplis.

M. Gariel a pensé avec raison que l'on pouvait, sinon rejeter, du moins réduire à leur plus juste expression, dans un livre destiné aux étudiants, ces parties élémentaires de la physique qui se trouvent ressassées dans l'enseignement secondaire et qui forment, pour ainsi dire, le premier fond scientifique de tous les jeunes bacheliers. Tandis qu'il importe d'insister sur la conception moderne de la force, sur la notion de l'énergie et du travail, enfin sur les unités physiques de mesures, il suffit évidemment, sur d'autres points, sur la pesanteur, sur l'hydrostatique, de faire appel à des souvenirs de classe peu lointains, et tout au plus y a-t-il lieu d'appeler l'attention sur quelques applications spéciales de ces branches de la physique aux usages médicaux. Toute la mécanique peut se refaire au moyen d'exemples choisis soit dans la machine vivante, soit dans l'arsenal du chirugien ou l'outillage du physiologiste : des dessins d'appareils en apprennent plus que les schémas arides de la géométrie et, les uns complétant les autres, on enseigne la pratique à côté de la théorie, on arrive enfin plus facilement à fixer, sur des idées précises, de jeunes esprits mal préparés aux conceptions scientifiques par la méthode exclusivement littéraire de leur éducation primordiale.

Mais à l'encontre de quelques chapitres traités très sommairement, il fallait, dans une *physique médicale*, donner une importance très grande à l'étude des actions spéciales qui se retrouvent à l'origine de tous les phénomènes vitaux, je veux dire des *actions moléculaires*, véritable trait d'union de la physique et de la physiologie. Ici la tâche était tout à fait originale, et depuis longtemps M. Gariel en accumulait les matériaux dans les premières leçons du cours qu'il professe à la Faculté de médecine : il a fallu pour cela condenser et grouper une multitude de faits épars dans des mémoires spéciaux, français ou étrangers, et il en est résulté un chapitre des plus intéressants de la nouvelle physique.

En acoustique, en chaleur il n'y avait pas lieu à modifications fondamentales : quelques additions ont suffi pour prendre le courant de l'actualité scientifique. Mais s'il était une partie de la science qui semblât bien assise et peu susceptible de perfectionnements après les travaux innombrables des grands géomètres du siècle dernier, c'était bien l'optique géométrique, avec son caractère de précision rigoureuse et ses solutions mathématiques. C'est pourtant ici que s'accentue de plus en plus le caractère personnel de la nouvelle *Physique médicale*, et que se remarquent les améliorations suggérées par une longue pratique de l'enseignement. Dès l'exposé de la loi fondamentale de la réfraction, on note une démonstration géométrique très élégante, principe d'un appareil cinématique des plus simples au moyen duquel M. Gariel a matérialisé, pour ainsi dire, la loi de Descartes (1). Ensuite, à peine arrivé à la théorie de la réflexion par les miroirs courbes, nous voyons substituer au dessin trop abstrait du simple *rayon* lumineux — une entité trompeuse — celui du *faisceau*, qui peut seul représenter la réalité physique et permettre de résoudre les questions pratiques de visibilité ou de non visibilité des images. D'autre part une juste importance est donnée aux *plans focaux* de préférence aux simples *foyers*, dont la définition, pourtant très nette, amène souvent de la part des élèves de fâcheuses erreurs mnémoniques. On se prépare insensiblement ainsi à l'étude des plans et points fondamentaux de la théorie de Gauss, sans lesquels il est impossible de réduire à des données physiques précises l'appareil optique vivant, l'œil. L'usage des *points cardinaux* est amené d'une manière à la fois discrète et simple, et toutes les démonstrations gagnent en vigueur sans rien perdre de leur caractère élémentaire, justifiant une fois de plus leur introduction dans l'enseignement médical, magistralement inaugurée en 1864, par M. Gavarret.

L'étude des radiations a été toute entière dirigée de manière à démontrer l'identité de la cause qui fournit à nos sens les impressions de chaleur et de lumière et aux plaques fluorescentes ou photochimiques les impressions durables ou fugitives que l'industrie et l'art savent si bien utiliser.

C'est à la suite de ces deux chapitres seulement que peut venir la théorie physique de la vision, où nous voyons, dès l'abord, M. Gariel protester énergiquement contre la dénomination aussi classique que peu justifiée de *distance de la vision distincte*, attribuée trop souvent à une certaine distance particulière arbitrairement choisie parmi toutes celles qui, entre le *punctum proximum* et le *punctum remotissimum*, se prêtent également à la *vision distincte*. Faute de langage, erreur physiologique extrêmement grave, et qui n'avait pas peu contribué au désaccord extraordinaire des physiciens sur la question du *grossissement*, même au sujet du plus simple de tous les appareils d'optique, la *loupe*. M. Gariel, au moyen d'une construction géométrique des plus élémentaires, rend saisissable et frappante à première vue une distinction nécessaire que m'avait révélée récemment (*Ann. d'oculistique*, t. LXXXIX, p. 198-216) une discussion algébrique, très simple aussi, mais trop abstraite pour l'enseignement didactique, et par laquelle se trouve levé tout antagonisme entre la pratique habituelle des micrographes et les arrêts contradictoires des théoriciens : tout dépend de la position du centre optique de l'œil par rapport au deuxième foyer de l'appareil et, selon que ces deux points sont l'un en avant de l'autre, l'observateur a tout intérêt à renoncer ou à recourir au secours de son accommodation.

Nous ne saurions insister et nous nous bornerons à citer en passant l'excellent résumé consacré à la théorie vibratoire de la lumière et aux phénomènes de polarisation, dont l'étude est nécessaire pour arriver à la saccharimétrie.

En électricité, il y avait tout à refaire ; l'étude du magnétisme a servi de point de départ naturel à la notion des *champs de force* et l'étude des phénomènes statiques à la notion du *potentiel*. A côté des définitions nouvelles se trouvent aussi les descriptions d'appareils nouveaux ; de ci, de là sont relevées, chemin faisant, quelques-unes des hérésies classiques que le rapide avancement de la science électrique n'a pas encore pu déraciner de la littérature médicale : il faudrait tout citer dans ce chapitre, la méthode et le détail. Nous préférons, en nous arrêtant, renvoyer le lecteur à un autre ouvrage que publie en ce moment même M. Gariel et où l'on trouvera sous le titre de : *Traité pratique d'électricité*, toutes les applications aux sciences et à l'industrie, à la physiologie, à la médecine, etc.

Adrien Guébhard.

(1) Nous avons eu l'occasion de décrire cet appareil ainsi que d'autres du même genre dans *La Nature*, n°s 383 et 386, deuxième semestre 1880.

Étude sur le vanillisme, ou accidents causés par la vanille, par le docteur A. Layet, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Ce mémoire, extrait de la *Revue d'hygiène*, étudie à fond une question inconnue de la majorité des médecins et qui pourtant, par un de ses côtés au moins, a fait le sujet d'un assez grand nombre de recherches. Il ressort de ces recherches que la vanille contient un principe particulier appelé *vanilline*, qui constitue ce qu'on appelle le *givre* dans les vanilles de bonne qualité et ne s'observe pas sur le vanillon; qu'elle renferme en outre (avec un extrait amer, du tannin, de la gomme et du sucre), une huile jaune, d'une odeur repoussante, dont elle doit être débarrassée pour conserver l'avantage de son arome naturel. La richesse de la vanille en vanilline varie, suivant la provenance, de 1,60 à 2,75. Or, sans qu'on sût précisément à quoi s'en prendre, on a depuis longtemps observé des symptômes d'empoisonnement à la suite d'ingestion de préparations contenant de la vanille, notamment de glaces vanillées. Le fait de ce genre le plus remarquable est celui qui s'est produit à Berlin, en 1873, où la plupart des personnes qui avaient consommé des glaces à la vanille dans un café furent prises d'accidents assez graves, et ayant beaucoup d'analogie avec ceux qui marquent une attaque de choléra. On a incriminé tour à tour les crèmes glacées et les vases qui les contenaient; mais toutes les circonstances du fait sont également défavorables aux deux hypothèses. Malheureusement on ne sait pas encore par quoi les remplacer. Se produit-il, comme le pense Schroff, un acide gras dans les crèmes vanillées? Les gousses qui ont fourni l'arome auraient-elles été cueillies avant la maturité? C'est l'opinion de Rosenthal. M. Layet est plus disposé à accuser la qualité de la plante employée, ainsi que le vanillon. Il a fait avaler, pendant un temps assez long, à un cobaye, de la substance gluante contenue dans les gousses du vanillon; à un autre, celle que fournissent les vanilles de première qualité. Le premier a été atteint de diarrhée, le second a continué à se bien porter. Un troisième cobaye, qui avait dévoré *plusieurs paquets* de gousses de vanille ordinaire, est mort après avoir présenté une diarrhée colliquative.

A côté de ce point de vue toxicologique, l'auteur — et c'est la partie originale de son mémoire — aborde celui de l'hygiène professionnelle. Sur un avis à lui donné par le docteur Verdalle, il a porté son attention sur la santé des ouvriers qui, à Bordeaux, manient les gousses de vanille; et il a observé deux genres d'accidents : 1° des éruptions papuleuses, des desquamations, des gonflements, du prurit aux mains, à la face et au cou; 2° des accidents nerveux consistant en céphalalgie, vertiges, lassitude générale. M. Layet est incertain sur la cause directe des accidents. Est-ce le givre, les moisissures, la substance granuleuse et laiteuse des gouttes? Est-ce la *mite* de la vanille, examinée au microscope par M. Arnozan, et qui paraît être un arachnide de l'ordre des acariens? M. Layet n'ose se prononcer; il note seulement qu'un cobaye, enfermé pendant trois semaines dans une cage avec plusieurs paquets de vanille placés dans une boîte grillée, a diminué assez notablement de poids, quoique parfaitement nourri, en même temps qu'il paraissait avoir acquis une surexcitation marquée dans les mouvements.

A. D.

VARIÉTÉS

Concours du Bureau central. — Le jury pour le concours du Bureau central en médecine est composé de MM. Hardy, Bergeron, Dumontpallier, Ferrand, Dieulafoy, Du Castel, Straus, Rendu, Désormeaux.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 14 mars). — *Ordre du jour :* M. Du Castel : Etude sur la sclérose pulmonaire. — M. Féréol : Des épanchements pulsatiles de la plèvre. — M. Lereboullet : Rapport sur le mémoire de M. Treille sur un réflexe douloureux du nerf cubital dans certaines dyspepsies gastro-intestinales.

Hôpital Trousseau. — M. le docteur Cadet de Gassicourt recommencera ses leçons cliniques sur les maladies de l'enfance le jeudi 13 mars, à dix heures, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Mortalité a Paris (9e semaine, du vendredi 22 au jeudi 28 février 1884). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1143, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 47. — Variole, 1. — Rougeole, 31. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 70. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 64.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 240. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 69. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 46. — Bronchite aiguë, 30. — Pneumonie, 73. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 36; au sein et mixte, 24; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 107; de l'appareil circulatoire, 70; de l'appareil respiratoire, 61; de l'appareil digestif, 49; de l'appareil génito-urinaire, 32; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 8. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 37. — Causes non classées, 4.

Conclusions de la 9e *semaine.* — Le service de la statistique municipale a reçu notification de 1143 décès pendant la semaine terminée le 28 février, au lieu de 1037 qui lui avaient été notifiés pendant la semaine précédente.

Fièvre typhoïde (47 décès); rougeole (31); diphthérie (70); variole (1); scarlatine (2); coqueluche (13); bronchite (30); pneumonie (73); athrepsie des jeunes enfants (64).

Dr Jacques Bertillon,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

De la syphilis de l'oreille, état actuel de nos connaissances, par M. le docteur G. Jégu. Grand in-8 de 135 pages. Paris, J. Lechevalier. 2 fr. 50

Hygiène des Européens dans les pays intertropicaux, par M. le professeur Nielly. 1 vol. in-18 avec 19 pl. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 5 fr. 50

De l'intervention chirurgicale dans les hernies étranglées compliquées d'adhérences ou de gangrène. Entérectomie et entérorrhaphie, par M. le docteur Barrette. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 4 fr. 50

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié par M. le docteur E. Lancereaux. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Contribution à l'étude de l'électro-diagnostic. Exploration des nerfs moteurs et des muscles à l'état physiologique et pathologique, par M. le docteur Estorc. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Contribution à l'étude clinique des tumeurs solides du scapulum, par M. le docteur de Langenhagen. In-8. A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Contribution à l'étude du lichen planus, par M. le docteur Lavergne. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Emploi du jequirity et de l'inoculation blennorrhagique dans l'ophthalmie granuleuse, par M. le docteur Carette. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Des paralysies chez les choréiques, par M. le docteur G. Ollive. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

L'ophthalmie jequiritique et son emploi clinique, par MM. les professeurs H. Sattler et L. de Wecker. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur **A. DECHAMBRE**

MEMBRES : MM. les docteurs **BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS**

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 13 mars 1884.

LE NOUVEAU PROJET DE LOI SUR LES ALIÉNÉS A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Le nouveau projet de loi sur les aliénés à l'Académie de médecine.

(Premier article.)

On connaît l'histoire du projet de réforme de la législation sur les aliénés. La loi du 30 juin 1838 ayant été violemment attaquée par certains organes de la presse, le gouvernement nomma une commission extra-parlementaire de quarante membres, chargée d'en reviser les dispositions et d'en indiquer les modifications que les progrès et les circonstances demandaient. De là naquit un nouveau projet de loi qui fut déposé au Sénat, où une commission de neuf membres est en train de le soumettre à une étude approfondie. Le président de cette commission, M. le docteur Dupré (de Montpellier), a exprimé le désir d'avoir sur la question une sorte de consultation de l'Académie de médecine. L'Académie répondit à cet appel, en nommant à son tour une commission, dont M. Blanche fut élu rapporteur. Le rapport de l'éminent aliéniste fut lu dans la séance du 22 janvier 1884, et la discussion, qui commença le 12 février suivant, continue encore.

La tâche difficile — nous dirions volontiers délicate — qui nous incombe, d'apprécier cet important débat, nous paraît double : faire connaître l'esprit de la nouvelle loi, en nous inspirant surtout de l'intéressant rapport de M. Blanche; analyser avec soin les arguments pour ou contre que la discussion a suscités aux différents orateurs.

I

L'assistance publique des aliénés soulève un grand nombre de questions, les unes administratives, les autres juridiques, qui sont d'une grande importance et sur lesquelles le médecin a le plus souvent le droit de donner son avis; mais quelque intéressantes qu'elles puissent être, nous ne croyons pas devoir nous en occuper ici, trouvant plus utile de rester sur le terrain purement clinique et d'étudier la situation

FEUILLETON

Lettres médicales.

L' « amour sentimental » pour faire suite à l' « amour expérimental ». — Caisse de pensions de retraite; législation de l'exercice de la médecine; l'Association générale. — La responsabilité médicale; le bandage pour les luxations du coude. — La basilique du Sacré-Cœur et les médecins.

Je vous ai entretenu, cher confrère, à la date mémorable du 10 novembre 1882, d'un petit livre posthume, genre elzévirien, du docteur Jules Guyot, ayant pour titre : *Bréviaire de l'amour expérimental*. L'ami qui avait tiré le manuscrit du carton en deuil pour le produire devant cette rampe immense que borde tout le public lettré, M. Georges Barral, y avait joint une préface dont je vous disais, si vous vous en souvenez, qu'elle valait bien, en délicatesse de pensée et de style, le livre lui-même. Je vous présente aujourd'hui la preuve morale de mon assertion, à savoir : un autre elzévir tout à fait semblable au premier par le ton général, par le mode des découpures, par ces chapitres à vives arêtes où chaque alinéa tient de l'aphorisme, par les dispositions typographiques, par la justification, par le papier, et qui est de la plume même de M. Georges Barral. L'ouvrage de J. Guyot était un *Bréviaire;* celui-ci est un *Missel* (1) : l'un abordait hardiment l'amour *expérimental;* celui-ci négocie avec l'amour *sentimental*. Avec les deux on a un *Art d'aimer* comme on n'en a pas encore vu : d'une part, le manuel opératoire avec les indications scientifiques d'opportunité, de procédés, de moment, etc.; d'autre part, ce qu'on appelle en chirurgie la préparation, ce qui permet de réaliser l'opération et ce qui en facilite les bons résultats.

M. G. Barral définit son objet dès les premières lignes : « L'amour, cette indestructible puissance, dominatrice et

(1) Chez Marpon et Flammarion.

qui, d'après la nouvelle loi, serait faite aux médecins dans leurs rapports avec leurs malades.

Malgré les assertions de l'ignorance, la folie n'est pas une maladie nécessairement incurable. Comme un grand nombre d'affections aiguës ou chroniques, elle a d'autant plus de chances de guérir qu'elle est traitée dès son début; l'observation journalière et de nombreuses statistiques en font foi. La première indication thérapeutique dans l'aliénation mentale est incontestablement l'isolement : soustraire le malade à sa manière de vivre habituelle, le séparer de son milieu ordinaire, le soumettre à un traitement approprié, tel est le but que l'on veut atteindre en le plaçant dans un établissement public ou privé. Il est donc de la plus haute importance, au point de vue humanitaire, de faciliter le plus possible le placement des aliénés dans les asiles, de ne pas l'entourer de formalités difficiles à remplir.

La loi de 1838 exigeait le certificat d'un seul médecin pour l'admission d'un aliéné dans l'asile; d'après la loi nouvelle (art. 14), il faudra un certificat signé de deux médecins, ou deux certificats séparés signés chacun d'un médecin.

A cette nouvelle disposition M. Blanche fait des objections on ne peut plus justifiées et que nous ne saurions mieux faire que de reproduire textuellement. « Dans certains cas, » dit-il, cette obligation d'être muni de l'avis de deux mé» decins offrira de réelles difficultés, par exemple dans les » localités où il n'y a qu'un médecin, et lorsqu'il faudra en » querir un second à une distance plus ou moins longue; » comme encore lorsqu'il s'agira de gens peu fortunés, ne » pouvant payer d'honoraires, et qui, obligés de frapper à » deux portes, ne seraient pas accueillis avec une charité » égale à l'une et à l'autre; n'est-il pas à craindre aussi que » ces obligations nouvelles ne créent chez nous des abus qui » existent dans un pays voisin auquel le projet de loi em» prunte cette innovation, et qu'il ne se forme une classe de » médecins dont la fonction consistera à donner cette se» conde signature sur la remise d'honoraires et sans autre » peine que celle de signer un certificat signé déjà par un con» frère, un peu à la façon de ce qui se passe entre notaires, » qui sont censés être toujours deux à instrumenter? »

De ces trois objections, la première et la dernière nous paraissent surtout topiques. Si, en effet, le double certificat est impossible à obtenir dans une grande majorité des cas; si, d'autre part, la double signature est destinée à ne devenir en fin de compte qu'une simple formalité, à quoi bon cette modification de la loi de 1838? Ne serait-il pas plus sage d'exiger, non un double certificat, mais *un rapport* dans lequel le médecin consignerait des renseignements circonstanciés sur les symptômes et les phases de la maladie et indiquerait les motifs qui rendent l'internement nécessaire?

La commission de l'Académie n'en a pas jugé ainsi, puisque, malgré les réserves faites dans le rapport, elle a admis le double certificat; mais, en revanche, elle a émis deux vœux, dont il sera, nous l'espérons, tenu compte par le Sénat : il s'agit des admissions d'urgence et des admissions que nous appellerons *spontanées*, à défaut d'un autre terme.

Dans les cas urgents, M. Blanche, se plaçant au point de vue d'un double certificat, demande qu'on puisse interner le malade, même avec un seul certificat médical, « sauf à appeler, aussitôt après l'entrée, un médecin étranger à l'établissement, à lui demander de constater l'état du malade et à lui faire délivrer le second certificat par la loi ». Mais, si la disposition de la loi de 1838 était maintenue, qu'un seul certificat fût exigé pour le placement d'un malade dans un asile, n'y aurait-il rien à faire pour les cas d'urgence? Nous ne le pensons pas. Voici, par exemple, un épileptique pris subitement d'un délire violent, furieux; sa séquestration immédiate est de toute nécessité, mais impossible de trouver un médecin pour constater son état mental. Que faire? Le temps presse, on mène à tout hasard le malade dans une maison de santé spéciale. Le médecin de cet établissement, en présence de ce fou furieux, ne devrait-il pas avoir le droit de le maintenir momentanément, malgré l'absence de certificat médical, sauf à en référer immédiatement à l'autorité et à faire faire un certificat par un médecin le jour même ou le lendemain? Ce que nous disons là d'un épileptique, peut se présenter pour maintes autres formes de folie, et nous croyons, avec la commission de l'Académie, qu'il y a là un desideratum facile à combler.

Quant aux admissions que nous appelons spontanées, ce sont ces cas de malades qui viennent d'eux-mêmes, et sans être accompagnés d'un parent ou d'un ami, demander à être admis dans les asiles, parce qu'ils sentent que leur raison se trouble, qu'ils ne sont plus complètement maîtres d'eux-mêmes et qu'ils ont besoin de protection et de surveillance contre leurs impulsions délirantes. « Ici encore, » dit avec raison M. Blanche, le médecin ne doit-il pas être » autorisé à recevoir d'abord le malade, sauf à faire constater » son état mental aussi promptement que possible et confor-

---

reine de l'univers, se décompose en deux actes importants qui constituent un tout parfait : l'un est préposé à la perpétuation de la race dans l'espèce; l'autre préside au maintien de l'accord mental dans l'état de mariage. » L'accord mental est, en effet, très favorable à l'accord physique. Quelquefois aussi — car il faut tout dire en ce genre — l'accord physique est le premier nœud d'un *raccord* mental, et c'est ce que savent bien les époux tombés en faute. La sensation et le sentiment se touchent de si près dans notre nature, qu'il faut peu de chose pour en amener le mélange et la fusion, et c'est un des thèmes de la psychologie courante. L'auteur ne le dit pas expressément, mais il l'a compris dans cette première Méditation où il définit les rôles respectifs des époux : « De la condition d'amour, ainsi combinée dans son intégrité *expérimentale et sentimentale*, dérive pour l'homme et la femme le bonheur complet. La pire des erreurs pour l'épouse, c'est de vouloir que le mariage consiste dans une bonne amitié, exempte de préoccupation charnelle; la plus grande des aberrations pour l'époux, est de tout sacrifier à l'apaisement des sens. » Il y a une nuance pourtant entre ces deux points de vue : l'acte conjugal comme payement régulier d'une dette légitime, et le même acte comme effet accidentel d'un calcul diplomatique à l'usage de l'un et l'autre sexe. Si l'auteur était médecin, on pourrait lui rappeler bien des circonstances où les deux amants, celui du *Bréviaire* et celui du *Missel*, sont engagés par force dans des négociations, des compositions, des oppositions ou des sacrifices mutuels; mais, par là, il serait entraîné hors de son sujet plus encore que ne l'eût été J. Guyot, et verserait un peu bas dans la physiologie et la pathologie. Les seules manœuvres diplomatiques dont son livre si réservé, et on peut dire si chaste, pût entretenir le grand public, il leur a consacré principalement les troisième et quatrième Méditations, sous les titres de *Coquetterie morale* et *Coquetterie physique*. La pensée y est toujours fine et gracieusement habillée : c'est à peu près ce que l'auteur demande à l'épouse d'être

» mément aux prescriptions légales? Cette question, toute » d'humanité, ne nous semble pas pouvoir être résolue dans » un autre sens. »

Voilà pour les placements volontaires; quant aux placements d'office, la nouvelle loi n'innove en rien, sinon sur quelques petits point de détails, sur la loi de 1838.

II

Une fois l'aliéné entré dans l'asile, le médecin de l'établissement, selon les prescriptions de la loi actuellement en vigueur, fait un certificat qui est envoyé dans les vingt-quatre heures à la préfecture avec le bulletin d'entrée. S'il s'agit d'une maison de santé privée, un inspecteur médical, délégué de l'administration préfectorale, vient, dans les trois jours, constater l'état mental du malade et faire un rapport, concluant à la nécessité de le maintenir ou à la possibilité de le rendre à la liberté.

Ces formalités remplies, le placement est définitif; ainsi en ont décidé les législateurs de 1838, confiants dans la science et l'honorabilité des médecins spécialistes. Mais à en croire les torrents d'injures et de calomnies qui ont été déversés sur nos confrères, cette confiance était bien mal placée; car ils n'auraient fait rien moins que de transformer leurs asiles en véritables *bastilles*, où le père peut faire enfermer son fils récalcitrant, où le mari trouve le moyen de se débarrasser de sa femme, etc. On a étrangement usé et abusé contre les médecins aliénistes de l'argument des séquestrations arbitraires, sans qu'on ait jamais pu en prouver une seule. Leurs adversaires acculés sur ce point, répondent invariablement par le mot de Sandon: c'est le *tarte à la crème* de ces profonds réformateurs. Ne leur démontrez pas cliniquement la maladie de ce célèbre aliéné, ne cherchez pas à les confondre en mettant sous leurs yeux les résultats de son autopsie, peine perdue! L'argument agit trop bien sur l'esprit des masses pour qu'on veuille s'en dessaisir.

C'est pour donner satisfaction à ces prétendus défenseurs des aliénés, qu'a été inséré dans le nouveau projet de loi le long article 15 avec ses cinq paragraphes, dont voici en résumé la teneur :

Tout individu, admis volontairement ou placé d'office dans un établissement d'aliénés, ne devra y être maintenu qu'à titre provisoire, et devra, en conséquence, être placé dans un quartier d'observation séparé des autres parties de l'établissement. Dans les vingt-quatre heures, le médecin fera un certificat dont copie sera envoyée : 1° au préfet du département où l'établissement est situé, 2° au procureur de la République de l'arrondissement du domicile de la personne placée, 3° au procureur de la République de l'arrondissement où l'établissement est situé. Dans les trois jours, ce dernier magistrat, assisté d'un docteur en médecine, devra se rendre dans l'asile pour y interroger l'individu présumé aliéné. S'il est insuffisamment édifié, par l'examen direct, sur l'état mental du malade, il pourra procéder « au lieu du domicile de cette personne, à une enquête sur sa situation de famille et ses antécédents, ainsi que sur les circonstances d'où est résultée la nécessité du placement ».

Est-ce tout? Non; car après cet examen direct du malade, après cette enquête, le procureur de la République adressera, à bref délai, ses réquisitions écrites à la Chambre du conseil, qui statuera d'urgence sur le maintien à titre définitif ou la sortie de la personne placée. Notification devra être faite de cette décision avant l'expiration d'un mois à partir du placement provisoire.

Nous demanderons d'abord quel sera le rôle du médecin traitant pendant tout ce temps. Il a posé un diagnostic qu'à tort ou à raison il croit exact; de ce diagnostic découle nécessairement un certain nombre d'indications thérapeutiques; a-t-il le droit de les appliquer? Ou bien devra-t-il attendre que la magistrature, en Chambre du conseil, ait confirmé ce diagnostic? Car, enfin, l'individu placé dans un établissement d'aliénés est ou n'est pas malade; s'il l'est réellement, il doit être soumis à un traitement. Mais s'il n'est considéré comme aliéné qu'à titre provisoire, c'est-à-dire comme n'étant pas malade, quel est le médecin qui n'hésitera pas un peu même pour lui prescrire un bain? Qu'on suppose par exemple un maniaque raisonnant, amené dans les quartiers provisoires d'une maison de santé; il est bavard, remuant, excité, insomne, etc. Le médecin prescrit un bain. Trois jours après, le procureur de la République arrive, trouve un individu calme, lucide, dissimulant toute espèce d'idée délirante; reconnu comme non dangereux, même après enquête, il est mis en liberté, ne se targuera-t-il pas de ce brevet de santé d'esprit qui lui est fourni par la Chambre du conseil, pour se plaindre partout qu'un médecin l'a pris pour un fou et l'a traité comme tel?

Ce côté purement médical des placements provisoires n'a pas été traité par M. Blanche, dans son rapport; mais l'éminent aliéniste a fait un certain nombre d'objections d'ordre

---

de sa propre personne; et celle qui saura bien goûter la simplicité élégante de cette instruction comprendra par cela seul dans quelle mesure l'épouse doit être instruite sans pédanterie, et avenante sans provocation. Je crains seulement que M. Barral — si ces lignes lui tombent sous les yeux, je lui demande pardon de mon scrupule — je crains que, dans son esquisse de la femme grecque, il n'ait pas fidèlement rendu une pensée de l'orateur grec (Démosthène ou quelqu'un de son temps), de qui il traduit ainsi un passage du discours sur Neère : « Nous avons des hétaires (*amies*) pour la volupté de l'âme, des *courtisanes* (*pallakai*) pour la satisfaction des sens, des femmes légitimes pour nous donner des enfants de notre sang et bien garder nos maisons. » Et l'auteur, après avoir rangé l'hétaire parmi les espèces disparues, renvoie la courtisane aux célibataires. Est-ce bien là le sens du passage? Sur le rôle de la femme légitime en Grèce, pas d'incertitude : le mariage a pour but essentiel la procréation; le célibat est interdit; la stérilité emporte le divorce; l'épouse est la gardienne presque solitaire du foyer domestique. Mais là où le doute me prend, c'est sur la définition que l'auteur donne de l'ἑταίρα et de la παλλακή. Je crains même qu'il n'ait commis à cet égard une sorte d'inversion. La courtisane, c'était l'hétaire; c'était la femme aimable, plus ou moins distinguée et spirituelle, qui réunissait autour d'elle, dans son propre domicile, un cercle de courtisans, d'adorateurs, comme on dirait aujourd'hui, distribuant bien deci, delà les plaisirs des sens, mais plus encore les plaisirs de l'esprit (ἡδονή) ; c'était, si vous voulez, Aspasie. Quant à la παλλακή, c'était, non la courtisane, mais la concubine, la femme non mariée, vivant avec le mari d'une autre et pourvoyant à ses besoins corporels.

Cela ne change rien à l'affaire. Les courtisanes, le monde les méprise; des concubines, il n'en faut pas! Cela ne change rien surtout à ce que dit d'excellent M. Barral sur les trésors de la nature féminine et sur la place qui appartient à l'épouse dans les sociétés modernes.

pratique qui méritent d'être prises en sérieuse considération. « Il y a, dit-il, dans des pays, sans chemins de fer, des asiles » situés à 20, 25 et 30 kilomètres du siège du tribunal (1) et » où, pour la plupart, le nombre des admissions annuelles » est considérable. On peut se représenter la fréquence et la » longueur des déplacements et des visites, puisque doré- » navant les placements d'office, de beaucoup les plus nom- » breux, seront soumis, eux aussi, aux constatations judi- » ciaires consécutives à l'entrée du malade dans l'asile. De » plus, le magistrat ne sera pas seul; il devra être accom- » pagné par un médecin. Celui-ci ne pourra pas être, au point » de vue de l'autorité de ses avis, un praticien novice, libre » de son temps par manque de clientèle; on devra nécessai- » rement choisir un homme d'expérience, ayant acquis de la » notoriété et une situation; comment, déjà surchargé d'oc- » cupations, pourra-t-il en accepter d'autres qui absorbe- » raient à elles seules presque toutes ses journées? »

A-t-on consulté la magistrature, demanderons-nous à notre tour, sur les nouvelles responsabilités qui vont lui incomber? S'est-on demandé si, matériellement, il lui sera possible, alors qu'on a diminué le nombre de ses membres, de juger ces affaires nouvelles qui se chiffreront tous les ans par plusieurs milliers?

Pour qu'une prescription légale soit bonne, il faut avant tout et surtout qu'elle soit applicable. Or cet article 15, outre les objections que nous venons d'énumérer, en soulève encore d'autres, telles que, par exemple, la création de quartiers provisoires qui, s'ils doivent répondre au but à atteindre, s'ils doivent contenir des divisions de tranquilles, d'agités, de gâteux, constitueront de petits asiles en miniature, placés dans l'enceinte du grand asile. Sans parler des dépenses occasionnées par cette nouvelle organisation et dont il faut cependant tenir compte, se figure-t-on bien les nombreuses difficultés qu'on créerait ainsi au service général des établissements d'aliénés?

Et quand on pense que toutes ces minutieuses formalités, toutes ces complications, sont créées pour empêcher qu'il n'y ait des plaintes en séquestration arbitraire! Qu'on se détrompe, on n'atteindra pas ce but tant désiré; car tant qu'il y aura des aliénés et surtout une certaine catégorie d'aliénés, on verra surgir de ces plaintes, quelles que soient les précautions que l'on prenne vis-à-vis d'eux pour les enfermer. Le seul résultat ainsi obtenu, c'est qu'au lieu de s'en prendre aux médecins des établissements d'aliénés, ils s'en prendront aux magistrats et aux médecins inspecteurs; la responsabilité sera déplacée.

Il en est sans doute qui se loueront de cette diminution de la responsabilité du médecin d'asile; ce sera à tort, car diminuer la responsabilité de quelqu'un, c'est, sinon le suspecter, du moins l'amoindrir. Telle est bien l'opinion de M. Constans, inspecteur général honoraire du service des aliénés, qui, appréciant l'esprit général de la nouvelle loi, s'exprime ainsi qu'il suit (*loc. cit.*, p. 417) : « Elle produira nécessairement, » résultat voulu, l'amoindrissement du médecin d'asile et ne » sera, contre lui, qu'une loi de suspicion, pesant sur toute » sa carrière, qui ne saurait trouver une compensation suffi- » sante dans les avantages qui lui sont faits, si réels et si » importants qu'ils soient.

» Le dévouement du médecin d'asile méritait mieux qu'un » tel privilège.

» Croit-on que cette condamnation à une suspicion perpé- » tuelle soit un bon moyen de faciliter le recrutement de ce » service?

» Ce n'est pas en abaissant qu'on relève; déjà il est mani- » feste que, depuis les accusations portées contre les asiles » et leurs médecins, le niveau moyen du personnel médical » s'est notablement abaissé; les Esquirol, Foville, Morel, » Aubanel et tant d'autres disparus, tous hommes de valeur, » y deviennent de plus en plus rares. »

III

Le rapport de M. Blanche étudie encore un certain nombre de questions nouvelles, qui n'existent pas dans la loi de 1838 et qui ont été introduites dans la loi actuellement en discussion à la commission du Sénat. C'est d'abord la surveillance officielle de l'aliéné traité en dehors des établissements spéciaux, publics ou privés; on veut même étendre cette surveillance jusqu'au malade soigné dans sa famille. Nous croyons qu'on se heurtera là à des difficultés insurmontables; quels que soient les moyens inscrits dans la loi, quelle que soit la réglementation prescrite, on risque de ne pas atteindre le but. Tout ce qu'on fera, aura quelque chose d'inquisitorial qui répugne au caractère français et à quoi on ne se soumettra pas. Esquirol l'avait bien compris, lui qui disai

(1) M. le docteur Constans, inspecteur général honoraire du service des aliénés, qui a publié d'excellents « Aperçus critiques sur les derniers projets de modifications à la loi du 30 juin 1838 » (in *Annales médico-psychologiques*, n° de novembre 1883), a donné une liste des asiles situés à de grandes distances du chef-lieu d'arrondissement; nous y trouvons entre autres : Prémontré, à 15 kilomètres de Laon; Cadillac, à 29 kilomètres de Bordeaux; Saint-Alban, à 25 ou 30 kilomètres de Marvejols; La Charité, à 23 kilomètres de Nevers; Saint-Dizier, à 20 kilomètres de Vassy, etc., etc.

Mais je m'aperçois que ce joli petit livre n'a proprement rien de médical; qu'il n'est autre qu'une étude psychologique de l'amour légitime, avec des conseils à l'usage des gens mariés ou à marier. Pensant, cher confrère, que votre éducation est faite là-dessus, je ne vous en dis pas davantage, si ce n'est que vous ferez bien de vous munir du *Missel* comme du *Bréviaire*, sans préjudice de ceux qu'on porte sous le bras le dimanche.

— Parmi les efforts multiples que fait en ce moment une partie du corps médical pour défendre ses intérêts matériels de chaque jour et pour s'assurer le pain de l'avenir, il en est deux que j'ai cru devoir vous signaler tout particulièrement dans ma dernière lettre et qui se traduisent, l'un par l'institution déjà réalisée de syndicats médicaux, l'autre par un simple projet de création d'une *caisse de pensions et de retraites du corps médical français.*

Je vous ai fait entendre que de ces deux inventions, la première, issue de nécessités locales impérieuses auxquelles la grande Association des médecins de France n'avait pas et ne pouvait peut-être pas donner satisfaction, vivrait probablement, à la condition de rester dans la sphère de la bienfaisance et de la moralisation et de ne pas s'ingérer, comme elle l'a déjà fait, dans des questions qui ont leurs représentants attitrés, comme celles d'hygiène et de police sanitaire.

Je vous ai ensuite expliqué pourquoi la seconde invention pourrait bien être chimérique. Ce projet de caisse de pensions de retraite fait pourtant son chemin. Nous avons sous les yeux les Statuts que vient de rédiger M. le docteur Lande, en tenant compte, dit-il, des « judicieuses observations » qui lui ont été adressées de divers côtés. Ils vont être distribués « au corps médical tout entier » avec une formule d'adhésion; mais les adhésions ne seront encore que provisoires. Quand elles s'élèveront au chiffre de 500, jugé nécessaire « pour produire un résultat sérieux », les adhérents seront

qu'une loi sur les aliénés « doit laisser aux familles la plus grande indépendance, dans la crainte de blesser le secret domestique, d'alarmer la tendresse des parents et même leurs préjugés ».

Un second point, c'est la création d'asiles pour les aliénés dits criminels. Ainsi qu'il ressort d'une discussion récente à la Société médico-psychologique, les médecins aliénistes ne semblent pas absolument d'accord sur la nécessité d'établissements distincts pour cette catégorie de malades. M. Blanche consacre à la question plusieurs pages de son rapport, qui sont intéressantes à plus d'un titre et qui sont une complète approbation des nouvelles mesures proposées.

Nous ne suivrons pas le savant rapporteur sur le terrain des questions juridiques et administratives qu'il traite avec une grande compétence. Les questions que nous avons étudiées nous semblent culminantes dans la loi nouvelle, envisagée au point de vue médical; elles le sont effectivement, puisque c'est sur elles que roule pour ainsi dire toute la discussion qui se poursuit à l'Académie de médecine et dont nous avons encore à rendre compte.

Ant. Ritti.

Contributions pharmaceutiques.

DOSAGE OBLIGATOIRE DU PHOSPHURE DE ZINC

Nous avons dit (n° 6) que, physiologiquement parlant, le phosphure de zinc était huit fois moins actif que le phosphore. Ce fait laisserait supposer que ce sel contient le huitième de son poids de phosphore. Ce n'est pas le chiffre exact, l'analyse chimique démontre qu'il en contient le quart. Cette différence provient de ce que le phosphure de zinc, $PhZn^3$, donne naissance dans l'économie à de l'hydrogène phosphoré PhH^3 et que ce gaz est moitié moins actif que le phosphore. L'expérience suivante qui a été souvent répétée prouve clairement cette mention :

Un lapin du poids de 3 kilogrammes, auquel on a administré 8 milligrammes de phosphore dissous dans l'huile, ou 64 milligrammes de phosphure de zinc pur en poudre fine, meurt infailliblement en deux ou trois jours. Il résiste toujours si on ne lui donne que 7 milligrammes de phosphore ou 56 milligrammes de phosphure de zinc.

C'est même grâce à ce lapin *réactif* qu'il m'a été permis — soit dit en passant — de démontrer l'*inefficacité* de l'essence de térébenthine rectifiée ou ordinaire dans l'empoisonnement par le phosphore. — Le phosphure de zinc est donc un poison d'une grande énergie et dont le dosage est indispensable.

Si dans une cornue de grès traversée par un courant d'acide carbonique sec, on introduit du phosphore sur du zinc en fusion, les deux corps se combinent et du phosphure de zinc prend naissance. Une partie de ce sel se sublime en aiguilles prismatiques d'aspect métallique, et l'autre constitue une masse grise, friable, à cassure brillante et surnageant un culot de zinc plus ou moins attaqué. Sous deux aspects différents, c'est le même corps, dont la formule est $PhZn^3$.

Le zinc à phosphuration variable doit être réservé pour une autre opération. Ce dernier produit se pulvérise difficilement et ne contient qu'une faible proportion de phosphore. Comme dans la préparation il est beaucoup plus abondant que le premier, les fabricants ne se gênent pas pour le délivrer sous le nom fallacieux de phosphure de zinc, produit qui déroute absolument les médecins qui l'emploient. Il est donc de toute nécessité de connaître le titre exact des phosphures de zinc que nous fournit le commerce. Les pharmaciens n'emploient un opium qu'après avoir constaté sa richesse en morphine. Nous les adjurons d'en faire autant pour le phosphure de zinc, et même d'être encore plus rigoureux.

Depuis le travail de M. le professeur Baudrimont, l'essai de ce médicament est si simple, que l'on ne conçoit pas pourquoi il n'est pas plus en usage.

On prend $0^{gr},586$ de phosphure de zinc, qu'on enveloppe d'une feuille de papier à cigarettes. On l'introduit ainsi sous une éprouvette graduée contenant 8 centimètres cubes d'acide chlorhydrique et reposant sur le mercure. Au contact de cet acide, le phosphure, s'il est pur, devra dégager 100 centimètres cubes d'hydrogène phosphoré (PhH^6) complètement absorbable par une solution concentrée de sulfate de cuivre. Le volume de gaz absorbé sera proportionnel à la richesse centésimale du produit en phosphure de zinc.

Ainsi : 80 centimètres cubes de gaz absorbé correspondront à un phosphure à 80 pour 100.

Le gaz restant sera de l'hydrogène dégagé par l'acide chlorhydrique au contact du zinc métallique.

Ce phosphure à 80 pour 100 peut être employé avec autant d'avantage que celui qui est pur; le pharmacien n'aura qu'à mettre 1 centigramme de phosphure par pilule au lieu de

---

convoqués en assemblée générale pour arrêter définitivement les termes des statuts, et nommer le *comité directeur* et le *comité de surveillance*. Le travail de M. Lande forme une grosse pièce à laquelle néanmoins la *Gazette hebdomadaire* ne croirait pas pouvoir refuser une place si elle était absolument définitive; mais comme, d'une part, tous les médecins de France le recevront par la poste, et comme, d'autre part, il peut être modifié par l'assemblée des adhérents provisoires, je me contenterai d'en examiner prochainement la nouvelle rédaction.

Dans la même lettre, je vous ai appris sans doute que le projet de loi sur les médecins, récemment présenté à la Chambre des députés, avait la même origine que les syndicats, était sorti du même mouvement. Ce dernier trait était un de ceux qui devaient toucher le plus vivement l'Association générale. On s'étonnait que les doléances si anciennes et si justes du corps médical sur les vices innés et sur la décrépitude sénile de la loi de ventôse arrivassent aux pouvoirs publics par une autre voix que celle de la grande Société qui passe à bon droit pour avoir la garde de nos plus précieux intérêts. Mais voici qu'elle répond elle-même à cette préoccupation. Elle vient de faire distribuer un rapport de M. Lunier, qui doit être lu dans la séance générale du 20 avril, sur les vœux précédemment émis au sein de l'Association relativement à la *législation de l'exercice de la médecine*. Ce projet de la commission, nous comptons l'examiner en même temps que celui de M. Chevandier (de la Drôme). J'y remarque un article qui témoigne de la sollicitude de la commission pour un genre de questions dont aucune Société, petite ou grande, doit moins que jamais se désintéresser et auquel on a parfois reproché à l'Association de ne pas se montrer suffisamment sensible : je veux dire la question de la moralité professionnelle.

« Toute association publique ou secrète, dit l'article 10, entre les pharmaciens et ceux qui exercent la médecine ou l'une des branches de la médecine, est interdite. »

8 milligrammes pour que la pilule contienne bien 1 milligramme de phosphore actif.

Les phosphures titrant au-dessous de 60 pour 100 devront être refusés; les fabricants les emploieront comme zinc ordinaire dans une nouvelle préparation.

A cette dose l'action du zinc sur l'organisme pourrait peut-être ne plus être indifférente.

L'exemple précédent suffit, croyons-nous, à l'intelligence des calculs, nous ne nous étendrons donc pas davantage sur cette question, et nous terminerons en formant le vœu que notre appel soit entendu par tous les pharmaciens.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Obstétrique.

Des kystes du petit bassin au point de vue de la dystocie, par M. Porak, accoucheur des hôpitaux.

(Suite. — Voyez les numéros 9 et 10.)

II

C'est en Islande qu'on rencontre le plus souvent les kystes hydatiques. Ils seraient encore assez fréquents dans le nord de l'Europe et en Silésie, si l'on s'en rapporte aux faits observés par Freund. Les médecins envoyés par le gouvernement danois en Islande ont surtout eu l'occasion d'observer cette maladie; nous leur devons la publication de mémoires intéressants. Nous nous bornerons à citer le travail de von Finsen (*Archives générales de médecine*, 1869, p. 19 et 191) et celui de Krappe (*Archiv der Heilkunde*, t. XVI).

Finsen admet qu'en Islande on rencontre 1 fois des kystes hydatiques sur 43 Islandais et sur 55,5 malades. Cette proportion est d'ailleurs très inférieure à celle indiquée par Thortensen. Les femmes y sont plus sujettes que les hommes dans la proportion de 2,2 à 1. C'est surtout de dix à quarante ans qu'on rencontre cette différence dans la fréquence des kystes hydatiques suivant les sexes. Enfin ces tumeurs siègent de préférence dans la cavité abdominale. Voici les statistiques qui viennent à l'appui de cette assertion.

D'après Finsen.

Foie	176	69, 4 p. 100	92,52 p. 100.
Reins	3	1,17 p. 100	
Rate	2	0,78 p. 100	
Cavité abdominale	54	21,17 p. 100	
Autres régions	20		6,81 p. 100.

D'après Davaine.

Foie	156	42,8 p. 100	59,9 p. 100.
Reins et capsules surrénales	31	8,7 p. 100	
Utérus	1	0,2 p. 100	
Ovaire	4	1,1 p. 100	
Petit bassin	26	7,1 p. 100	
Système osseux	17		4,7 p. 100.
Autres régions	130		35,6 p. 100.

La statistique de Finsen mérite plus de créance que celle de Davaine, puisqu'elle porte sur des faits tous observés par l'auteur, tandis que celle de Davaine porte sur les faits compulsés dans les différents recueils. Mais il nous importe de rappeler que Davaine relate 7,1 pour 100 de kystes hydatiques du petit bassin, et Finsen 21,17 pour 100 de kystes de la paroi abdominale, dans laquelle il comprend apparemment le petit bassin. Ces deux auteurs avancent donc des résultats analogues.

Les faits précédents nous autoriseraient à conclure que la dystocie spéciale aux kystes hydatiques du petit bassin est commune en Islande, et ce n'est pas sans quelque étonnement que nous constatons le silence de Finsen sur ce point. Cela doit dépendre de ce qu'on n'appelle les médecins danois que d'une façon exceptionnelle dans les cas où il y avait lieu de pratiquer une intervention obstétricale.

La fréquence des kystes hydatiques du petit bassin une fois déterminée, il est nécessaire de savoir en quel point de cette région ils se développent.

Suivant toute probabilité, le tissu cellulaire pelvien offre un terrain très propre à leur développement. Il n'est pas impossible que ces kystes se soient d'abord développés dans un organe de l'abdomen : ovaire, intestin, épiploon, et qu'ils aient ultérieurement occupé les culs-de-sac antérieur ou postérieur du péritoine, où ils se sont fixés. Dans le cas de Sadler, le kyste provenant du foie avait contracté des adhérences dans le cul-de-sac péritonéal postérieur.

Il est habituellement difficile de déterminer le point de départ, l'origine exacte des kystes hydatiques. Les kystes issus du tissu cellulaire du petit bassin, au-dessous du péritoine, peuvent se développer du côté de la séreuse, faire saillie dans la cavité péritonéale; ils y provoquent une inflammation de voisinage habituellement circonscrite. Les fausses membranes qui en résultent, englobent les différents organes du bassin : utérus, vessie, rectum, S iliaque, trompes et ovaires. Il est alors très difficile de savoir quel a été le siège occupé primitivement par la tumeur.

Pour Freund, les kystes hydatiques occupent presque toujours le tissu cellulaire du petit bassin, à droite ou à gauche du rectum, moins souvent les os : pubis ou sacrum. Il admet qu'ils peuvent provenir des viscères extérieurs à l'excavation pelvienne, et se trouver accidentellement dans

---

Je remarque aussi que le projet impose, comme la *Gazette hebdomadaire* l'a toujours demandé, le diplôme de docteur aux futurs dentistes, ne conservant quant à présent que ceux qui possèdent déjà le titre d'officiers de santé.

Voilà qui va bien, et je vous prie de croire, honoré confrère, que, tout en étant bien résolu à ne dédaigner, où que je les rencontre, aucune institution, aucune combinaison honnêtes, qui tournent à l'avantage matériel ou moral « du plus grand nombre », comme parle à la Chambre M. Laroche-Joubert, personne n'a plus souci que moi de la prospérité de l'Association générale, personne ne souhaite de plus grand cœur qu'un redoublement d'activité, une étude plus constante et plus profonde des conditions d'exercice, des besoins, des souffrances, du désarroi moral de la profession l'élèvent tout à fait à la hauteur du rôle que bien des confrères, et je suis du nombre, ont entendu lui attribuer.

— Mais voici bien autre chose, et, cette fois, l'affaire affronte (si je ne me trompe, car mon journal ne le dit pas) la majesté des juges de la Seine. Une dame perd la luette, ne sais comment. Désespérant de la retrouver, elle en demande une autre, sur le conseil de son médecin, à un dentiste. Pourquoi pas? Après tout, l'opticien qui vous vend un œil artificiel vous trompe effrontément; ce n'est pas un œil, mais un simple morceau de verre qui ne voit rien du tout; tandis qu'un petit appendice quelconque, plus ou moins flexible, annexé au voile du palais, pourrait faire une certaine concurrence à la luette de la nature. L'ingénieux dentiste se mit donc à l'œuvre, et fabriqua bien mieux ou bien plus qu'une luette artificielle; il fabriqua une pièce dentaire, envoyant le long de la voûte palatine un prolongement terminé en queue de poisson — *formosus in fronte* peut-être, mais *desinens in piscem* — et en quelle matière, s'il vous plaît? En cette matière résultant de l'accouplement de vieux chiffons et d'acide nitrique, qu'on appelle du *celluloïd*, et qui est très dure. De là des nausées, de l'embarras de la parole, de la dysphagie, et une foule d'autres petits désagréments, au

le cul-de-sac de Douglas. Puchelt pense que des kystes hydatiques peuvent siéger dans les trompes et dans les ovaires. Davaine, mettant en avant quatre cas, pensait que les kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas prenaient naissance dans l'ovaire, qui, plus lourd, pouvait tomber dans le cul-de-sac péritonéal postérieur. Ces faits sont très rares.

Freund mentionne le mode de développement des kystes hydatiques de l'excavation pelvienne. S'ils se développent de bas en haut, ils font saillie dans le grand bassin; de haut en bas, ils repoussent les organes du bassin et viennent s'appliquer sur le plancher périnéal, qu'ils peuvent refouler. Latéralement, ils peuvent s'insinuer à travers le trou ovalaire, l'échancrure sciatique ou au-dessous du ligament de Fallope. Dans aucune de nos observations, nous ne trouvons l'indication précise de ces extensions diverses des kyste hydatiques.

Mais, cliniquement, le point de départ précis du kyste hydatique ne peut pas être, le plus souvent, élucidé par les moyens d'investigation dont nous disposons. Il a d'ailleurs une importance secondaire au point de vue de la dystocie. Ce qui nous importe, c'est de savoir la place occupée habituellement par le kyste dans le petit bassin, telle que le toucher nous la révélera; c'est de savoir si son siège est différent de celui des autres tumeurs pelviennes; c'est de pouvoir apprécier son volume.

Voici le résultat fourni par le dépouillement de nos observations :

10 fois le kyste siégeait en arrière; 4 fois dans la cloison recto-vaginale; 2 fois dans le cul-de-sac de Douglas; 1 fois en arrière du rectum;
3 fois directement en avant (une fois il s'agissait d'un kyste muqueux);
3 fois en avant et sur les côtés;
4 fois les tumeurs étaient multiples et siégeaient en différents points.

Les kystes hydatiques siègent donc ordinairement en arrière, mais pas toujours, et les exceptions enlèvent à la détermination de la situation des kystes une grande partie de son importance.

Les kystes hydatiques sont souvent multiples. Sur les 27 cas de Davaine, 17 fois d'autres kystes siégeant en des points différents de l'organisme, coïncidaient avec ceux constatés dans le bassin; sur les 7 cas de Wiener, 3 fois la multiplicité des kystes hydatiques est mentionnée. Dans mon observation, ni dans celle de M. Doléris, l'attention ne fut attirée sur l'existence d'un second kyste.

Le volume des kystes du bassin est susceptible de toutes les dimensions. Ces kystes ont le volume d'une noix, d'une mandarine; mais, le plus souvent, ils occupaient une grande partie de l'excavation pelvienne, au point même, dans quelques cas, de faire une saillie plus ou moins marquée dans le grand bassin; ils rendaient souvent impossible l'introduction de plus de deux doigts dans le vagin et l'accession du col de l'utérus. Dans tous les cas que nous avons relatés, le volume de la tumeur était suffisant pour mettre un obstacle sérieux à l'accouchement; mais cela n'autorise aucune conclusion. Les cas où le kyste hydatique était peu volumineux n'ont-ils pas échappé? Un kyste peu volumineux, n'ayant amené aucune difficulté obstétricale, a-t-il été jugé suffisamment intéressant pour être publié?

La forme des kystes hydatiques est aussi variable. Ce sont ordinairement des tumeurs lisses, arrondies, hémisphériques, lorsque ces kystes sont solitaires; mais, lorsqu'ils sont multiples, ils peuvent constituer une tumeur irrégulière et mamelonnée.

Que deviendront, dans ces conditions, les rapports de l'utérus? Ils dépendront du siège de la tumeur hydatique. L'utérus est ordinairement porté en haut et en avant, et le col est alors difficilement accessible. Dans le cas de Birnbaum, il y avait plusieurs tumeurs : l'une, semblant partir de l'union du pubis avec l'os iliaque, se développait du côté de l'abdomen et repoussait le corps de l'utérus en arrière; l'autre, siégeant dans l'excavation pelvienne, repoussait le col en avant, de telle sorte que l'utérus était en rétroflexion.

Freund insiste sur la résistance que le péritoine présente à l'usure. Lorsqu'il est comprimé par une tumeur, il s'enflamme et s'épaissit. Cependant il peut aussi finir par être détruit et permettre l'issue des hydatides par des voies diverses; mais les viscères de l'excavation pelvienne n'offrent pas la même résistance à la pression des tumeurs hydatiques, avec lesquelles elles sont en rapport. Küchenmeister mentionne que la paroi de l'utérus usée par le kyste hydatique, était réduite à une lamelle mince, et que celui-ci faisait saillie dans la cavité utérine.

En dehors de la grossesse, les kystes se sont frayé facilement une route à travers le rectum, la vessie et le vagin, mais non pas à travers l'utérus, comme on l'admet dans quelques traités. Il peut bien y avoir entre la cavité utérine et un kyste hydatique une fistule, mais elle n'est jamais assez dilatable pour permettre l'issue des hydatides. Les difficultés de l'accouchement, les opérations faites pour délivrer les malades peuvent favoriser la formation d'une ouverture spontanée ou artificielle aux hydatides filles et à la membrane hydatique. Dans le cas de Birnbaum les vésicules hydatiques furent éliminées par l'urèthre, dans les cas de Brill et de Doléris par le vagin, et dans notre cas par le rectum.

III

Le diagnostic des kystes hydatiques du petit bassin est difficile; le plus souvent on ne peut le faire que par exclu-

---

nom desquels la patiente refusa net les 1800 francs que réclamait le dentiste et les 2000 francs demandés par le médecin pour traitement des accidents causés par l'appareil. Le tribunal civil avait réduit la première créance à 1500 francs, et la seconde à 1300; devant la Cour d'appel, elles tombent à 600 et à 935; je dis 935 bien exactement. C'est égal, voici une luette qui, même à deux cents écus, ne vaut pas son pesant d'or.

— Le tribunal civil et la Cour de Nîmes viennent de rendre, sur une affaire de responsabilité médicale, un jugement que je veux vous signaler, non à cause du principe qu'il consacre, puisque ce principe est maintenant de jurisprudence constante, mais à cause des circonstances qui en ont motivé une nouvelle application.

Une demoiselle âgée de trente ans, couturière, tombe sur le bras droit en descendant de voiture. Le docteur X... constate une luxation du coude (laquelle?) sans fracture, en opère la réduction, et applique un bandage limité à la région blessée. La malade ne tarda pas à ressentir dans le bras des douleurs violentes, dont elle se plaignit à quatre reprises au médecin, le sollicitant en vain d'enlever ou de desserrer le bandage. Au bout de trente-six heures, n'y tenant plus, elle demanda ce service à un autre confrère, qui le lui rendit, et l'on reconnut alors que la main et une partie du bras étaient envahies par la gangrène. Je reproduis les faits tels qu'ils ont été exposés devant les magistrats. Le mémoire produit par la demanderesse devant le tribunal civil accusait le premier médecin : 1° de *faute lourde*, pour avoir appliqué un bandage constrictif au coude, sans avoir préalablement comprimé la main et l'avant-bras; 2° d'*incurie*, pour n'avoir pas vérifié les effets du bandage et n'avoir pas tenu compte des plaintes et des supplications réitérées de sa cliente. Celle-ci demandait à établir les faits par enquête, et réclamait 30 000 francs de dommages-intérêts. Le tribunal refusa l'enquête et y substitua une expertise, pour laquelle il délégua MM. Estor

sion; ils passent souvent inaperçus. Dans notre observation, la parturiente ne se doutait pas qu'elle avait une tumeur pelvienne : aucune douleur n'avait auparavant attiré son attention. Il a fallu que l'accouchement fût rendu impossible, et que des accidents consécutifs survinssent, pour qu'elle en eût connaissance. La longue durée de ces kystes, l'absence de douleur les distinguent de la plupart des tumeurs pelviennes. On a cependant cité l'apparition de douleurs de rein, de sensations de tiraillement dans le bassin; elles ne sont indiquées dans aucune de nos observations. On conçoit d'ailleurs que la compression du plexus sacré, des nerfs qui en dépendent, du nerf obturateur puisse devenir le point de départ de troubles spéciaux.

Lorsque la tumeur devient assez volumineuse pour comprimer la vessie, il en résultera soit des troubles de la miction, mais pas jusqu'à la distension des uretères, ni jusqu'aux troubles rénaux; il y a fréquemment de la constipation par compression du rectum.

Au point de vue de leurs signes physiques, ces tumeurs sont ordinairement lisses, arrondies, quelquefois mamelonnées et irrégulières lorsqu'elles sont multiples. Tous les auteurs ont indiqué leur dureté spéciale, qui les fait trop souvent confondre avec des tumeurs solides. On l'explique facilement par leurs caractères anatomiques. Elles sont constituées par deux membranes d'enveloppe : la membrane adventice d'enkystement, la membrane propre de l'hydatide; elles contiennent fréquemment dans leur intérieur des kystes plus petits, des hydatides filles de première ou de seconde génération. Dans ces conditions, la fluctuation doit être très obscure ou nulle. Pendant l'accouchement, au moment de la période d'expulsion, leur consistance augmente encore. Cela résulte de la pression que ces tumeurs supportent de la partie fœtale, qui est arrêtée dans son engagement et dans sa descente; elles se trouvent dans les conditions d'une tumeur liquide très tendue, qui perd ses caractères de mollesse et de fluctuation. Dans notre observation, la tumeur ne pouvait pas être confondue avec une tumeur solide; elle ne présentait pas la dureté osseuse de l'exostose, ni la consistance mollasse de certaines tumeurs à médullocèles ou à myéloplaxes; elle avait une certaine rénitence, qui aurait fait plutôt supposer une tumeur sanguine très tendue ou un fibrome ramolli, comme on l'observe pendant la grossesse.

Le frémissement hydatique n'a été observé que dans un cas de Davaine (obs. 167) et dans celui de Guéniot. Ce caractère est donc très rarement constaté dans les kystes hydatiques du bassin.

Ces tumeurs ne sont ordinairement pas immobiles, fixées indissolublement au point où on les constate, mais leur mobilité est très peu marquée. En aucun cas il n'a été possible de les réduire, c'est-à-dire de les repousser vers le détroit supérieur, au-dessus de la partie fœtale, ou de les attirer jusqu'à la vulve, de façon à permettre le dégagement de la partie fœtale.

Dans les cas de diagnostic difficile, il ne faudra pas oublier de rechercher s'il n'y a pas en un point quelconque de l'organisme un autre kyste de même nature, puisque ces lésions sont ordinairement multiples.

Ces tumeurs possèdent cependant un signe pathognomonique, c'est le caractère du liquide qu'elles contiennent lorsque l'hydatide est vivante. Le liquide hydatique est transparent, limpide comme de l'eau de roche; il contient du chlorure de sodium, en tout cas pas d'albumine, ni de mucine; l'examen microscopique permet quelquefois d'y reconnaître les crochets caractéristiques des échinocoques.

En résumé, on reconnaîtra les kystes hydatiques vivants à l'absence de signes réactionnels, à leurs caractères de tumeur lisse et ordinairement arrondie, rénitente, jouissant d'une mobilité très limitée, à leur multiplicité, et, dans quelques circonstances favorables, au frémissement hydatide et à la constitution physique, chimique, microscopique du liquide qu'ils contiennent; mais ces deux derniers signes importants manquent trop souvent pour qu'on puisse d'emblée diagnostiquer cette affection.

Au point de vue du diagnostic différentiel, il nous paraît utile d'indiquer sommairement les caractères différents que présentent les autres tumeurs du bassin, pouvant mettre obstacle à l'accouchement.

Les tumeurs du petit bassin constituent une cause assez rare de dystocie; elles siègent dans les parties molles ou dans les os. Nous ne connaissons aucun exemple de lipome, de myxome, d'anévrysme, ni de kystes des os du bassin.

Sans prétendre que notre statistique soit complète, nous mentionnons les chiffres suivants : Nous avons réuni comme causes de dystocie 6 observations de cancer du vagin, 2 de cancer du rectum, d'assez nombreux cas d'exostoses, 5 cas d'enchondrome, dont un cysto-enchondrome, 1 fibro-cysto-enchondrome, 6 ostéo-sarcomes, 10 fibromes du vagin, 16 fibromes intra-pelviens. C'est donc avec ces tumeurs qu'il convient d'établir un diagnostic différentiel. Beaucoup de ces néoplasmes présentent des excavations kystiques, qui peuvent par conséquent justifier une erreur.

Au point de vue de leur marche, on peut distinguer ces tumeurs en bénignes ou en malignes.

Les tumeurs malignes se distingueront suffisamment des kystes du bassin par les symptômes graves qui les accompagnent, par leur marche rapide, par la cachexie qu'elles produisent, par les douleurs qu'elles provoquent indépendamment de celles qui résultent de la compression ou de la destruction des organes voisins.

---

et Dubreuil, professeurs, et M. Gayraud, chargé de cours à la Faculté de Montpellier. Les trois experts furent d'accord pour déclarer que l'application d'un bandage limité au coude, après la réduction d'une luxation, ne constituait pas une faute lourde, mais que « le fait d'avoir maintenu le bandage en place pendant trente-six heures, malgré les instances de la malade et les vives souffrances qu'elle accusait, constituait une grave imprudence, due à une fausse interprétation des phénomènes observés ».

Le tribunal a déclaré le docteur X... coupable de *faute grave par imprudence, négligence* ou *ignorance*, et l'a condamné à payer à la demanderesse (dont l'infirmité actuelle nuit à l'exercice de la profession de couturière) la somme de 1000 francs à titre de dommages-intérêts, et, de plus, une pension annuelle et viagère de 200 francs. Ce jugement a été confirmé par la Cour de Nîmes, qui a élevé à 1800 francs le chiffre des dommages-intérêts.

Comme je viens de vous le dire, cher confrère, le principe de la responsabilité des médecins est indéniable; il met entre les mains des malades une arme protectrice dont nous devons plus que personne admettre la légitimité; mais vous voyez combien le maniement juridique peut en être délicat. Au premier abord, on sera tenté de répondre, et l'on a peut-être répondu aux experts de Montpellier, que l'application d'un bandage limité au coude peut bien n'être pas contaire aux règles de l'art, mais à la condition d'être lâche, de ne pas gêner la circulation, et c'est d'avoir entravé la circulation qu'on accusait le médecin; que la trop forte constriction a été le point de départ et la cause directe des accidents, et que c'est là le caractère essentiel de la faute, aggravée seulement par une négligence ultérieure, qui en a rendu inévitables les fâcheuses conséquences. Et, en bonne règle, il faut bien reconnaître que, vu les dispositions anatomiques de l'articulation du coude, il n'est besoin pour maintenir réduite une luxation de cette articulation *sans fracture*, que d'un bandage modérément compressif, sauf, si on le juge utile, à mieux

Le cancer des parties molles peut siéger primitivement au vagin ou au rectum; il occupe de préférence la muqueuse, où il constitue une tumeur dure, irrégulière, mamelonnée, ulcérée et déterminant un écoulement ordinairement fétide. Nous ne connaissons pas un cas qui ait prêté à quelque erreur de diagnostic.

Il n'en est pas de même des ostéo-sarcomes ou carcinomes et de quelques chondromes à forme cystique. Ils siégent avec une fréquence relative sur les os du bassin. Ces tumeurs ont une consistance dure ou molle, suivant qu'il s'agit d'une tumeur cartilagineuse ou sarcomateuse, centrale ou superficielle. Elles sont ordinairement inégales, fluctuantes par place, de forme ordinairement bosselée, de volume excessif, emplissant l'excavation pelvienne, adhérentes à l'os avec lequel elles font corps, envoyant parfois des prolongements plus mobiles, présentant souvent à leur superficie une crépitation parcheminée, des pulsations expansives et un bruit de souffle. Il est cependant possible que quelques-uns de ces signes si nets fassent défaut, et que le diagnostic présente des difficultés. Il faut alors recourir à la ponction; elle donnera dans ces cas écoulement à du sang, à de la sérosité sanguinolente ou de consistance colloïde, ou pas d'écoulement du tout.

Les tumeurs solides bénignes intra-pelviennes présentent avec les kystes du petit bassin quelques phénomènes communs : leur marche est lente, la santé des malades peut rester bonne; elles sont indolentes ou ne provoquent des douleurs que par compression, à la façon des kystes.

Il n'est pas utile d'insister sur les exostoses et sur les cals vicieux. On les reconnaîtra facilement à leur dureté et à leur immobilité.

Les chondromes sont des tumeurs circonscrites, parfois sphériques, mais plus souvent mamelonnées, d'une consistance à la fois dure et élastique, mais quelquefois inégale, surtout lorsqu'elles sont kystiques. L'inégalité de leur consistance par place ne se rencontre pas dans les kystes et permet d'éviter de les confondre avec eux.

Il n'est pas besoin d'insister sur les fibromes du vagin, qu'on devrait plutôt appeler polypes, parce qu'ils font toujours une saillie plus ou moins prononcée dans la cavité vaginale. Les kystes ne présentent jamais cette apparence. Les fibromes intra-pelviens possèdent une forme, un volume, une consistance qui peut en imposer pour un kyste; ils siègent habituellement sur les côtés du vagin, mais leur situation ne nous fournit pas un signe différentiel assez important pour qu'on en tienne grand compte. Leur consistance peut être très analogue à celle des kystes. Les fibromes sont, en effet, souvent ramollis pendant la grossesse. Nous avons insisté, d'autre part, sur la résistance que présentent certains kystes hydatiques, surtout au moment de l'accouchement, lorsque la tumeur est comprimée et tendue par la partie fœtale qui ne peut plus avancer. Les chondromes quelquefois, les fibromes plus souvent, peuvent donc être difficiles à reconnaître des kystes.

Dans ces cas de diagnostic difficile, il faudra recourir à la ponction exploratrice, qui lèvera tous les doutes. Dans les cas de tumeur solide, elle ne donnera aucun résultat; dans le cas de tumeur cystique, elle donnera un liquide très différent de celui qu'on rencontre dans les kystes hydatiques, mais cependant pouvant être confondu avec le liquide contenu dans les kystes muqueux. Ce signe différentiel, valable pour les kystes hydatiques, aura donc moins d'importance comme signe distinctif des kystes du vagin.

Il est une dernière catégorie de tumeurs dont la nature est fort discutable, désignée sous le nom d'ostéostéatome. Nous en avons réuni sept observations. Si nous nous en rapportons au mémoire de M. Chapman (de Brooklyn) (*Cyr, Société médico-pratique*, 24 novembre 1880), il y a lieu d'établir leur diagnostic avec les tumeurs de l'excavation pelvienne. Dans les deux cas de Chapman, la tumeur fut compatible avec une bonne santé de la mère, elle survint à un âge peu avancé (dix-huit ans et vingt-six ans), elle ne provoqua aucune douleur, elle se développa lentement (quatre ans dans le second cas), elle fut constituée par une tumeur globuleuse, immobile, présentant une résistance fibreuse, mais possédant en même temps un certain degré d'élasticité. Tous ces caractères peuvent être constatés dans un kyste du petit bassin. Pour faire le diagnostic, il fut nécessaire de pratiquer la ponction. Celle-ci révéla des symptômes très différents de ceux qui appartiennent aux kystes. La paroi de ces tumeurs, épaisse, fut difficile à ponctionner. La ponction ne fournit aucun écoulement liquide. Mais le signe important de ces tumeurs est que le trocart introduit dans leur intérieur put être déplacé dans tous les sens. L'incision de la tumeur permit d'évacuer une très grande quantité (un litre dans un cas) d'une substance graisseuse demi-liquide qui ne tarda pas à se figer à l'air. Ce ne serait donc qu'à l'aide de la ponction ou de l'incision et de l'évacuation du kyste qu'on pourrait distinguer ces ostéostéatomes des kystes du vagin.

Ces faits sont tellement extraordinaires et exceptionnels dans la pathologie du système osseux, que nous devons attendre la publication de nouvelles observations avant d'admettre d'une façon définitive une variété de tumeurs osseuses méritant une place nosologique spéciale sous le nom d'ostéostéatome. On ne pourrait, en effet, rapprocher de ces tumeurs que les tumeurs myéloïdes, qui correspondent aux tumeurs à médullocèles ou à myéloplaxes de Robin. Elles s'en distinguent cependant essentiellement par leur pronostic toujours grave et leur marche ordinairement assez rapide et fatale.

C'est surtout avec les tumeurs liquides qu'on peut confondre

---

assurer la contention par des attelles ou une gouttière de carton. Néanmoins, les experts ont agi très sagement en repoussant la qualification de *faute lourde* adressée à l'application d'un bandage au coude sans bandage roulé de la main et de l'avant-bras, après réduction d'une luxation. La règle chirurgicale que voulait établir la demanderesse, si elle recevait, dans les termes où elle était posée, une sorte de consécration judiciaire, ajouterait aux conditions déjà nombreuses et souvent mal déterminées de la responsabilité médicale un élément qui prêterait à de faciles abus.

— Vous savez bien, cher confrère, qu'il s'élève actuellement sur les hauteurs de Montmartre, une basilique, pour le rachat principalement de nos péchés politiques, et c'est ce qui fait qu'on lui a donné de très grandes dimensions. Mais vous ignorez peut-être qu'une décision de Mgr l'archevêque de Paris place une des chapelles de la crypte sous l'invocation des saints Cosme et Damien. Or saints Cosme et Damien sont les patrons de la médecine. C'est une charge qui a été conférée à ces deux frères, médecins l'un et l'autre, en mémoire du martyre qu'ils ont subi sous Dioclétien. On ne s'aperçoit pas toujours de ce saint patronage à la manière dont marchent les choses de la profession et surtout la thérapeutique, à laquelle ils n'ont pas encore transmis le don, qu'ils possédaient, de guérir les malades par imposition des mains. Peut-être cela viendra-t-il si vous voulez bien prendre part à une souscription ouverte au profit de la basilique dans le corps des médecins et des pharmaciens, par les soins d'un comité exclusivement médical, dont le siège est au Mans et dont la circulaire nous est parvenue.

les kystes du petit bassin. Nous ne connaissons aucun cas d'hématocèle intrapéritonéale pendant la grossesse. Quant au thrombus circonscrit du vagin, l'hématome, il n'existe pas. L'épanchement du sang débutant sous le vagin n'est pas circonscrit, il est aplati, latéral et ne tarde pas à s'étendre à la lèvre correspondante.

Les abcès, au cas où il en existerait des exemples, se reconnaîtraient facilement à la douleur et aux phénomènes inflammatoires qu'ils présentent.

C'est surtout avec les kystes de l'ovaire que le diagnostic offre de grandes difficultés. Ces tumeurs peuvent présenter la même forme, la même indolence, la même absence de phénomènes généraux, les mêmes caractères physiques, la même marche. Les signes proposés par Spencer Wells n'ont pas la valeur que cet auteur leur attribuait. Si la tumeur siège dans la cloison recto-vaginale ou en un autre point du petit bassin, la détermination précise de la situation qu'elle occupe pourra permettre d'exclure l'idée d'un kyste de l'ovaire. Mais si la tumeur siège dans le cul-de-sac de Douglas, on ne pourra établir sa nature que par la ponction. Et cette ponction ne devra être faite que si elle est nécessaire pour lever l'obstacle opposé par la tumeur à la descente de la partie fœtale. Elle n'est, en effet, pas exempte de danger dans le cas où il s'agirait d'un kyste de l'ovaire, dépourvu d'adhérences péritonéales. Les adhérences ont toujours été constatées dans les cas de kystes hydatides du cul-de-sac de Douglas. La ponction du kyste hydatique n'aurait donc pas le pronostic fâcheux qui appartient à cette même opération dans les cas de kyste de l'ovaire.

Le kyste étant reconnu, il faudrait établir sa nature. Le diagnostic est d'ailleurs peu important au point de vue de la dystocie qui nous occupe. La ponction permettant de reconnaître la nature différente du liquide du kyste, l'élimination de membrane ou de vésicules hydatiques, quelquefois le frémissement hydatique sont les seuls signes différentiels que nous possédions pour distinguer les diverses variétés de kystes pelviens.

Nous avons supposé dans les considérations précédentes qu'il s'agissait d'un kyste hydatique vivant. Mais il peut être mort et alors présenter de la dégénérescence graisseuse ou être le siège d'inflammation et de suppuration.

Si le kyste présente de la dégénérescence graisseuse, on le confondra presque nécessairement avec une tumeur solide bénigne. L'ablation et l'examen anatomo-pathologique pourront seuls permettre de reconnaître sa nature.

Si le kyste est le siège de suppuration, il y aura presque nécessairement confusion avec un abcès. Le diagnostic ne pourra être établi que lorsque la membrane du kyste hydatique, des vésicules d'hydatides filles ou des crochets d'échinocoques seront expulsés et seront reconnus par l'inspection directe ou l'examen microscopique.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Quelques remarques sur le procédé opératoire de la vaccination.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Malgré les nombreux écrits relatifs à la vaccination, il nous a semblé que quelques remarques pratiques pouvaient être formulées au sujet des conditions de conservation et d'inoculation. C'est ce que nous allons faire brièvement.

Et d'abord qu'on nous permette de regarder comme établi par l'expérience et la pratique le fait suivant :

« 1° Les deux vaccins, soit humain, soit de génisse, ont » leur maximum de puissance le sixième jour (le jour de » l'inoculation non compté). » (Cette remarque a son utilité surtout dans les revaccinations.)

« 2° Le vaccin humain ou animal, à partir du sixième » jour, diminue de puissance, et quand il est conservé (liquide » ou solide), son intensité décroît rapidement. » (Le vaccin solide ou desséché est meilleur que le vaccin en tubes au point de vue de la conservation.)

Comme conclusion des remarques précédentes, je déduirai qu'il faut, dans la pratique médicale journalière, pour avoir le plus de succès possible, prendre plus de précautions pour revacciner, par exemple, un adulte de trente ans avec du vaccin en tube capillaire conservé depuis trois jours (et qui a été recueilli il y a peut-être huit jours et plus), que dans le cas type ordinaire, c'est-à-dire dans le cas de la vaccination première d'un enfant de trois mois, bien portant, de bras à bras, avec un enfant vaccinifère au sixième ou septième jour d'une magnifique éruption de pustules vaccinales.

La vaccination (et surtout la revaccination) donnera donc des résultats différents, suivant que l'on opérera de telle ou telle façon avec du vaccin à son maximum de virulence ou avec du vaccin conservé liquide ou solide.

On doit conclure de la pratique de tous les vaccinateurs des différents pays (Belgique, Italie, Angleterre, France, etc.) que *le seul procédé* qui doive être appliqué dans tous les cas, vaccination et revaccination, avec tous les vaccins, est celui que je vais décrire, et que j'appellerai le *procédé Chambon*, parce qu'il est toujours appliqué par ce vaccinateur émérite.

Lancette de Chambon, étroite, fine, fixe sur son manche, dont le modèle se trouve chez Colin et Cie.

Procédé opératoire. — 1° Charger la lancette avec le vaccin liquide ou avec le détritus solide, frais ou conservé, de la pustule de génisse.

2° Faire trois incisions à chaque bras pour la vaccination, à un seul bras pour la revaccination. Ces incisions faites au lieu d'élection sont légères, longues d'un demi-centimètre et rapprochées de 1 centimètre; ce sont plutôt des égratignures que des scarifications; elles atteignent ainsi plus sûrement la couche sous-épidermique du réseau lymphatique. En allant trop profondément, l'absorption n'est pas plus assurée, et l'on risque d'amener chez le sujet une légère inflammation que l'on évitera en suivant le précepte indiqué.

3° Après avoir fait les incisions, frotter la lancette doucement sur lesdites incisions, afin d'assurer l'introduction du vaccin.

4° Laisser sécher quelques instants et recouvrir les incisions d'un petit morceau de papier gommé, dit papier timbre-poste, très légèrement humecté.

Ce procédé, je l'affirme avec un grand nombre de vaccinateurs, est aussi peu douloureux que possible; il est aussi facilement applicable chez l'enfant que chez l'adulte, et en outre, pour le *vaccin conservé* et les *revaccinations*, c'est le seul qui donne le maximum de succès, c'est le *seul* que l'on doive employer.

J'ai obtenu avec ce procédé, au sixième jour de vaccin d'une génisse, 63 pour 100 de succès sur 250 militaires revaccinés; 47 pour 100 au septième jour sur 300 militaires.

56 pour 100 de succès au lycée du Havre, sur 182 enfants revaccinés (huit ans à dix-huit ans); sixième jour de vaccin de génisse.

Ces chiffres sont significatifs.

Je terminerai par quelques remarques pratiques qui ont leur utilité :

1° Le vaccin conservé doit être tenu dans un endroit frais.

2° Si sur un sujet on a obtenu, au septième jour, une seule pustule, aussi petite qu'elle soit, elle servira à réinoculer le porteur, et les expériences de Dumontpallier ont démontré que du cinquième jour au neuvième jour de l'inoculation la

réinoculation est possible. Alors, dans la seconde semaine, on aura généralement un succès complet.

On dit quelquefois qu'une seule pustule suffit à préserver; cependant il semblerait avoir été relevé, dans certaines statistiques de varioleux faites à ce point de vue, que la variole est d'autant plus grave que le sujet contaminé a moins de cicatrices de pustules vaccinales.

3° Le vaccin de génisse a, en général, une évolution plus lente que le vaccin humain (un jour ou deux en plus).

Je ne ferai pas ici de parallèle des deux vaccins humain et de génisse quant à leur valeur et relativement à l'immunité qu'ils confèrent. Je dirai seulement que, pour les revaccinations en temps d'épidémie, des grandes agglomérations (lycées, casernes, prisons, hôpitaux, etc.), le vaccin animal est d'un emploi plus simple et plus commode. Je rappellerai encore une fois seulement que le seul procédé à employer est celui que je viens de décrire plus haut.

Dr Gérard Laurent,
Médecin vaccinateur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 3 MARS 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

Expériences sur les substances toxiques ou médicamenteuses qui altèrent l'hémoglobine, et particulièrement sur celles qui la transforment en méthémoglobine. Note de M. *G. Hayem*. — L'hémoglobine dissoute, ainsi que l'a reconnu Hoppe-Seyler, a la même capacité respiratoire que l'hémoglobine encore combinée avec le stroma globulaire. Lorsque ces substances n'ont subi aucune modification chimique, leur pouvoir d'absorption pour l'oxygène reste intact, et inversement, lorsqu'on fait éprouver à l'une ou à l'autre de ces deux formes d'hémoglobine une altération chimique, on voit diminuer leur capacité respiratoire.

Il semblerait, d'après cela, que l'hémoglobine dissoute fût la même que l'hémoglobine faisant partie intégrante des globules. Cependant, dans ces deux états différents, l'hémoglobine ne réagit pas de la même manière en présence des corps qui transforment cette matière colorante en méthémoglobine. Voici les principales preuves expérimentales données par l'auteur :

1° Les substances volatiles capables de faire apparaître la méthémoglobine dans le sang, par exemple le nitrite d'amyle employé en inhalations, ne produisent un abaissement de la capacité respiratoire que lorsqu'elles ont pénétré dans le sang à dose suffisante pour que celui-ci présente le spectre caractéristique de la méthémoglobine. Mais déjà, avant l'apparition de la raie dans le sang pur, si on dilue avec de l'eau une certaine quantité de sang, l'hémoglobine dissoute se transforme, au bout de quelques heures, d'une manière plus ou moins complète, en méthémoglobine. Lorsque la dose de vapeurs de nitrite d'amyle est suffisante pour que la raie de la méthémoglobine soit sensible dans le sang pur, mais cependant encore assez modérée pour qu'il n'y ait pas de destruction notable des globules rouges, la méthémoglobine disparaît au bout de quelques heures et se transforme en hémoglobine, que l'examen du sang soit effectué sur le vivant ou sur du sang conservé en dehors de l'organisme. Dans ce dernier cas, si on dilue le sang exhalant encore l'odeur du nitrite d'amyle, mais ne présentant plus, à l'état pur, les caractères de la méthémoglobine, une partie de l'hémoglobine dissoute se retransforme peu à peu en méthémoglobine. Enfin les fortes doses de nitrite d'amyle, capables de détruire une quantité notable de globules rouges, déterminent, dans le sang pur, une production persistante de méthémoglobine.

En agissant directement sur du sang dilué ou sur du sang dont on a fait dissoudre l'hémoglobine par congélation, dès que les vapeurs de nitrite d'amyle ont déterminé la production de méthémoglobine, celle-ci devient persistante.

2° Les substances solides qui peuvent se dissoudre dans le sang sans altérer sensiblement les globules rouges, par exemple le ferricyanure de potassium, ne font pas apparaître de méthémoglobine dans le sang pur, mais il suffit de diluer ce sang pour que l'hémoglobine dissoute se transforme immédiatement en méthémoglobine. En abandonnant au repos du sang défibriné, auquel on a ajouté du ferricyanure de potassium, on voit se former à la surface une couche de sérum coloré dans lequel l'hémoglobine dissoute est complètement transformée en méthémoglobine. La couche globulaire, au contraire, examinée en couche mince, ne renferme pas de méthémoglobine. Mais il suffit d'y ajouter de l'eau pour que l'hémoglobine dissoute se transforme, au moins partiellement, en méthémoglobine. De même l'injection sur le vivant d'une solution concentrée de ferricyanure de potassium ou de sodium reste sans effet sur l'hémoglobine des globules (examen du sang pur), tandis que, en ajoutant de l'eau au sang, on voit bientôt apparaître au spectroscope les caractères de la méthémoglobine. En ajoutant directement une de ces substances à du sang dilué ou à une dissolution de sang obtenue par congélation, l'hémoglobine se transforme immédiatement et définitivement en méthémoglobine.

Quand on se sert de nitrite de sodium, la méthémoglobine se produit rapidement dans le sang, aussi bien sur le vivant qu'*in vitro*. Sur le vivant, la méthémoglobine ne tarde pas à disparaître, ainsi que l'a vu, de son côté, M. Hénocque (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 22 décembre 1883); au contraire, dans le sang traité directement par le nitrite de sodium, la méthémoglobine ne disparaît pas complètement. Lorsque la réaction devient plus faible ou douteuse, il suffit de diluer le sang pour la rendre de nouveau très apparente. Le nitrite de sodium entraîne d'ailleurs, même lorsqu'il est employé à petite dose, la destruction d'un certain nombre de globules rouges, tandis que les vapeurs de nitrite d'amyle ne produisent cet effet qu'à haute dose.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 11 MARS 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ALPHONSE GUÉRIN.

M. le docteur *Bitot* (de Bordeaux) prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un *Pli cacheté*. (Accepté.)

M. le docteur *L. Véron* envoie la *Liste des hommes vaccinés et revaccinés en 1883 au 1er régiment de chasseurs d'Afrique à Blida*. (Commission de vaccine.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *L. Amat*, un ouvrage *sur l'action physiologique des bains de mer;* 2° de la part de M. *E. Rivière*, un mémoire *sur l'Exposition au Muséum du « Travailleur » et du « Talisman »*; 3° au nom de M. le docteur *G. Lordi* (de Naples), un mémoire intitulé *Memoria sul colera asiatico;* 4° de la part de M. le docteur *L. Larchi* (de Bucharest), une brochure ayant pour titre : *Tratamentul anchilosei genuchiului si al genuchiului valg prin osteotomie.*

M. *Constantin Paul* présente, de la part de M. le docteur *Poucel* (de Marseille), un mémoire imprimé *sur l'influence de la congestion chronique du foie dans la genèse des maladies.*

M. *Guéniot* fait hommage, au nom de M. le docteur *Dauchez*, un mémoire intitulé : *Des éruptions vaccinales généralisées (vaccinides) et de quelques dermatoses suscitées ou rappelées par la vaccination.*

M. *Lunier* dépose une note de M. le docteur *Bedoin, sur les aliénés dits criminels.*

Élection. — Par 48 voix sur 85 votants, M. *Siredey* est élu membre titulaire dans la deuxième section (*Pathologie médicale*), en remplacement de M. Lasègue, décédé. M. Bouchard a obtenu 37 voix. C'est presque une prise de possession à prochaine échéance.

Eaux minérales. — Sur le rapport de M. *Armand Gautier*, l'Académie émet des avis favorables pour l'exploitation

des sources suivantes : Epezy, à Sail-sous-Couzan (Loire); Clémentine, à Labégade (Ardèche); Guerrier, à Saint-Yorre (Allier); Grande Source et des Dames, à Bagnoles (Orne); Desaix, à Saint-Nyon (Puy-de-Dôme); de Por et de Lestande, à Saint-Flour (Cantal); Gontard, de Mey et du Torrent, à Saint-Gervais (Haute-Loire); Excellente, à Prades. L'ajournement est voté, jusqu'à plus amples informations, pour trois sources situées à Beaumes-de-Venise (Vaucluse).

ÉPIDÉMIES. — M. *Bucquoy* commence la lecture du *Rapport général sur les épidémies en France pendant l'année* 1882. (Ce rapport sera analysé lorsque la lecture en aura été complète.)

RÉTRÉCISSEMENTS DE LA TROMPE D'EUSTACHE. — M. *J. Mercié* lit, en son nom et au nom de M. le docteur *Garrigou-Desarène*, une Note sur le traitement des rétrécissements de la trompe d'Eustache par l'électrolyse. Le procédé employé est le suivant : dans la sonde *en caoutchouc* mise en place, on introduit une bougie constituée par un faisceau de fils d'argent très fins qui, tordu sur lui-même en anse à l'extrémité, ne peut blesser les parois de la trompe; lorsque le fil métallique est arrivé au niveau du bec de la sonde, on marque un point de repère sur la portion du fil qui dépasse le pavillon de la sonde, à environ 35 millimètres de ce pavillon. On peut, à l'aide de ce point de repère, en tenant compte de la présentation de la sonde dans le pavillon de la trompe, se rendre un compte exact du niveau où siège le rétrécissement. La sonde maintenue en place, on pousse doucement le fil métallique jusqu'à ce que l'on sente ce fil pénétrer avec plus de difficulté ou butter contre le rétrécissement; on place alors dans le conduit auditif externe une petite olive d'argent munie d'une tige et arrivant jusqu'au voisinage du tympan; puis l'on fait passer un faible courant (deux à trois éléments de Chardin) en mettant en communication la tige de l'olive avec le pôle positif, et le fil métallique qui dépasse le pavillon de la sonde avec le pôle négatif. Le malade éprouve une douleur très légère au moment du passage et de l'interruption du courant. La durée de l'opération ne dépasse pas deux minutes. Après l'électrolyse, la bougie, qui d'abord était très serrée entre les parois de la sonde, glisse avec facilité.

Société de biologie.

SÉANCE DU 8 MARS 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MATHIAS DUVAL, VICE-PRÉSIDENT.

Poison des flèches des Moïs : M. Bochefontaine. — Kystes dentaires : M. Nepveu. Discussion : MM. Magitot et Malassez. — Corpuscules calcaires des muscles chez le cheval : M. Mégnin. — Substance active du jequirity : M. Hardy. — Absence de sudation au niveau des engelures : M. Kaufmann. — Vésicules séminales du cochon d'Inde : MM. Mathias Duval et Hervé. — Absence de putréfaction du sang de crabe sous l'huile : M. Pouchet. — Saccharification de l'amidon par l'épiderme des poissons : M. Regnard. — Accidents nerveux produits par une larve : M. A. Robin. Discussion : M. Mégnin.

M. *Bochefontaine* a eu l'occasion d'étudier les effets d'un poison de flèches employé par la tribu des Moïs (Cochinchine) et qui lui a été envoyé par le docteur Legendre (de Saïgon) : ce poison tue par arrêt systolique du cœur et se montre extrêmement actif à petites doses. Il devrait être rapproché, selon M. Laborde, de l'*Upas antiar*.

— M. *Nepveu*, à propos de kystes dentaires développés dans le maxillaire supérieur et dont M. Verneuil a fait l'ablation, entretient la Société du mode d'évolution probable de ces sortes de productions : il les fait dériver des globes épidermiques développés sur le trajet du repli d'invagination de la muqueuse lors de la formation du follicule dentaire.

M. *Magitot* croit à leur provenance périostique et entre à ce sujet dans quelques développements à propos du périoste alvéolo-dentaire. M. *Malassez*, de son côté, ne croit pas qu'on doive décrire à ce niveau de membrane périostique isolable.

— M. *Mégnin* a fait l'examen de corpuscules calcaires dont étaient farcis tous les muscles d'un cheval abattu en 1880 à Lille et que fit saisir M. Vitu, vétérinaire inspecteur. On avait pensé que ces amas pouvaient résulter de la calcification de kystes formés autour de parasites, mais l'examen microscopique n'a pas permis de confirmer cette opinion. M. Mégnin se demande s'il ne s'agirait pas plutôt d'une dégénérescence spéciale des fibres musculaires avec une sorte d'encroûtement calcaire? L'analyse qualitative faite par M. Galippe n'a révélé autre chose que du carbonate et du phosphate de chaux et de magnésie.

— M. *Hardy* s'est occupé à son tour d'isoler la substance active du jequirity, que quelques expérimentateurs avaient déjà considérée comme un ferment soluble. Il la rapproche des glycosides et lui attribue toute l'activité des solutions de jequirity.

— M. *Kaufmann* (du Mans) adresse une Note sur l'absence de sudation provoquée au niveau des parties du corps qui sont le siège d'engelures; il fait remarquer l'intérêt du fait, en rapprochant ce défaut d'excitabilité des appareils nerveux sudoraux de la paralysie vaso-motrice locale au niveau de l'engelure et donne ce résultat comme confirmatif de l'indépendance de la sudation par rapport à la congestion cutanée.

— MM. *Mathias Duval* et *Hervé* ont étudié sur un rongeur de grande taille, voisin comme espèce de notre cochon d'Inde, le *Mara* de Patagonie, la signification des tubes désignés sous le nom de vésicules séminales. Ces tubes viennent s'ouvrir, sur la partie postérieure de l'urèthre, de chaque côté d'un verumontanum, par un conduit qui est commun à leur partie terminale et à celle du canal déférent. Quelque significatifs que soient ces détails, ils le sont moins encore que le fait suivant : sur le sommet du verumontanum est un orifice médian qui conduit dans un utricule prostatique; donc, puisque on a là l'utérus mâle, le reste des canaux de Müller, il n'est pas possible de considérer les vésicules séminales de cet animal comme les canaux de Müller; les vésicules doivent être des diverticules développés secondairement sur chaque canal de Wolff.

— M. *Pouchet* conserve depuis quatre mois du sang de crabe qu'il a recueilli sous l'huile, en amputant l'animal avec de rigoureuses précautions antiseptiques; ce sang, coagulé en gelée transparente, ne présente aucune trace de fermentation. L'huile cependant laisse passer certains germes, comme l'a vu déjà M. Van Tieghem : on trouve en effet des filaments de mycélium développés dans le fond du vase, qui ont emprunté pour se nourrir l'oxygène du sang; mais l'huile paraît avoir retenu les spores de pénicillum, car l'absence de putréfaction est complète.

M. *Chamberland* se demande s'il ne s'agit pas d'un défaut de développement de spores n'ayant pas trouvé la température nécessaire à leur évolution.

— M. *Regnard*, à propos des expériences récemment exposées à la Société par M. Ch. Richet sur l'action que les tissus animaux exercent sur l'amidon en le transformant en sucre, a repris des recherches qu'il avait exécutées il y a quelques années sur la même question. En plaçant un poisson dans un vase rempli d'eau d'empois, il avait voulu rechercher si la saccharification s'opérerait par l'action d'un liquide salivaire dont on ne connaît pas les organes au point de vue anatomique. La transformation de l'amidon en sucre s'est en effet opérée en quelques jours, mais elle ne résultait point, comme on aurait pu le penser, de l'action de la salive : l'enduit muqueux qui recouvre le corps de l'animal avait suffi à produire

la saccharification, comme l'a montré une expérience directe, dans laquelle la même quantité d'amidon a été tout aussi rapidement transformée au contact de cet enduit muqueux.

— M. *A. Robin* expose les accidents nerveux graves produits chez une femme par le développement d'un parasite, la larve d'une mouche du Brésil qui avait été déposée par la piqûre de la mouche dans l'épaisseur de la peau de la cuisse. Tous les accidents cessèrent par l'ablation de cette larve, dont les caractères zoologiques ont été déterminés par M. Laboulbène et exposés par lui à l'Académie de médecine.

M. *Mégnin* cite un second cas, analogue au précédent au point de vue de l'évolution de la larve, mais qui en diffère par l'absence d'accidents nerveux.

Erratum. — Au compte rendu de la Société de biologie (numéro du 7 mars 1884, p. 164, ligne 7), au lieu de : « le liquide ne renfermait *pas des* cellules pavimenteuses », lisez : « le liquide ne renfermait *que* des cellules pavimenteuses ».

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 12 MARS 1884. — PRÉSIDENCE DE M. DELPECH.

Des préparations d'aconit : M. Catillon (discussion).

M. *Catillon*, en parcourant le nouveau *Codex*, a constaté que la pharmacopée relative aux préparations d'aconit a été modifiée d'une façon importante, mais qui ne lui paraît pas cependant résoudre d'une façon définitive cette difficile question, déjà discutée au sein de la Société. Dans l'ancien *Codex* on trouvait inscrites les seules préparations de *feuilles* d'aconit à l'exclusion de celles que l'on obtient avec les *racines* et qui sont, on le sait, beaucoup plus actives. Aujourd'hui la nouvelle édition du *Codex* renferme, à côté de l'alcoolature *de feuilles*, l'alcoolature *de racines;* mais il n'est nullement spécifié laquelle de ces deux préparations devra délivrer le pharmacien, si l'ordonnance du médecin porte la mention incomplète : *alcoolature d'aconit*. Le même embarras, et le même danger résultant d'une différence considérable d'activité, existent également à l'égard des extraits; en effet, le nouveau *Codex* admet l'extrait *de feuilles* sèches par infusion, et l'extrait *de racines* sèches traitées par l'alcool. Quant à la teinture, celle de feuilles est seule admise, or c'est une préparation presque inactive; de même, le sirop d'aconit, ainsi que dans l'ancien *Codex*, doit être préparé avec l'alcoolature *de feuilles* fraîches dont l'action thérapeutique est à peu près nulle. — L'aconitine amorphe, admise dans l'ancien *Codex*, est remplacée, dans le nouveau, par l'aconitine cristallisée; mais il est à craindre que les médecins, habitués à prescrire l'aconitine amorphe, ne modifient pas les doses ou ne spécifient pas nettement la variété d'aconitine qu'ils désirent administrer, et que, par suite, des accidents graves viennent à se produire si le pharmacien fournit de l'aconitine cristallisée, aux doses formulées en vue de l'aconitine amorphe sous la seule rubrique : *aconitine*. M. Catillon croit devoir protester à ce sujet contre la rédaction de certains formulaires qui indiquent, pour l'aconitine cristallisée, la dose de 4 milligrammes; il rappelle que c'est par *quart de milligramme* que cet alcaloïde doit être prescrit.

M. *C. Paul* est d'avis que les dangers sont d'autant plus grands avec les préparations actives d'aconit, que ce médicament donne lieu, avec une rapidité exceptionnelle, au phénomène de l'accumulation des doses. Ainsi, il a observé plusieurs fois les symptômes de l'intolérance, picotements à la langue, refroidissement des extrémités, etc., après trois jours d'administration d'aconitine amorphe à des doses moyennes. D'autre part, il est cependant nécessaire que les médecins sachent employer les préparations actives d'aconit à des doses suffisantes; en effet l'usage de ces préparations tend à se répandre de plus en plus pour le traitement des affections catarrhales des premières voies respiratoires, et le public témoigne un certain engouement pour les résultats *remarquables* obtenus avec ce médicament par les homœopathes; il est bon de ne pas rester en arrière et de procurer aux malades le même soulagement, ce qui est facile en employant des doses suffisantes.

M. *Blondeau* demande si M. Laborde n'a pas signalé le danger inhérent à la transformation progressive et spontanée, par isomérie, de l'aconitine en un alcaloïde tout semblable, mais doué de propriétés très différentes ? Il faudrait dès lors n'employer que des produits de préparation récente.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle que, si les préparations d'aconit sont très utiles en thérapeutique, elles offrent par contre un certain danger résultant à la fois de leur diversité d'action suivant leur formule, et aussi de la susceptibilité individuelle très prononcée à l'égard de ce médicament. Il a observé dernièrement des accidents d'intoxication, chez un homme adulte, avec 20 gouttes d'alcoolature de racine d'aconit ingérées dans les vingt-quatre heures. Une autre malade a présenté des symptômes fort inquiétants après une injection hypodermique d'un huitième de milligramme de nitrate d'aconitine : rappelée à la vie par des frictions énergiques et des injections sous-cutanées d'éther, elle a conservé, pendant quatre jours, la perte absolue de la sensibilité de la peau du nez et des lèvres. Un des phénomènes les plus alarmants dans ce genre d'empoisonnement, est la sensation, éprouvée par le malade, de la cessation imminente des battements cardiaques; d'autant plus que l'exploration du pouls semble justifier cette crainte.

M. *N. Gueneau de Mussy* a observé de graves accidents d'intoxication, chez une malade de soixante ans, qui avait ingéré *en une seule fois* 15 centigrammes (3 gouttes) d'alcoolature de racine d'aconit. Il s'est assuré d'ailleurs que la dose n'avait pas été dépassée. Il recommande toujours, ainsi du reste qu'il l'avait fait ce jour là, de prendre la dose prescrite de la préparation d'aconit en plusieurs fois dans les vingt-quatre heures.

M. *Delpech* rappelle que, si deux préparations différentes d'une même substance sont inscrites au *Codex* et que leur activité soit inégale, il est d'usage, en pharmacie, de fournir la *moins active* lorsque l'ordonnance médicale ne spécifie pas celle qui doit être employée.

M. *Créquy* a vu un enfant auquel avaient été prescrits 2 centigrammes d'aconitine, et qui a ingéré cette dose colossale sans éprouver d'accidents. Il est évident que, dans ce cas, on a eu heureusement affaire à un produit de nulle valeur. Il règne encore une confusion regrettable sur la question de l'activité des préparations d'aconit, et sur la valeur des produits fournis par les diverses pharmacies.

M. *Ed. Labbé* fait remarquer que les jeunes enfants supportent fort bien des doses relativement élevées des préparations d'aconit, l'élimination du médicament ayant lieu rapidement, à cet âge, au niveau des reins. Il a vu un enfant d'un an auquel on administra, par erreur, 15 gouttes d'alcoolature *de racine* d'aconit, au lieu d'alcoolature de feuilles, et qui ne présenta aucun accident.

M. *Féréol* demande si la préparation employée, dans ce cas, a du moins produit quelques effets physiologiques.

M. *Ed. Labbé*. Il s'agissait d'alcoolature de racines, dont la mère de l'enfant avait fait usage précédemment, mais dont l'activité ne s'était manifestée par aucun symptôme physiologique appréciable.

M. *Cadet de Gassicourt* pense qu'en effet la préparation employée devait être inactive, car il a observé des effets ph

siologiques nets avec 1 à 2 gouttes d'alcoolature de racine d'aconit, chez des enfants de dix à douze ans. Il n'oserait pas dépasser cette dose pour de jeunes enfants.

M. *Ernest Labbée* a observé une tolérance assez marquée chez les enfants d'une douzaine d'années à l'égard des préparations actives d'aconit. Il rappelle d'ailleurs que, d'après J. Simon, les enfants supportent ces préparations relativement mieux que les adultes.

M. *Catillon* désirerait que la Société formulât nettement, comme une règle, que les pharmaciens doivent fournir la préparation *la moins active*, lorsqu'il en existe deux différentes inscrites au *Codex*, et que le médecin ne spécifie pas celle qu'il veut prescrire.

M. *C. Paul* pense qu'il vaudrait mieux renvoyer l'ordonnance incomplète au médecin pour obtenir des renseignements plus précis.

M. *Delpech* fait observer que cette manière de faire présenterait plus d'un inconvénient; elle pourrait, par exemple, jeter quelque inquiétude dans l'esprit du malade ou de ceux qui l'entourent, et nuire à la confiance accordée au médecin.

M. *Ernest Labbée* est d'avis qu'il faudrait, non seulement spécifier très exactement la préparation que l'on veut prescrire, mais aussi la provenance de l'aconit, car on sait que les produits extraits des aconits des Vosges ou du Dauphiné sont loin d'avoir le même degré d'activité.

M. *Limousin* fait remarquer qu'il serait également utile d'indiquer l'époque à laquelle l'aconit a dû être récolté, puisque les différentes parties de la plante renferment une quantité variable de principes actifs avant ou après la floraison. En un mot, il subsistera toujours des incertitudes impossibles à dissiper, puisque le pharmacien ne peut récolter lui-même les aconits qu'il emploie.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Danger des fortes doses de quinine, par M. A. Smith. — L'administration de fortes doses de quinine dans les maladies hyperthermiques avec tendance à l'affaiblissement du cœur est-elle dangereuse? telle est la question que Smith se pose et qu'il résout par l'affirmative en s'en rapportant à l'observation clinique. Ses conclusions sont les suivantes : les doses élevées de quinine ne doivent être données dans aucun cas de température élevée lorsque le cœur a commencé à faiblir; on doit apporter la plus grande circonspection dans l'administration de la quinine dans les maladies à température élevée, lorsque existe une maladie organique du cœur. Surtout chez les vieillards on ne l'emploiera qu'avec beaucoup de précautions. (*New-York medical Journal*, 2 février 1884, p. 115.)

Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire, manifestations tardives naso-pharyngiennes, par M. Samuel Kohn. — Les travaux de Jonathan Hutchinson, de Von Barensprung, de Von Rosen, de Lancereaux, de Baumber, de Van Buren et de Keyes montrent la difficulté du diagnostic et l'importance de reconnaître de bonne heure les lésions de la syphilis héréditaire. Trois cas observés par Kohn chez trois enfants issus des mêmes parents apportent un appoint à l'histoire de cette affection. Ces trois malades, ayant passé l'âge de l'adolescence, présentaient à des degrés divers des cicatrices dans le fond de la gorge, avec adhérence du voile du palais au pharynx; ils étaient affectés d'ozène et avaient rendu des os nécrosés. Le diagnostic de semblables lésions, survenant chez des adultes, aurait été difficile à porter, si on n'avait eu à examiner qu'un seul de ces malades; mais la communauté de leur affection et aussi les renseignements donnés par le père qui, à un moment donné, avait été mis à l'usage de l'iodure de potassium, étaient bien propres à éclairer la nature de ces lésions. (*The medical Record*, 2 février 1884, p. 122.)

Trois cas de trépanation du crâne, par M. Bilton Pollard. — Ce chirurgien a eu l'occasion de pratiquer trois fois cette opération pour des malades ayant des phénomènes de compression du cerveau à la suite de fracture du crâne. Les trois malades ont guéri. A ce sujet l'auteur vante les avantages de l'antisepsie, qui permet d'ouvrir sans aucune espèce d'accident la boîte crânienne, et en considération du peu de gravité de l'intervention, il la conseille dans tous les cas où à la suite de traumatisme du crâne les malades présentent quelque symptôme de compression ou d'irritation de l'encéphale. (*The Lancet*, 23 février 1884, p. 340.)

Cas de paraplégie rapidement mortelle, par M. Jonathan Hutchinson. — Après avoir rappelé un cas semblable rapporté par Gée et Abercombrie, l'auteur raconte en détail l'observation de son malade, dont voici les principaux traits. Homme de trente-cinq ans, très vigoureux, peut-être syphilitique, présente de la parésie du bras gauche et une inclinaison avec contracture du cou à gauche, déformation qu'il a attribuée à un accident survenu quelques années auparavant. Il ne se plaint de faiblesse du bras que depuis une ou deux semaines, et a été tout de suite mis à l'usage du mercure et de l'iodure de potassium. La paralysie s'étendit rapidement; en une semaine elle envahit les deux membres supérieurs et commença à se montrer dans les membres inférieurs; une semaine après, il était incapable de vider sa vessie et de retenir les matières fécales. Rétrécissement de la pupille. Sueurs abondantes et généralisées. Perte de la sensibilité dans toutes les régions paralysées du mouvement. A ce moment on crut devoir faire une incision pour voir la nature de la tumeur déformant le cou; on ne rencontra ni abcès, ni néoplasme. Quelques jours après, le malade mourait par arrêt des muscles de la respiration ayant débuté par le diaphragme et gagné successivement de bas en haut toutes les puissances respiratoires. Malheureusement l'autopsie ne put être faite. L'auteur pense toutefois qu'il s'agissait d'une tumeur maligne ayant comprimé la moelle cervicale. Cette observation, malgré l'absence d'autopsie, est remarquable au point de vue de la marche des phénomènes paralytiques. (*Medical Times*, 16 février 1884, p. 209.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique thérapeutique, par le docteur Dujardin-Beaumetz (3e volume, 2e et 3e fascicules. Paris, 1884. O. Doin).

Ce volume, consacré au traitement des maladies générales, débute par deux chapitres d'un intérêt particulier sur l'étude du sang considéré au point de vue thérapeutique et sur les émissions sanguines. Selon son habitude, l'auteur étudie d'abord la physiologie du sang, sa composition, les divers procédés de numération des globules, etc.

Les hématies subissent-elles des modifications en présence des substances médicamenteuses? C'est un point qui n'est pas encore résolu. On sait, depuis Cl. Bernard, que l'oxyde de carbone les paralyse en quelque sorte et leur enlève leur pouvoir respiratoire. Il est probable que l'alcool les prive de leur oxygène, et ce serait là, d'après M. Beaumetz, l'explication des propriétés antithermiques du médicament

Mais il est d'autres médicaments qui détruisent les globules ou augmentent leur nombre, et dont l'action directe a lieu probablement sur les hématoblastes, ces corpuscules rudimentaires bien étudiés par Hayem, qui les fait dériver des lymphatiques, tandis que les écoles allemande et italienne leur donnent pour origine la moelle osseuse. La question est de savoir si l'action médicamenteuse atteint le sang lui-même ou les organes chargés de le renouveler : les organes hématopoiétiques. Quoi qu'il en soit, il est d'un haut intérêt, non seulement de compter les globules, mais d'en faire une sorte d'analyse qualitative en dosant leur substance active, c'est-à-dire l'hémoglobine. On y arrive facilement par l'examen chlorométrique. Le médecin est donc armé de deux procédés qui lui permettent : 1° de compter les globules ; 2° de connaître leur valeur, c'est-à-dire leur richesse en hémoglobine. Ces deux procédés doivent toujours marcher de pair dans toute analyse clinique du liquide sanguin.

Le sang étant le véhicule nécessaire à l'introduction de toute substance médicamenteuse, on a voulu rendre plus rapide l'action de cette substance en l'introduisant directement dans le courant sanguin. C'est un procédé dangereux qui peut donner lieu à de graves accidents, et qui mérite l'abandon où on l'a laissé.

Mais il n'en est plus de même quand on veut renouveler le liquide sanguin lui-même en lui fournissant les principes constitutifs qui lui font défaut. C'est le but de la transfusion.

C'est en 1667 que Denis (de Montpellier) fit pratiquer la première transfusion du sang d'agneau chez l'homme. Après les alternatives habituelles d'engouement et d'abandon, la transfusion, malgré les efforts de ses partisans, est aujourd'hui une opération rarement pratiquée. Pour lui donner toutes les chances de succès dans les cas où elle est jugée nécessaire, il faut observer certaines règles dont la première est de ne point employer le sang d'un animal d'espèce différente. Il faut en outre agir avec du sang complet et opérer à l'abri de l'air.

Tous les cas d'anémie extrême sont justiciables de la transfusion, mais à condition que l'organisme n'ait pas perdu toute faculté d'aider à la rénovation du liquide; ce qui arrive dans certains cas d'anémie essentielle, dans toutes les cachexies profonde, cancéreuse, tuberculeuse ou autre, et c'est pure illusion de croire à la possibilité de modifier complètement un organisme malade en lui fournissant le liquide sanguin d'un organisme sain.

Pour éviter les accidents veineux on a proposé d'injecter le sang dans la cavité péritonéale. C'est échanger contre le danger d'une phlébite, celui non moins grand de la péritonite.

Quant aux injections de lait proposées par Hodder et que Gaillard-Thomas a voulu généraliser, il n'y a pas lieu de s'en occuper.

Les injections de liquide séreux chez les cholériques ont donné un succès à Lorrain. Leur emploi est logique et pourra être tenté de nouveau en cas d'épidémie.

La pratique des émissions sanguines doit-elle être définitivement considérée comme une erreur thérapeutique et vouée comme telle à un oubli mérité? M. Beaumetz a consacré quelques pages à l'examen de cette question. Il faut toujours distinguer la saignée unique, des saignées répétées coup sur coup. Celles-ci ont disparu à bon droit de la thérapeutique. Quant aux saignées isolées, elles ont certainement leurs indications. Elles diminuent le nombre des globules, modèrent la tension sanguine, et conviennent à titre de calmant des accidents dus à la pléthore et principalement des congestions. Mais leur effet est passager. Toute saignée provoque, d'après Hayem, une crise hématoblastique; c'est-à-dire une hypergenèse d'hématoblastes dont l'effet est de ramener rapidement la masse sanguine à l'état où elle se trouvait avant la saignée. La saignée est donc une médication d'accident et ne pourrait être continuée sans peine d'entraver l'hématopoïèse et de déterminer dans les organes des régressions plus ou moins graves. La saignée générale ne conviendra donc qu'à la première période des phlegmasies, dans les cas de surcharge circulatoire (congestions des affections cardiaques). Dans les fièvres, la saignée serait à recommander comme antithermique; mais cet effet passager s'achète par une diminution de forces qu'on doit éviter.

Quant aux saignées locales, leur effet général est beaucoup moins prononcé que celui des grandes saignées; mais elles ont une double action déplétive et révulsive qui en motive très souvent l'emploi.

Trois points sont à considérer dans l'étude de l'anémie, le chiffre des globules, leur altération, leur valeur individuelle (Hayem). D'après Quinquaud, il faut y ajouter la diminution du pouvoir absorbant du sang pour l'oxygène. A l'état normal 1000 grammes de sang absorbent 240 centimètres cubes d'oxygène. Cette absorption descend à 80 chez certains chlorotiques.

Les préparations ferrugineuses pénètrent dans le sang à l'état de chlorures et plus tard d'albuminates solubles. Elles sont prescrites aux malades sous forme de médicaments solubles ou insolubles; ces dernières conviennent moins aux estomacs débilités. Il est généralement reconnu aujourd'hui que les préparations martiales ont sur la chloro-anémie une influence curative particulière. Mais il n'est pas moins certain que dans beaucoup de cas elles sont difficilement tolérées, et que la curation doit être complétée par des toniques alimentaires et surtout par l'hydrothérapie bien dirigée et par l'aérothérapie.

Ces trois premières leçons nous ont paru particulièrement intéressantes en raison des recherches nouvelles qu'elles exposent, des discussions qu'elles soulèvent.

Celles qui suivent sont consacrées au traitement des principales maladies générales, telles que le rhumatisme et la goutte, le diabète, la syphilis.

On trouvera, à propos du rhumatisme, une exposition complète de la médication salicylée, de ses avantages aujourd'hui universellement reconnus, de ses indications et contre-indications. Le traitement des complications et particulièrement de la forme cérébrale est également bien exposé.

A l'article « Diabète », après une revue critique de toutes les théories qui se sont succédé, l'auteur expose les principes des grandes médications et donne tous les détails nécessaires pour ordonner et régler le régime du diabétique.

A propos du traitement des fièvres, nous insisterons particulièrement sur le chapitre consacré au traitement de la fièvre typhoïde, où se trouve une exposition complète des diverses méthodes antithermiques et particulièrement de la méthode de Brand.

L'auteur, ramenant le médecin aux vrais principes de la thérapeutique, n'a pas de peine à démontrer les côtés faibles de ces médications exclusives. Dans la fièvre typhoïde, comme dans toute autre maladie, il y a des formes, des individualités morbides qui s'accommodent mal d'un traitement univoque. Tout en reconnaissant les bons effets habituels de la médication par la quinine, de la balnéation froide, encore faut-il tenir compte des indications spéciales à chaque malade et d'après lesquelles le traitement doit être réglé.

Une dernière leçon est consacrée au traitement des fièvres éruptives ou, pour mieux dire, à celui de quelques complications ou de quelques formes spéciales. A propos de la variole et de son traitement prophylactique, l'auteur nous trace un historique rapide et complet de la vaccine et touche en passant la question de la revaccination et de la syphilis vaccinale.

« C'est avec une extrême satisfaction, nous dit en terminant M. Dujardin-Beaumetz, que je trace le mot *fin* au bas de cette dernière leçon. » Si nous croyons volontiers à ce sentiment de soulagement d'un travailleur qui a consacré cinq années à son œuvre, nous sommes également convaincus

que M. Beaumetz n'aura pas à regretter ce rude labeur qui lui donne une place si distinguée parmi les maîtres de notre école.

B.

VARIÉTÉS

Société protectrice de l'enfance. — La Société protectrice donnera un nouveau *bal d'enfants*, paré et costumé, sous le patronage des jeunes membres bienfaiteurs de l'œuvre, le jeudi de la Mi-carême, 20 mars prochain, à une heure, dans les salons de l'hôtel Continental. Une tombola au profit des petits enfants a été organisée. Il est d'autant plus à propos de prendre part à cette bonne œuvre, que le chômage de beaucoup d'ateliers oblige la Société à nourrir un grand nombre de mères pauvres.

L'alcoolisme a Paris. — Un statisticien belge, M. E. Canderlier, s'aidant des travaux de MM. Maurice Block et A. Baron, vient de publier une étude dans laquelle il relève les progrès de l'alcoolisme à Paris. En 1866, un habitant consommait 191 litres de vin; en 1872, 216 litres; en 1876, 219 litres; en 1881, 227 litres. De plus, un habitant consomme à l'heure actuelle 14 litres de bière et 11 litres d'alcool.

En 1881, Paris consommait à lui seul près de 575 millions de francs de vin ou alcool, soit 100 millions de plus que toute la Belgique. Or, dit le statisticien, pendant trente ans, de 1830 à 1860, le Parisien n'a guère bu que 100 litres de vin par an, preuve incontestable que 100 litres constituent une ration physiologique suffisante pour les besoins de la vie. On dit à tort que, si le peuple boit, c'est surtout pour suppléer aux déficits de sa nutrition; que s'il pouvait se nourrir mieux, il boirait moins. Le Parisien, d'après l'*Annuaire statistique de Paris* 1881, se nourrit incomparablement mieux que le Hollandais, ce qui ne l'empêche pas de boire beaucoup plus. On a remarqué, en outre, que le Parisien de 1881 se nourrit sensiblement mieux que celui de 1861, et que cependant il prend 227 litres de vin, au lieu de 134,6 qui lui suffisaient en 1861. Dans ces trois dernières années, de 1881 à 1883, Paris a dépensé à boire environ 1800 millions, dont 900 millions en excès, par plaisir, 900 millions qui n'ont fait ni sang, ni muscles, ni force reproductive, mais qui ont ici comme ailleurs élevé l'étiage du crime, de la folie, du suicide et de l'indigence, 900 millions perdus, anéantis ou n'aboutissant plus qu'à des fins mauvaises.

Assistance publique. — Le président de la République, après avis du conseil d'Etat, vient d'autoriser le directeur de l'Assistance publique à accepter les legs qui lui ont été faits par M. William Galignani, et consistant en 70 000 francs de rente sur l'Etat, et des immeubles et terrains valant plus d'un million.

Bureau central. — Les candidats inscrits pour le concours qui doit s'ouvrir le jeudi 20 mars 1884 pour deux places de chirurgien du Bureau central sont au nombre de dix-neuf. Ce sont MM. les docteurs : Bazy, Brun, Campenon, Castex, Garnier, Jalaguier, Jarjavay, Jullien, Labbé, Le Bec, Marchand, Nélaton, Nepveu, Petit-Vendol, Picqué, Prengrueber, Ramonède, Reny et Routier.

Société de secours aux blessés militaires. — Cette Société est autorisée à accepter le legs gratuit d'une somme de 2000 francs fait à cette œuvre par M. le professeur Houzé de l'Aulnoit, suivant son testament olographe du 16 octobre 1882.

Exposition internationale d'hygiène. — Le ministre du commerce vient de nommer une commission chargée d'assurer la participation de la France à l'exposition internationale d'hygiène qui doit s'ouvrir à Londres le 1er mai prochain. Cette commission, qui va se réunir prochainement, est composée de :

MM. Wurtz, professeur à la Faculté de médecine de Paris, président; le docteur Fauvel, inspecteur général du service sanitaire, vice-président; Nicolas, conseiller d'État; Jacquemart, inspecteur général de l'enseignement technique; Marié-Davy, président de la Société française d'hygiène; le docteur Proust, président de la Société de médecine publique; Faure-Dujarric, architecte; le docteur Martin, commissaire général de la section française.

Faculté de médecine de Lille. — Un concours pour un emploi de prosecteur d'anatomie s'ouvrira le lundi 28 avril 1884, à la Faculté de médecine de Lille. Les candidats devront s'inscrire au secrétariat avant le dimanche 20 du même mois.

Faculté de Lyon. — La chaire de physiologie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Nécrologie. — Manec (Pierre-Joseph), ancien chirurgien des hôpitaux de Paris, qui avait recueilli surtout à la Salpêtrière les matériaux de ses études chirurgicales, est mort à la Blanche, son pays natal, le 15 février, dans sa quatre-vingt-cinquième année. Né le 15 octobre 1799, à Montpezat (Lot-et-Garonne), il soutint, le 12 septembre 1826, sa thèse *Sur la hernie crurale*, devint chef des travaux anatomiques de l'administration de l'Assistance publique, et prit sa retraite de chirurgien des hôpitaux à la fin de 1859. Manec avait collaboré au *Traité d'anatomie descriptive* de Jules Cloquet; il avait publié en 1832 un *Traité de la ligature des artères* qui eut deux éditions, des tableaux représentant l'axe cérébro-spinal et le nerf grand sympathique, un mémoire sur le traitement du cancer par les caustiques arsenicaux, suivant en cela la tradition de son maître, Lallement, chirurgien de la Salpêtrière.

— M. le docteur Chateau (J.-D.-Ern.), lauréat de la Faculté de médecine (prix Corvisart), médecin consultant à La Bourboule, vient de succomber à une longue et pénible maladie. Il était docteur depuis 1853; sa thèse avait pour titre : *De la thoracentèse*.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Cangrain, de Fougerolles-du-Plessis (Mayenne).

Ecole pratique. Médecine opératoire oculaire. — Le docteur Gillet de Grandmont commencera son cours d'ophthalmologie (semestre d'été), le lundi 17 mars, à huit heures du soir, à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 3, et le continuera les vendredis et samedis suivants, à la même heure. — Se faire inscrire de une heure à trois, à l'Ecole pratique (auprès du garçon d'amphithéâtre).

Mortalité a Paris (10e semaine, du vendredi 29 février au jeudi 6 mars 1884). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1140, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 29. — Variole, 3. — Rougeole, 38. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 18. — Diphthérie, croup, 75. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 66.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 226. — Autres tuberculoses, 16. — Autres affections générales, 53. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 56. — Bronchite aiguë, 45. — Pneumonie, 72. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 36; au sein et mixte, 25; inconnu, 8. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 98; de l'appareil circulatoire, 60; de l'appareil respiratoire, 78; de l'appareil digestif, 53; de l'appareil génito-urinaire, 24; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 2. — Morts violentes, 30. — Causes non classées, 7.

Conclusions de la 10e semaine. — Le service de la statistique municipale a reçu, pendant la semaine actuelle, communication de 1140 décès au lieu de 1143 qui avaient été comptés pendant la semaine précédente.

Fièvre typhoïde (29 décès); variole (3); scarlatine (3); coqueluche (18); érysipèle (6); infection puerpérale (3); rougeole (38); diphthérie (75); bronchite aiguë (45); pneumonie (72); athrepsie des jeunes enfants (69).

Dr Jacques Bertillon,
Chef des travaux de la Statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 20 mars 1884.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE : LE NOUVEAU PROJET DE LOI SUR LES ALIÉNÉS.

Séance de l'Académie de médecine.

Nous terminons plus loin notre appréciation de la discussion relative au projet de loi sur les aliénés. Mardi dernier, l'Académie a voté, sauf de légères modifications de forme demandées par MM. Léon Le Fort et Lunier, toutes les *conclusions* du rapport de M. Blanche, c'est-à-dire en réalité une série d'*avis* sur les dispositions du projet de loi (voy. ces conclusions, *Gazette hebdomadaire*, 1884, n° 4, p. 61). Le rapporteur avait préalablement résumé toute la discussion et même répondu à plusieurs communications sur le même sujet récemment adressées à l'Académie. Parmi ces communications, il en est une que nous aurions vivement appuyée si l'avis favorable (4e conclusion), émis sur la proposition d'*assimiler à un asile* toute maison où l'on traite un aliéné en l'absence du tuteur ou d'un proche parent, eût été étendue à la proposition de la commission sénatoriale, suivant laquelle le foyer le plus intime de la famille ne serait plus une barrière à l'intervention de la justice et de l'administration. Qu'un aliéné aux mains de parents au delà du quatrième degré (art. 3 du projet) puisse être considéré comme privé de sa liberté : soit ; mais une sorte de présomption criminelle à l'égard d'un père, d'une mère, d'un fils, d'une fille d'aliéné, sans éléments matériels de prévention, sans aucune de ces circonstances « graves, précises et concordantes » que la loi impose au magistrat pour l'armer contre un individu, serait une sérieuse atteinte aux principes du droit et rencontrerait, nous l'espérons bien, dans l'application, l'opposition incessante de la famille et surtout du médecin.

Nous le répétons, les conclusions du rapport ne visent pas cette proposition de la commission sénatoriale, et c'est tout ce que M. le rapporteur avait à répondre à la communication de notre confrère de Chantelle. Seulement, il est à regretter peut-être que, dans son approbation du « principe » nouveau, le corps du Rapport (*Bulletin de l'Académie*, p. 167) ait enveloppé également l'article du projet et la proposition de la commission sénatoriale. A. D.

FEUILLETON

Comment on devrait faire sa thèse.

(Fin. — Voy. les nos 8 et 10.)

II. — La seconde espèce de thèses comprend celles qui ont trait à des sujets déjà étudiés, mais renfermant encore des points controversés, et sur lesquels on a eu l'occasion de faire de nouvelles recherches cliniques ou expérimentales.

Le plan d'une thèse de ce genre est très simple. On peut le diviser en trois parties qui sont :

1° L'exposé succinct de ce qu'on sait relativement au sujet ;

2° L'exposé des points encore en litige sur le sujet ;

3° L'étude, avec de nouveaux documents, d'un ou de plusieurs des points encore obscurs.

L'exposé des connaissances relatives au sujet en est en quelque sorte l'historique ; on peut le faire long ou court ; long, si, les travaux étant nombreux, leur énumération et leur critique peuvent suffire à composer la thèse ; court, si on se propose seulement, quel que soit leur nombre, d'en constituer une sorte d'introduction à cette thèse. De toute façon, il faut d'abord recueillir la plus grande partie des documents (tous, si c'est possible) publiés sur la question.

Voici la marche à suivre pour arriver à ce but. Prendre le travail le plus récent sur le sujet ; dresser la liste des auteurs qu'il cite, en donnant à chacun d'eux une fiche particulière.

Vérifier les indications données sur chaque auteur, en allant du plus récent au plus ancien. Chemin faisant, ajouter à cette liste les noms de ceux qui auraient été oubliés par les premiers vérifiés, et que donnent les autres.

Noter en même temps, sur la fiche, l'opinion de l'auteur sur le point spécial, ainsi que la contribution qu'il a apportée à son élucidation.

Le nouveau projet de loi sur les aliénés à l'Académie de médecine.

(Second article) (1).

La discussion sur le rapport de M. Blanche a été des plus brillantes. Le corps médical l'a suivie avec la plus vive attention, et — ce qui est plus important — le grand public a fini par s'y intéresser. On peut même dire que, grâce à ce débat, plus d'une prévention a fini par être ébranlée, bien des terreurs folles se sont dissipées.

On a entendu jusqu'ici cinq membres de l'Académie, qui tous et à des titres divers ont une réputation méritée dans la spécialité des maladies mentales. Les dispositions de la loi nouvelle ont été vivement attaquées par les uns, défendues par les autres; enfin des questions importantes ont été traitées, qui sont de véritables corollaires de toute bonne organisation du service des aliénés.

I

Le projet de réforme de la loi de 1838 a trouvé des adversaires décidés dans MM. Luys et Mesnet. Ils ont mis au service de la cause qu'ils défendaient — la compétence du médecin — une éloquence chaleureuse, une argumentation pressante, qui ont vivement impressionné leur auditoire. Médecins avant tout, ils se sont appliqués à défendre les prérogatives médicales sur le terrain où elles sont justifiées, tout en reconnaissant à la justice et à l'administration des droits qu'on ne saurait leur dénier.

Après un rapide historique de la nouvelle loi, semé d'épigrammes sur les « légendes de la séquestration arbitraire » et sur la compétence de la commission extra-parlementaire, M. Luys montre qu'au fond de tous ces projets de réforme perce « l'antagonisme de la médecine et de l'administration judiciaire, qui se disputent la direction des malades ».

(1) On me fait observer, et avec raison, que je n'ai pas assez insisté, dans le précédent article, sur la question des placements d'office. L'article 23 de la nouvelle loi, qui les concerne, est, sauf quelques points de détails, la copie de l'article 18 de la loi de 1838. Seulement, l'article 23 renvoyant à l'article 17, on doit conclure que le préfet de police à Paris, et les préfets dans les départements ne pourront ordonner d'office le placement d'un individu dans un établissement d'aliénés, que lorsqu'il aura été examiné par deux médecins, lorsque son dossier contiendra un double certificat. Quant aux dispositions de l'article 15, qui ne rendent un placement définitif qu'après décision de la chambre du conseil, elles sont applicables, comme je l'ai dit, aux placements d'office comme aux placements volontaires, et par conséquent à près de 13 000 entrées par an dans les asiles publics et privés. A. R.

« D'un côté — nous empruntons ici les propres paroles de l'orateur — c'est le médecin qui dit avec l'autorité que lui donnent son expérience et sa connaissance de la matière : « L'être humain que vous déclarez en langage juridique un *aliéné*, en réalité c'est un malade; c'est un homme qui a ou a eu des congestions cérébrales, des méningites, des encéphalites diffuses ou partielles; c'est un paralytique, un halluciné; c'est un malade qui appartient au médecin au même titre que le phthisique, le typhique, le varioleux, et le blessé au chirurgien; c'est à moi que la famille le confie pour le traiter et lui rendre, s'il se peut, la santé. »

» D'un autre côté, voici les jurisconsultes et les hommes politiques qui disent : « Cet homme que vous, médecins spécialistes, vous réputez malade et que vous avez la prétention de traiter malgré lui, sous prétexte de folie, c'est une unité sociale, c'est un mineur. Il a besoin, pendant la période d'obnubilation passagère de ses facultés, qu'on le respecte au point de vue de sa liberté individuelle, et qu'on exerce sur sa personne ainsi que sur ses intérêts une surveillance légale. »

Il y a là, pour me servir d'un terme cher à la philosophie allemande, il y a là une sorte d'antinomie que la loi nouvelle résout en faveur de la magistrature. L'aliéné, dit-elle, en effet, n'appartiendra définitivement au médecin que lorsque l'autorité judiciaire, en chambre de conseil, en aura décidé ainsi. M. Luys s'élève vivement contre cette prétention, et il est convaincu que, votée, elle ne peut être, pour la nouvelle législation, qu'une cause de caducité. Ce n'est pas que l'orateur repousse toute surveillance des établissements d'aliénés en se retranchant derrière les prérogatives du médecin; non, puisqu'il accepte que, « le malade étant admis et le traitement commencé, l'administration vienne alors, qu'elle multiplie à son gré les visites et les contre-visites, qu'elle suive les malades et les progrès de l'affection mentale ». Il sollicite aussi l'intervention des magistrats, non seulement pour la sauvegarde des intérêts des malades, mais pour leur propre sauvegarde; à eux il devrait appartenir de s'opposer à la sortie prématurée de certains aliénés atteints d'idées de suicide, et qui ne dissimulent leurs préoccupations délirantes que pour obtenir la liberté, et par conséquent les moyens de mettre leurs projets à exécution.

Après une critique aussi vive de la disposition de l'article 15, qui ne considère un placement comme définitif qu'après décision en chambre du conseil, M. Luys ne devait pas donner son approbation à cette autre, qui en est comme

---

Ceci fait, ranger les fiches par ordre de date depuis la plus ancienne jusqu'à la plus récente; comparer chacune d'entre elles avec celles qui lui sont antérieures; noter ce qu'elles ont : 1° d'original; 2° de commun; 3° de différent.

Chaque auteur ayant sa fiche spéciale, cette fiche contient alors :

1° Le nom de l'auteur et l'indication bibliographique exacte de son travail;

2° Son opinion sur le sujet;

3° La mention que son travail renferme ou non quelque chose qui n'était pas dans les autres;

4° Le résumé aussi court que possible de ce quelque chose de nouveau.

C'est tout ce que vous avez à en dire.

Vous rédigez alors en quelques phrases vos notes sur chaque auteur, et il ne vous reste plus, pour avoir un historique presque parfait, qu'à copier à la suite l'une de l'autre ces rédactions partielles.

Voici, à peu près, la forme qu'on peut adopter :

« M. K... (*Arch. gén. de méd.*, 2° s., t. X, p. 522, 1836) pense que la phlébite est la cause principale de l'infection purulente. Il rapporte à l'appui de cette opinion deux observations recueillies dans son service et qui paraissent démonstratives. Il cite A, B, D, J..., qui avaient déjà soutenu la même opinion, et combat la théorie de la résorption purulente admise par C, E, et F.... »

L'exposé des points obscurs d'un sujet donné, qui constituera la seconde partie de la thèse, peut se faire en quelques lignes, et pourrait tout aussi bien se mettre dans l'avant-propos. Il me suffit de donner cette indication pour qu'on puisse comprendre de quoi il s'agit.

La troisième partie est le côté vraiment original du travail et nous allons y insister davantage.

Les sujets qui peuvent rentrer dans cette catégorie de thèses sont nombreux, et fort accessibles aux étudiants, s'ils veulent bien m'en croire.

le corollaire, et qui prescrit la création d'asiles provisoires; et, en effet, il trouve cette innovation dispendieuse, irréalisable et même nuisible au traitement des malades.

Le double certificat pour l'admission des aliénés ne trouve pas plus grâce sous la dialectique incisive de M. Luys. Aux objections contenues dans le rapport de M. Blanche, il en ajoute une autre qui a sa valeur. Comment, dit-il, l'État, en conférant le titre de docteur, donne à celui qui le possède le droit de faire les opérations les plus graves, de traiter les maladies les plus compliquées; et, lorsqu'il s'agit de juger si un individu pris de délire, si un halluciné, un épileptique, un paralytique en période d'agitation, ont besoin d'être placés dans un asile, le diagnostic d'un médecin devra être confirmé par un de ses confrères! Il y a là une question de dignité professionnelle qui mériterait d'être mise en saillie. N'y a-t-il pas lieu de la soulever aussi pour le contrôle, demandé par l'article 15, de tous les certificats de vingt-quatre heures faits par le médecin de l'asile?

Avec non moins de force et d'éloquence que M. Luys, M. Mesnet a défendu les médecins aliénistes contre les attaques injustes et passionnées; il s'est retranché, à cet effet, derrière l'observation clinique et la statistique, et à moins de mauvaise foi ou d'un parti pris, en quelque sorte morbide, il faut se rendre à l'argumentation de l'orateur, qui nous paraît irréfutable.

Cet important discours a un double objet : 1° l'examen clinique et pratique des modifications proposées par l'article 15 aux entrées des malades dans les asiles; 2° les garanties données aux sorties.

Ce malencontreux article 15, créé exprès pour donner satisfaction à l'opinion publique, ne trouve guère de défenseurs dans les rangs des gens compétents. Les uns voient à son application des obstacles matériels — éloignement des asiles des chefs-lieux d'arrondissement; — d'autres, des obstacles financiers — dépenses pour la création d'asiles provisoires. Voici M. Mesnet qui, l'étudiant à un point de vue exclusivement clinique, lui oppose des arguments nouveaux qui méritent d'être pris en sérieuse considération.

Envisagés d'une façon un peu superficielle, les aliénés peuvent être rangés en deux grandes catégories : il y a d'abord ceux qui sont « dans un tel état de trouble mental, de désordre ou de violence, que l'internement s'impose comme une mesure de première nécessité »; il y a ensuite un certain nombre de malades : « Lypémaniaques, hallucinés tranquilles, délires partiels, déments incomplets, qui, conservant plus ou moins la physionomie et les allures de l'être raisonnable, peuvent en imposer au premier examen. »

Pour les premiers, c'est-à-dire pour « les malades reconnus tels », il sera aisé au magistrat de faire un diagnostic; mais lorsqu'il s'agit, au contraire, de malades « supposés tels », qui dissimulent leur délire, ou dont l'état mental ne peut être nettement défini que grâce à une observation patiente et délicate, et à une enquête minutieuse sur les antécédents, que pourra faire le magistrat, si ce n'est de s'en rapporter au savoir du médecin? ou bien, s'il passe outre, s'il met de tels malades en liberté, il risque de faciliter le suicide à tel mélancolique ou l'homicide à tel persécuté. Pareils faits ont été bien des fois observés déjà; avec les dispositions de la loi nouvelle, ils seront plus fréquents encore.

M. Mesnet fait des objections cliniques non moins fortes contre la création de quartiers d'observation complètement distincts de l'établissement proprement dit. Il nous montre un asile en activité, recevant dans le même mois, parfois dans la même semaine, une série d'aliénés à formes distinctes : d'un côté, une dame atteinte de manie aiguë, agitée, turbulente; une autre, mélancolique, se croyant menacée, poursuivie et s'effrayant du moindre bruit; enfin une vieille dame démente, incohérente, tranquille; d'autre part, un homme alcoolique, avec délire hallucinatoire et idées terrifiantes; un paralytique avec agitation continue; un mélancolique avec idées de suicide, tentatives incessantes, refus d'aliments. Est-il admissible de réunir dans un pavillon d'observation, ne fût-ce même que huit jours, des malades présentant des formes délirantes aussi opposées? Par crainte d'un mal imaginaire — la séquestration arbitraire — ne s'expose-t-on pas, en agissant ainsi, à des inconvénients beaucoup plus sérieux? Le mieux est l'ennemi du bien, dit le proverbe, et il a souvent raison; car le mieux proposé n'est maintes fois qu'une utopie ou une conception purement théorique. C'est le cas de cette nouvelle organisation de quartiers provisoires, qui ne présente aucun des avantages de la pratique actuelle, résumée en quelques lignes par M. Mesnet : « Nous avons dès aujourd'hui, dans tous les établissements qui vivent sous le régime de la loi de 1838, une organisation par sections multiples, qui permet de séparer les malades dès leur entrée, de les classer de telle façon qu'il ne puisse y avoir pour eux aucun inconvénient de contact ni de voisinage, et que le médecin ait immédiatement sous la main tous les moyens d'action, voire même de contrainte,

---

En effet, tout chef de service hospitalier, médecin ou chirurgien, a sur divers points de théorie ou de pratique des idées personnelles qu'il s'efforce de contrôler au moyen de l'observation au lit du malade. Il possède sur ces points des notes, des relations de faits; il voudrait bien rédiger ces notes, faire de son ébauche un travail achevé, mais le temps lui manque; la clientèle, le service d'hôpital, le monde l'absorbent! Il lui faudrait huit jours de tranquillité; mais jamais il n'a pu les trouver, et il ne les trouvera probablement jamais. Qu'un de ses élèves lui demande un sujet de thèse, et il sera heureux de lui confier son dossier, de lui faire un plan, et en causant avec lui de temps en temps, de l'aider à mener sa besogne à bonne fin.

Je suis persuadé qu'on ferait ainsi d'excellentes thèses (d'autant plus que le moyen que j'indique a déjà été employé maintes fois), à la condition toutefois d'y consacrer plusieurs mois, et de ne pas attendre le dernier moment pour se mettre au travail.

Les sujets des travaux originaux sont surtout nombreux à l'époque actuelle, à cause de l'importance acquise en pathologie depuis quelques années par les doctrines de Pasteur, et par les idées relatives à l'influence des états constitutionnels sur la marche des affections médicales et chirurgicales.

Qu'un élève recueille dans un service de médecine 20 cas de variole, de rougeole, de fièvre typhoïde, de phthisie pulmonaire, de rhumatisme, et il trouvera des différences entre chacun d'eux. Qu'il cherche la cause de ces différences sans tenir compte des antécédents personnels et héréditaires des malades, et il ne trouvera rien ou presque rien; qu'il s'appuie au contraire sur l'état constitutionnel antérieur du sujet, sur celui de ses ascendants, sur les combinaisons produites par les affections antérieures des uns et des autres, sur l'*hybridité morbide*, et il trouvera, je ne dis pas l'explication de toutes les différences, mais assurément des données nouvelles, certaines et intéressantes à dire sur ces points.

qui peuvent devenir à tout instant nécessaires pour tel ou tel d'entre eux. »

Un des plus graves reproches qu'on ait faits aux asiles d'aliénés, c'est qu'une fois entré on n'en sortait plus. Que de fois n'a-t-on pas répété à ce propos les célèbres paroles que Dante a vues tracées en caractères noirs au-dessus de la porte de l'Enfer : « O vous qui entrez, laissez toute espérance! » C'est encore là une légende qu'il est facile de détruire à l'aide des chiffres. M. Mesnet l'a tenté et il y a réussi. Deux petites statistiques se rapportant, l'une à l'année 1877, l'autre à l'année 1882, prouvent que si les portes des *bastilles modernes* s'ouvrent pour recevoir des malades, elles s'ouvrent aussi pour les laisser sortir. Ainsi, sur 55 malades entrés en 1877 dans l'établissement dont parle M. Mesnet, 36 sont sortis dans les six premiers mois, sur lesquels 21 ont à peine séjourné deux mois; sur 43 malades entrés en 1882, 30 sont sortis dans les six premiers mois, parmi lesquels 22 ont à peine séjourné deux mois. L'argument des *portes closes* est donc de peu de valeur contre la loi de 1838, qui contient d'ailleurs trois articles (art. 14, 16 et 20), qui donnent aux familles, même aux amis des malades, à l'autorité judiciaire et à l'autorité administrative, tous les moyens d'action nécessaires pour provoquer la sortie des malades.

M. Mesnet justifie, comme l'on voit, la loi de 1838 de tous les crimes dont on veut l'accabler, il trouve que les modifications qu'on veut y faire n'atteignent pas leur but. Comme M. Luys, il a exprimé son opinion sans ambages ni circonlocutions; comme M. Luys, aussi il a eu l'approbation de tous ceux qui s'intéressent aux difficiles questions relatives à la législation sur les aliénés.

II

Toute question mise en discussion trouve ses adversaires et ses apologistes. On ne peut pas en dire autant de la nouvelle loi sur les aliénés : des adversaires, elle en a beaucoup; d'apologistes, point. M. Lunier, dont nous allons analyser le discours, s'est bien constitué son défenseur; mais ce projet de réforme a, selon lui, besoin d'être réformé.

M. Lunier, qui a fait partie de la commission extra-parlementaire, a cru devoir la défendre contre le reproche d'incompétence que lui a fait M. Luys. La statistique à la main, il nous démontre que sur vingt-cinq membres choisis en dehors du Parlement, onze étaient médecins; à ce chiffre il faut ajouter trois membres du Parlement, médecins également, ce qui fait un total de quatorze médecins sur quarante membres. Ces médecins, ajoute-t-il, « ont fait bonne figure dans la commission; » nous n'en doutons pas, mais les autres membres ont-ils tous sans exception fait aussi bonne figure? On raconte qu'un philosophe grec, Zaleucus, chargé par les Locriens de leur donner une constitution, y inséra qu'on ne pouvait proposer de modifications à la législation que la corde au cou, pour qu'on pût étrangler sur-le-champ l'auteur de la motion, si elle était jugée moins bonne que la loi existante. Ce traitement était dur, il faut l'avouer, mais à combien de motions de la Commission des quarante eût-il été applicable? Nous le demandons à M. Lunier.

Quoi qu'il en soit, M. Lunier est convaincu que la revision de la loi de 1838 s'imposait; mais la revision telle qu'elle est proposée est-elle la meilleure possible? Telle est la question, et M. Lunier semble pencher pour l'affirmative. Il abandonne, il est vrai, le double certificat pour l'entrée des malades; mais quant au principe des admissions à titre provisoire, il le trouve rationnel et regretterait vivement qu'il ne reçût pas bon accueil à l'Académie. Voici quels sont les arguments en faveur de sa thèse : c'est que d'abord ce principe a été voté à l'*unanimité* par la commission extra-parlementaire; ensuite que le contrôle de la magistrature, qui s'exerce actuellement tous les trois mois dans les asiles privés et dans les asiles publics tous les six mois, sans l'assistance d'un médecin, se ferait dorénavant toujours et obligatoirement avec l'assistance d'un médecin dans les trois jours de l'entrée de tout malade; enfin, que l'autorité judiciaire partagerait alors avec le médecin la responsabilité de l'internement des aliénés.

Nous ne savons si cette argumentation est suffisante pour défendre le principe des placements provisoires, mais ce qui est certain, c'est que son application présente des difficultés. M. Lunier le reconnaît lui-même, aussi demande-t-il quelques rectifications à l'article 15: pas d'asiles provisoires, le délai accordé à l'autorité judiciaire réduit d'un mois à quinze jours, le droit donné au procureur de la République, assisté d'un médecin, de statuer d'urgence et *de plano* sur le maintien du malade sans nécessité d'en référer à la chambre du conseil. M. Lunier fait, comme on le voit, plusieurs concessions; mais la difficulté autrement grande qui résulte de l'éloignement des asiles des centres, comment la résoudre?

III

Il existe des questions qui sont connexes de toute bonne organisation des établissements d'aliénés : ce sont d'une

---

La fracture du péroné elle-même serait fertile en découvertes de ce genre!

Qu'on parcoure seulement les thèses d'agrégation de cette année, qui sont l'exposé de nos connaissances actuelles, et l'on y trouvera de nombreux points encore en litige, en particulier sur l'étiologie, les complications et le pronostic. Or l'obscurité qui règne encore sur ces points a précisément pour cause le défaut de connaissances suffisantes sur les rapports réciproques des états pathologiques antérieurs et des affections nouvelles. N'est-ce pas là autant de sujets de travaux originaux? Car ces questions ne pourront s'élucider qu'à grand renfort d'observations bien prises. Ceci m'amène à parler d'une modification que je voudrais voir s'introduire dans la manière de recueillir les observations cliniques.

Toutes les personnes compétentes savent combien il est difficile de bien prendre une observation. Non seulement il faut décrire ce qu'on observe, mais encore il faut tout voir, glisser sur les détails oiseux et n'appuyer que sur les principaux. Ceci exige deux qualités : savoir écrire suffisamment la langue pour exprimer clairement ce qu'on veut dire, et avoir une connaissance suffisante de la médecine pour ne laisser échapper aucun des phénomènes, aucune des particularités qui peuvent avoir une importance quelconque dans la description de l'état du malade. Or ces deux conditions se trouvent assez rarement réunies chez les étudiants. Ce n'est pas leur faute, comme je vais m'efforcer de l'expliquer, mais cela est.

On se figure généralement que tous les étudiants obligés de faire une thèse, étant bacheliers, savent écrire en bon français. C'est une grande erreur. Peut-être le savaient-ils au moment où ils ont passé les examens du baccalauréat, mais à coup sûr ils l'ont bien oublié pendant les six ou sept ans qui séparent cet heureux jour de celui où ils rédigent leur thèse. En tout cas, leur langage médical laisse fort à désirer. Que de longueurs, de répétitions, de membres de

part l'enseignement des maladies mentales et d'autre part le recrutement du personnel médical des asiles.

M. Billod, qui a pris le premier la parole dans la discussion à l'Académie de médecine, a traité le premier de ces points; il a démontré que l'enseignement officiel de la psychiatrie était la conséquence naturelle de la loi de 1838, dont il a défendu les dispositions si sages et si rationnelles, et au maintien de laquelle il a nettement conclu.

M. le professeur Ball avait surtout qualité pour parler sur cette question de l'enseignement de la médecine mentale; il l'a fait en termes excellents. Il a montré qu'il ne suffit pas de faire des cours et d'avoir des élèves, il faut aussi que ceux-ci apprennent les matières qui leur sont enseignées. « C'est seulement par la sanction pénale des examens qu'un » nouvel ordre d'études pénètre, pour ainsi dire, dans le do- » maine public. Il serait donc à désirer que tous les élèves » fussent astreints à passer un examen relatif à la psychiatrie » et qu'ils fussent tous amenés à faire un stage de quelques » mois dans les services d'aliénés. »

Quant au recrutement du personnel médical des asiles, M. Ball a énergiquement demandé l'établissement du concours, « cette institution aussi nécessaire aux progrès de la médecine mentale qu'à la dignité et à l'indépendance du médecin ». Les vives approbations données au discours du savant professeur, sont un sûr garant que l'Académie partage son avis.

Ant. Ritti.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

De la sclérose pulmonaire, par M. le docteur Du Castel, médecin de hôpital Tenon (1).

Après avoir rappelé l'intéressante observation de *pneumonie chronique* rapportée par M. Debove devant la Société des hôpitaux, dans une séance antérieure, M. Du Castel trace un rapide historique de la question des scléroses du poumon; il fait voir que, si cette affection semble, jusqu'ici, avoir été l'objet de peu de travaux importants, c'est que le plus souvent les auteurs ont porté leur attention sur la seule sclérose secondaire, développée autour des lésions du poumon et dont l'importance clinique est en quelque sorte effacée par celle de la maladie première. Mais il insiste, à juste titre, sur ce fait essentiel qu'il existe toute une série de malades atteints de sclérose pulmonaire, chez qui l'affection présente une évolution, des caractères tellement particuliers, qu'ils semblent lui mériter une place à part dans le groupe des maladies du poumon. La relation abrégée des phénomènes observés chez un malade mort récemment dans son service permettra de saisir l'allure générale de l'affection.

« Le début de l'affection s'est présenté à mon observation dans deux conditions fort différentes : tantôt la sclérose a succédé à une affection pulmonaire aiguë (bronchite, bronchopneumonie, pleurésie) provoquée par un refroidissement; tantôt au contraire elle s'est établie lentement, progressivement chez des sujets exposés à des irritations pulmonaires incessantes telles que celles qu'entraînent à leur suite l'inhalation des poussières fines ou la vie dans un milieu à variations brusques et fréquentes de température. Mais quel qu'ait été le mode de début, du jour où la sclérose prend le pas dans les lésions pulmonaires, du jour où c'est elle qui imprime au tableau pathologique sa caractéristique, il semble que les symptômes présentent toujours à peu de chose près le même ensemble; l'affection paraît appelée à suivre la même allure.

La *toux*, peu intense au début et fixant parfois à peine l'attention du malade, devient, à mesure que la maladie vieillit, quinteuse et pénible, souvent coqueluchoïde; elle est plus accusée le matin et s'accompagne du rejet d'une quantité ordinairement peu considérable de crachats muco-purulents, petits, globuleux, perlés, rejetés avec une certaine difficulté. Je n'ai pas trouvé à l'expectoration l'odeur fétide signalée par les auteurs anglais; je croirais volontiers que cette odeur est le résultat d'une complication, d'une bronchite fétide relevant probablement de la dilatation des bronches fréquente chez de pareils malades.

Quelquefois l'expectoration est plus abondante, muqueuse et la quinte de toux peut se terminer par le rejet de matières filantes comme dans la coqueluche; l'intensité de la toux peut être telle, qu'elle s'accompagne de nausées et même de vomissements.

Fréquemment, plusieurs fois par année, le *sang* se montre dans l'expectoration; tantôt ce sont de simples filets, tantôt des crachats de sang pur. Le malade rejette pendant plusieurs jours quelques-uns de ces crachats mélangés de sang, toujours peu nombreux; le plus souvent, c'est le matin au réveil que cet accident survient; sa répétition habituelle le rend indifférent aux malades; la plupart des sujets, que j'ai eu l'occasion d'observer, en étaient arrivés à ne plus s'occuper de ces hémoptysies légères; quelques-uns les considéraient même comme un accident heureux, comme une saignée

(1) Extrait d'un mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 14 mars 1884, et publié *in extenso* avec observations à l'appui dans les *Bulletins* de la Société.

---

phrase inutiles, d'incorrections, de *ficelles* empruntées à la langue des épreuves orales des concours! Toutes ces choses font très bien dans l'entraînement oratoire; on les emploie pour mener à bonne fin une phrase qui pèche par le fond et qu'on veut sauver par la forme, mais elles choquent singulièrement dans la lecture à tête reposée. En voulez-vous un exemple?

Ouvrez la thèse de M. Galland sur les fièvres intermittentes chez les enfants (Paris, 1879, p. 31), vous verrez à la ligne 16, que dans un accès de fièvre intermittente, *chez un enfant de quatre mois*, le rédacteur de l'observation, qui n'est pas M. Galland, mais M. de B..., a vu les mâchoires se choquer. Rien de mieux. Mais, à la page suivante, ligne 15, il dit que, chez le même enfant, le frisson se traduisait par *un claquement de dents!* Evidemment l'auteur, emporté par son improvisation, avait oublié l'âge de son sujet à la seconde page. Peut-être aussi l'observation a-t-elle été rédigée après coup, ce qui se fait malheureusement trop souvent.

Il manque en outre à la plupart des étudiants, pour diverses raisons, de savoir observer: parce qu'on les envoie trop tôt et trop peu de temps à l'hôpital; parce qu'au moment où ils sont obligés, par leur stage, de suivre les visites hospitalières, ils ne possèdent encore qu'une teinte beaucoup trop légère des connaissances indispensables pour faire un bon observateur. En effet, le stage obligatoire s'étend de la huitième à la seizième inscription, c'est-à-dire pendant la troisième et la quatrième année. Or, que savent les élèves en médecine à ce moment? Peu de chose. Pendant ces deux années, ils se débrouillent, passez-moi l'expression. Les uns préparent l'externat, l'internat, leurs examens; les autres se contentent de ces derniers; les uns n'ont pas le temps de rédiger les notes qu'ils ont pu prendre à l'hôpital; les autres en sont incapables; mais les premiers le pourront quand ils seront externes ou internes des hôpitaux, tandis que les autres ne le feront jamais, et pour cause. Personne à la vérité ne les y oblige, ne leur enseigne même la manière de s'y prendre,

locale amenant la déplétion pulmonaire. Ces petites hémoptysies à répétition constituent un des accidents les plus spéciaux de la maladie.

La *dyspnée* apparaît à une époque relativement peu avancée de la maladie, elle ne semble pas exister au repos et je n'ai point, pour ma part, constaté la production des accès d'asthme que M. Bar regarde comme fréquents dans la phthisie fibreuse. Mais l'essoufflement à l'exercice est un phénomène prématuré, qui va rapidement croissant : le moindre mouvement, une marche quelque peu rapide suffit à le provoquer; monter un escalier est un exercice redouté des malades, qui bien souvent, et cela à une époque rapprochée du début, ne peuvent gravir un étage sans être obligés de s'arrêter pour reprendre haleine; le mouvement des bras lui-même provoque facilement et à un haut degré cette dyspnée, qui constitue dans l'histoire de la maladie un phénomène très saillant et des plus pénibles.

Quelques sujets éprouvent au niveau de la cage thoracique des *sensations douloureuses* parfois très accusées; tantôt ce sont des élancements, des pseudo-névralgies qui paraissent se rattacher à la coexistence d'un certain degré de pleurésie sèche; tantôt c'est une sensation de constriction, de compression dans un étau, qui constitue la variété de douleur la plus redoutée des malades et la plus difficile à soulager.

L'*examen de la poitrine* permet de relever un ensemble de phénomènes qui donnent à la maladie sa caractéristique; *à la partie antérieure*, ce sont des signes d'emphysème; mais ce n'est ordinairement pas l'emphysème diffus classique, envahissant à un égal degré les deux côtés de la poitrine, donnant au thorax sa forme globuleuse particulière : c'est un emphysème localisé, n'occupant que quelques points du thorax, limité le plus ordinairement à la région sous-claviculaire et aux bords du sternum qu'il projette en avant, occasionnant par la saillie de cet os une déformation toute spéciale de la partie antérieure de la poitrine. La lésion n'est du reste habituellement pas symétrique, elle est généralement beaucoup plus accusée d'un côté que de l'autre; le plus ordinairement ce serait, d'après mes observations, le côté droit qui serait le plus lésé.

L'inspection de la poitrine ne laisse habituellement pas constater, en dehors des déformations apportées par l'emphysème, des modifications bien considérables de la cage thoracique, tout au plus une asymétrie, toujours légère, due à la rétraction du côté malade.

La percussion des parties antérieures donne une exagération de sonorité se rattachant à la production de l'emphysème, quelquefois une légère diminution correspondant à la plaque d'induration. A l'auscultation, la respiration est humée ou faible, ce qui semble relever de la lésion emphysémateuse; des râles de bronchite se surajoutent au moment des poussées inflammatoires.

En arrière, les phénomènes de percussion et d'auscultation sont ordinairement peu modifiés dans la plus grande partie des poumons; mais, dans un point plus ou moins limité, on constate des signes d'induration pulmonaire : matité, souffle, retentissement de la voix, exagération des vibrations thoraciques, souvent aussi quelques râles fins et secs, surtout à la suite des efforts de toux ou à la fin des grandes inspirations.

Le point, où ces signes d'induration se rencontrent le plus fréquemment, serait, s'il fallait s'en rapporter à mes observations, le sommet du poumon et particulièrement le sommet droit. Chez la plupart de mes malades la matité occupait la fosse sus-épineuse et la partie supérieure de la fosse sous-épineuse; en ce point, l'inspiration et surtout l'expiration était soufflante et prolongée; la voix, retentissante; parfois il y eut pectoriloquie aphone; des râles rares et secs étaient perçus à la fin de l'inspiration: souvent ils ne se produisaient que dans les grandes inspirations ou à la suite des efforts de la toux; les bruits morbides présentèrent quelquefois le timbre cavernuleux.

Le professeur Charcot pense que le siège le plus habituel de la sclérose pulmonaire est la base du poumon; l'opinion de notre éminent collègue s'explique par ce fait qu'il semble avoir surtout observé des scléroses consécutives à la résolution imparfaite de broncho-pneumonies aiguës, dont le développement se fait le plus habituellement dans les parties inférieures des poumons.

Les grosses bronches m'ont paru, dans plusieurs cas, avoir été le point de départ du travail scléreux. Il en avait été ainsi pour le poumon gauche du malade dont je rapportais l'observation au commencement de cette étude et chez lequel l'induration scléreuse formait une masse conique au pourtour des canaux bronchiques les plus volumineux. Les choses paraissent s'être passées de même chez un malade de la ville que j'observe depuis plusieurs années.

D'après ces observations, le point de naissance de l'affection serait loin d'être toujours le même; il y aurait au contraire trois points de prédilection pour le développement de la sclérose pulmonaire : le sommet, la base, la région des grandes bronches.

L'*examen du cœur* fournit des résultats importants sur lesquels ont insisté les différents auteurs, qui ont étudié dans ces derniers temps la question de la sclérose pulmonaire, et que M. Bar a particulièrement analysés dans sa thèse inaugurale. A une époque, souvent peu éloignée du début de l'affection, on voit se développer la série des symptômes qui caractérisent la dilatation des cavités cardiaques droites et la gêne de la circulation dans le cœur droit. La matité pré-

---

et c'est là leur meilleure excuse. Si certains professeurs, certains rédacteurs en chef de journaux, prêchant d'exemple, biffent impitoyablement, dans les essais de leurs élèves et amis, de belles phrases élégantes, mais creuses, et apprennent à ces jeunes écrivains à en faire des phrases concises, mais dont chaque mot exprime un détail utile, il faut bien avouer que de tels maîtres sont rares, et que leurs élèves sont privilégiés. Il résulte de tout ceci qu'un petit nombre d'étudiants en médecine, internes ou externes, sont capables de recueillir de bonnes observations, et que la grande majorité n'en prennent pas. Comme c'est pour ces derniers surtout que j'écris, j'arrive à la modification annoncée, qui les concerne tout particulièrement.

Les élèves font actuellement leur stage obligatoire, comme je viens de le dire, pendant la troisième et la quatrième année d'études, c'est-à-dire pendant la période des inscriptions. Passé ce temps, ceux qui ne sont ni internes ni externes cessent d'aller régulièrement à l'hôpital, si même ils y allaient régulièrement auparavant. Ils vont d'un service à l'autre, au gré de leurs caprices, de leur sympathie pour tel ou tel médecin ou chirurgien, prennent parfois des notes aux cliniques, mais suivent rarement un malade depuis son entrée à l'hôpital jusqu'à sa sortie, et en prennent encore plus rarement l'observation complète.

Si au contraire le stage était obligatoire depuis le moment où les élèves connaissent assez l'anatomie et la physiologie pour suivre fructueusement les visites d'hôpital, c'est-à-dire à partir de la huitième inscription, jusqu'au moment de passer leur thèse, je crois qu'ils y gagneraient singulièrement.

Mais alors je voudrais que dans les services hospitaliers les rôles soient distribués à peu près de la même façon qu'à l'Ecole pratique, où la remarquable organisation des travaux d'après les idées de M. Farabeuf a donné de si beaux résultats. Je voudrais que les stagiaires soient répartis entre les externes, remplissant des fonctions analogues à celles de l'aide d'ana-

cordiale est très étendue; la pointe, sans être sensiblement abaissée, est fortement rejetée vers l'aisselle gauche et reportée en dehors du mamelon; bien que les bruits du cœur soient assourdis par l'emphysème, le claquement des valvules de l'artère pulmonaire est habituellement éclatant. Les veines du cou, volumineuses à l'état de repos, prennent, pendant les mouvements et surtout au moment des quintes de toux, un développement considérable.

La marche, un exercice même modéré, mettent immédiatement en relief le trouble profond dont le fonctionnement de l'organe central de la circulation est atteint : après quelques pas faits à une allure un peu rapide, après l'ascension de quelques marches d'un escalier, le malade, atteint de sclérose pulmonaire confirmée, arrive essoufflé, haletant, incapable de parler. Si l'on a eu soin, avant que le malade ne commençât cet exercice, de préciser les dimensions du cœur, on constate que ces quelques pas faits précipitamment, ces quelques marches gravies ont suffi pour amener une dilatation considérable des cavités droites du cœur; la pointe est, au moment de l'arrivée, rejetée d'un, de deux centimètres plus à gauche qu'elle ne l'était au moment du départ.

Cette perturbation tout à fait excessive du fonctionnement du cœur droit constitue un des grands événements de la vie du malade arrivé à une période relativement peu avancée de la sclérose pulmonaire; c'est elle qui le rend incapable de tout mouvement quelque peu actif et souvent de tout travail; c'est à elle qu'il faut, je crois, rapporter cette anhélation si pénible, si considérable, dont n'approchent que rarement la dyspnée des tuberculeux ou celle des emphysémateux, chez qui les lésions pulmonaires sont cependant beaucoup plus étendues, chez qui le champ respiratoire est beaucoup plus rétréci, mais chez qui le fonctionnement cardiaque paraît beaucoup moins troublé.

Tel est l'habitus du malade atteint de sclérose pulmonaire, tels sont les accidents persistants qu'il semble permis de rapporter à cette maladie et qui vont se développant lentement, progressivement pendant un laps de temps qui ne dure habituellement pas moins de plusieurs années; ils peuvent se résumer en ces quelques mots : emphysème localisé avec induration pulmonaire, bronchite chronique localisée, souvent accompagnée de bronchiectasie, anhélation, hémoptysies à répétition, dilatation du cœur droit.

Pendant que ces accidents se développent, l'état général se maintient bon et ce n'est qu'après une longue durée de la maladie que l'amaigrissement, l'affaiblissement des forces se manifestent.

Mais ce n'est habituellement pas sans incidents que le tableau pathologique caractéristique se constitue et se développe; il paraît en effet dans l'essence même de la maladie, que l'accroissement progressif des accidents que nous venons d'étudier, soit interrompu par la production de crises aiguës, d'exaspérations passagères. Au moment de ces crises, les symptômes habituels prennent une intensité plus grande; la dyspnée s'exagère, la fièvre souvent s'allume, modérée dans la plupart des cas, le thermomètre ne dépassant guère 39 degrés; la toux devient plus intense et plus que jamais pénible et coqueluchoïde. Alors aussi l'expectoration subit des modifications considérables; nous avons vu que dans les périodes de calme elle était habituellement rare, perlée, muco-purulente; pendant la crise, elle devient muqueuse, abondante, transparente; alors le malade remplit un ou plusieurs crachoirs d'un liquide mousseux, visqueux, absolument transparent, au milieu duquel on retrouve, noyés et perdus dans l'abondance du liquide, les quelques crachats muco-purulents que nous avons vus constituer l'expectoration habituelle du scléreux en dehors de l'état de crise. Souvent le sang apparaît en plus ou moins grande quantité au milieu des crachats, la plupart du temps en petite quantité, sous forme de filets ou de crachats muco-sanguinolents. Chez mes malades la présence du bacille n'a jamais pu être constatée.

Si la crise se produit chez un malade qu'il avait été permis de suivre dans les périodes de calme, l'auscultation dénote une modification profonde des phénomènes stéthoscopiques : au niveau du foyer de sclérose, c'est l'apparition de petits râles rares, secs, se produisant par bouffées à la fin de l'inspiration ou rappelant ceux dont nous parlait notre collègue M. Grancher, dans sa communication sur la spléno-pneumonie, quelquefois aussi un souffle bronchique léger; ce sont en dehors du foyer, des râles sibilants s'entendant dans une plus ou moins grande étendue d'un ou des deux poumons.

Ces poussées aiguës sont d'une durée fort variable, elles peuvent se prolonger pendant plusieurs septenaires et présenter, en pareil cas, des périodes d'exacerbation et de rémission; il est rare qu'elles durent moins d'une quinzaine de jours.

Quelle est la nature de ces crises? S'agit-il de poussées de bronchite simple ou d'un accident d'autre nature?

L'aspect des crachats rappelle celui du blanc d'œuf battu ou bien encore celui qu'on observe dans l'expectoration albumineuse consécutive à la thoracocentèse; cet aspect est donc celui qu'on s'accorde généralement à considérer comme appartenant à la congestion pulmonaire plutôt qu'à la bronchite.

Les râles fins, qui apparaissent avec la crise, semblent aussi de la nature de ceux qui accompagnent à un plus ou moins haut degré la congestion du poumon, comme l'ont montré Woillez, MM. Potain et Grancher. Caractères de l'expectoration, phénomènes de l'auscultation concordent

---

tomie, et ceux-ci entre les internes, assimilés aux prosecteurs; les uns et les autres étudieraient la clinique comme à l'amphithéâtre ils étudient l'anatomie. Alors, les lits de chaque salle étant distribués entre les stagiaires et les externes, tous, sous la direction des internes ou des chefs de clinique, non seulement panseraient les malades, ou surveilleraient l'exécution des prescriptions, mais encore prendraient les observations. D'abord toutes seraient recueillies, alors qu'ils ne savent encore que peu de chose, et au fur et à mesure que leur instruction progresserait, ils délaisseraient les maladies communes pour ne s'attacher qu'à celles qui présenteraient des particularités plus ou moins rares. Rentrés chez eux, les étudiants rédigeraient leurs notes, liraient dans leurs ouvrages classiques les passages relatifs aux maladies qu'ils auraient observées, comprendraient et retiendraient ainsi peu à peu les uns par les autres, c'est-à-dire la description dogmatique par l'observation clinique. De temps en temps, une sorte de conférence réunirait l'interne et les élèves de son service, et ceux-ci liraient leurs observations, que l'on corrigerait ainsi en commun. Lorsqu'arriverait le moment de la thèse, non seulement les étudiants seraient en état d'exercer convenablement la médecine, ce qui est le principal, mais encore, par surcroît, ils pourraient tirer de leur expérience personnelle de quoi faire une thèse, et celle-ci renfermerait alors autre chose que du papier et des caractères d'imprimerie.

J'ai connu plusieurs services où les choses se passaient à peu près de cette façon. L'interne faisait prendre à ses externes les observations de tous les malades du service, et je puis affirmer que cette manière de faire était aussi profitable aux uns qu'aux autres. Si tous passaient plus de temps à l'hôpital, l'interne y trouvait son compte parce qu'il ne perdait ainsi aucune observation intéressante, et les externes le leur, parce qu'ils apprenaient bien des choses qu'ils ne savaient pas : d'abord, à propos de tel ou tel cas, certains détails passés inaperçus parce qu'on en ignorait l'existence ou l'importance, et qu'on retenait infiniment mieux que par la

donc bien pour indiquer qu'il s'agit de poussées d'hyperhémie pulmonaire plutôt que de simples phénomènes d'inflammation bronchique.

Le docteur Amburger, dans un travail publié dans les *Deutsch. Archiv.*, au mois de juillet dernier, déclare avoir observé plusieurs fois la répétition de pleurésies sèches dans le cours de la cirrhose pulmonaire; je n'ai point eu occasion de faire pareille observation; mais la répétition de cet accident me paraît concorder absolument avec l'opinion que je soutiens sur la nature congestive des crises, puisque la pleurésie sèche est la compagne habituelle de l'hyperhémie pulmonaire.

Les poussées congestives que nous venons d'étudier paraissent du reste avoir des relations intimes avec les accidents, qui viennent assez souvent provoquer l'issue fatale chez les malades atteints de sclérose pulmonaire.

Tous les auteurs insistent sur la fréquence de l'asystolie comme accident ultime de la maladie; la fréquence de cette complication est facile à comprendre quand on a vu l'importance que prennent, dans tous les cas, les troubles de la circulation du cœur droit.

Mais s'il est permis de s'en rapporter aux quelques observations que j'ai pu recueillir et à la lecture des faits publiés par les différents auteurs, la broncho-pneumonie viendrait assez souvent aussi clore la série des accidents; elle présenterait ceci de particulier que, pendant son évolution, l'expectoration serait fréquemment hémorrhagique.

L'intensité des phénomènes inflammatoires peut, du reste, devenir telle, qu'on assiste à la production de véritables accidents gangreneux...

De ces accidents gangreneux il faut, je crois, rapprocher des accidents plus difficiles à classer avec nos notions actuelles; c'est ainsi que, chez un de mes malades mort de broncho-pneumonie, survenue dans le cours d'une sclérose pulmonaire ancienne, je trouvai au centre du poumon quelques cavités peu spacieuses renfermant un liquide purulent.

Chez une malade, que j'avais pu suivre pendant plusieurs mois et que des raisons de santé m'empêchèrent d'observer jusqu'à la fin, des phénomènes d'ulcération rapide se développèrent dans le poumon gauche pendant les derniers temps de la maladie, alors que les signes de sclérose avaient été notés, surtout du côté droit, au moment de l'entrée de la malade. A l'autopsie, le poumon droit présentait des lésions très étendues de sclérose pulmonaire et quelques grains jaunes rappelant les tubercules miliaires, mais plus volumineux, et ne se présentant en aucun point sous la forme de groupes habituelle à ces derniers. Le lobe supérieur gauche était presque entièrement détruit; le lobe inférieur du même côté était criblé de petites excavations du volume d'un grain de chènevis, sur la nature desquelles il m'est, je l'avoue, impossible de me prononcer, n'ayant jamais rien observé d'analogue, que je m'en souvienne; on y rencontrait aussi des noyaux de pneumonie lobulaire rouge et légèrement grise.

Jamais, chez cette malade, on n'avait rencontré de bacilles dans les crachats.

Dans sa thèse d'agrégation, le professeur Charcot a rapporté plusieurs exemples de ces ulcérations à allure gangreneuse chez des malades atteints de pneumonie chronique.

Il semble que, dans pareils cas, le processus inflammatoire léger qui constitue les crises acquière une intensité et une gravité beaucoup plus grandes, et devienne l'occasion de la terminaison fatale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 10 MARS 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

Rien qui intéresse directement la médecine.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 18 MARS 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ALPHONSE GUÉRIN.

M. le docteur *Hanot* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section d'anatomie pathologique.

M. le docteur *Bochefontaine* adresse un travail imprimé sur l'*action microbicide du sulfate de cuivre.*

M. le docteur *Rousseau* envoie le compte rendu des vaccinations et revaccinations qu'il a pratiquées à Joinville-le-Pont en 1883. (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *Cabanié* adresse la relation manuscrite d'une *épidémie d'anémie d'origine miasmatique observée en 1882 au 15° de ligne, à Castelnaudary.* (*Commission des épidémies.*)

M. le docteur *Sandras* envoie une lettre relative à un appareil de son invention, « à la fois inhalateur et insufflateur ».

M. *Bergeron* dépose une brochure de M. le docteur *Cazenave de la Roche* sur *les climats mixtes.*

M. *Giraud-Teulon* présente un mémoire imprimé de M. le docteur *Durozier*, sur *le diagnostic des bruits organiques et inorganiques du cœur.*

M. *Bourdon* fait hommage, de la part de M. le docteur *Souligoux*, d'une brochure intitulée : *De la dilatation de l'estomac et de son traitement par le lavage stomacal et les alcalins.* (*Commission des eaux minérales.*)

M. *Armand Gautier* offre la 3° édition de son ouvrage sur *la sophistication des vins.*

M. *Leblanc* fait hommage : 1° de son *Rapport général sur les maladies contagieuses observées sur les animaux dans le département de la Seine en* 1883 ; 2° d'un travail sur *les résultats en médecine vétérinaire des inoculations à l'aide de virus plus ou moins atténués.*

M. *Dujardin-Beaumetz* présente, de la part de M. le professeur *Caze* (de Nancy) et de M. le docteur *Simon*, une Note manuscrite relative à des *recherches de thérapeutique spéciale sur la tuberculose.* (*Commission spéciale.*)

M. *Bouley* fait hommage de son ouvrage ayant pour titre : *La nature vivante de la contagion, contagiosité de la tuberculose.*

M. *Constantin Paul* offre, au nom de M. le docteur *Desnos* : 1° les *Éloges*

---

lecture; ensuite, la manière de prendre et de rédiger une observation, en élaguant les détails inutiles et en attirant l'attention sur les phénomènes importants de la maladie présentés ou non par le malade, quand on ne les avait pas fait suffisamment ressortir.

En agissant ainsi, les internes, au lieu de faire des thèses, apprendraient aux élèves à les faire eux-mêmes, et comme toute peine mérite salaire, j'aime à croire que la rétribution perdue d'un côté se retrouverait de l'autre. A moins que la Faculté, intervenant libéralement comme elle a fait pour l'Ecole pratique, n'organise officiellement les exercices cliniques, et n'appointe convenablement les jeunes répétiteurs. Mais le progrès va-t-il si vite?

Puisque je suis en train d'émettre des vœux, j'en ajouterai encore un aux précédents.

Beaucoup de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, qu'ils soient ou non agrégés ou professeurs à la Faculté, font à leurs élèves des leçons cliniques. Je n'en connais guère qui apprennent à ceux-ci à recueillir des observations. Pourquoi ne consacreraient-ils pas chaque année trois ou quatre leçons sur la manière de prendre des notes au lit du malade et d'en faire de bonnes observations cliniques? Cela ne vaudrait-il pas bien la description de la fracture du radius ou de la migraine, que tout chef de service fait, avec raison d'ailleurs, au moins une fois l'an à son auditoire?

Puissent ces vœux être exaucés!

C'est donc à l'aide d'observations ainsi prises qu'on pourra élucider les points encore obscurs d'une question médicale. Quant à leur emploi dans la rédaction de la thèse, il ne diffère pas de celui que nous avons indiqué plus haut à propos des faits déjà publiés. Il suffira de ranger chacun des détails communs aux diverses observations dans le même groupe, de les comparer les uns aux autres, d'en faire ressortir les analogies, les différences, pour en dresser le tableau clinique du point à étudier.

Que messieurs les internes veuillent bien me permettre de

d'Archambault et de Lasègue; 2° une brochure intitulée : *Sur les différents degrés d'altérations anatomiques des cordons médullaires dans leurs rapports avec la curabilité de l'ataxie locomotrice.*

M. *Bouchardat* présente un *Rapport sur les eaux minérales du Caucase*, par M. *Dru*. (*Commission des eaux minérales.*)

M. *Mathias Duval* dépose, de la part de M. le docteur *Testut* (de Bordeaux), les mémoires suivants : *Contribution à l'anatomie comparée des races nègres, Recherches sur quelques muscles surnuméraires de la région scapulaire antéro-interne, Le long fléchisseur propre du pouce chez l'homme et chez les singes.*

M. *Léon Colin* présente : 1° au nom de M. le docteur *Petresco* (de Bucharest), le 1er volume de la 2e édition de son *Traité de thérapeutique;* 2° deux thèses soutenues à la Faculté de Bucharest *sur l'action comparative de la digitale à haute dose et de la convallaria maïalis dans le traitement de la pneumonie* et *sur les injections hypodermiques d'éther sulfurique dans les maladies adynamiques;* 3° de la part de M. le docteur de *Valicourt*, des *Études sur les vaccinations et revaccinations pratiquées au 22e régiment de dragons* (*Commission de vaccine*); 4° au nom de M. le docteur *Antony*, la *Relation d'une épidémie de scarlatine à rechutes* (*Commission des épidémies*).

Chromhydrose. — M. *Bergeron* présente un jeune collégien, qui offre un cas très rare de chromhydrose; M. Le Roy de Méricourt en donnera la relation dans la prochaine séance.

Législation sur les aliénés. — M. *Blanche* résume la discussion à laquelle a donné lieu son rapport et propose de nouvelles conclusions, modifiées d'après les critiques formulées devant l'Académie. Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

Scrofule et bains de mer. — A l'occasion du concours pour le prix Capuron de 1884, M. *Bergeron* lit un très remarquable rapport sur les résultats de ce concours, dont le sujet était : l'influence des bains de mer sur la scrofule des enfants. Il fait un exposé de cette question et des indications spéciales auxquelles répond, en pareil cas, la médication marine, ainsi que des résultats qu'elle a produits dans les divers pays; à cette occasion, il rappelle les nombreux hospices spéciaux créés dans cette intention, et défend la création de l'établissement de Berck-sur-Mer contre les critiques dont il a été l'objet; ce sont les immenses services qu'il a rendus qui plaident surtout en sa faveur. M. Bergeron termine par une analyse des mémoires présentés au concours, dont deux ont une importance toute particulière. L'un de ceux-ci est tout à fait hors de pair; il renferme la description, en deux magnifiques in-folios manuscrits, de tous les hospices marins et sanatoria maritimes pour enfants actuellement existants en Europe, leurs photographies et les statistiques de leurs services, ainsi qu'une étude complète, clinique et thérapeutique de la question mise au programme. Ce mémoire est jugé digne du prix; l'ouverture, en comité secret, du pli cacheté désignant son auteur fait connaître qu'il est de M. le docteur Cazin, médecin de l'hôpital de Berck-sur-Mer, auquel sera décerné le prix Capuron. Pareille récompense ne pouvait être mieux méritée. Quant à l'autre mémoire réservé, il est renvoyé, en raison de sa valeur, à la commission chargée de distribuer la fondation Monbinne.

— La séance est levée à cinq heures.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 14 MARS 1884. — PRÉSIDENCE DE M. BUCQUOY.

Présentations d'ouvrages : MM. G. Lacombe, Troisier, Debove. — Prophylaxie de la tuberculose : M. Villemin (nomination d'une commission). — Contribution à l'étude des pleurésies pulsatiles : M. Féréol. — Étude clinique sur la sclérose pulmonaire : M. Du Castel. — Présentation d'instruments : thermomètres pour températures locales : M. C. Paul.

M. *G. Lacombe* fait hommage à la Société, au nom de M. Hallopeau, de son *Traité élémentaire de pathologie générale, comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique.*

— M. *Troisier* dépose sur le bureau, au nom de l'auteur, M. Hermet, la traduction du livre de Hutchinson intitulé : *Étude clinique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire.* Il rappelle que c'est Hutchinson le premier qui a rattaché à la syphilis héréditaire la kératite interstitielle diffuse, une variété spéciale de surdité et certaines malformations du système dentaire. La traduction de M. Hermet est accompagnée de notes intéressantes et d'une préface du professeur Fournier.

— M. *Debove* offre à la Société les *Leçons sur la tuberculose parasitaire* qu'il a faites à la Pitié lorsqu'il remplaçait le professeur Lasègue. Convaincu par les remarquables travaux de M. Villemin et de Koch, il a défendu la nature parasitaire de la tuberculose, et a fait voir que, si la présence du bacille est un signe pathognomonique de la phthisie, la connaissance de ce parasite impose une prophylaxie trop souvent négligée. La valeur diagnostique de l'examen microscopique des crachats tuberculeux ne paraît plus discutable aujourd'hui, de tous côtés les faits abondent, et l'on ne saurait trop engager tous les médecins à pratiquer cette recherche. Elle est, dit M. Debove, d'une grande simplicité, et « ne suppose pas plus de connaissances histologiques que la recherche de l'albumine ne suppose de connaissances chimiques ». Quant à la prophylaxie de la tuberculose, elle paraît s'imposer aujourd'hui d'une façon absolue, et personne ne peut plus contester la nécessité de mesures toutes spéciales dans les hôpitaux et dans l'armée. Enfin le traitement par la suralimentation, sur lequel M. Debove a déjà insisté à diverses reprises, a donné constamment depuis lors, entre ses mains, d'excellents résultats.

---

leur rappeler à ce sujet qu'il a été créé, spécialement pour eux, à la Société de chirurgie, un prix destiné à récompenser leurs bonnes thèses. C'est le prix Duval, fondé en 1854. Or cette récompense s'adresse précisément aux bonnes observations et à la bonne bibliographie, ainsi que l'a spécifié dans son programme l'honorable fondateur.

« Autant que possible, a-t-il dit, les recherches doivent porter sur un seul sujet, et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

» Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués ainsi que la source précise des citations. »

Je serais très heureux, si les concurrents au prix Duval étaient à l'avenir plus nombreux que d'habitude, d'avoir attiré sur lui l'attention qu'il mérite, et qui se détourne un peu trop de lui.

III. — Il me reste peu de chose à dire maintenant sur l'étude d'une question nouvelle considérée comme sujet de thèse. S'il s'agit d'un sujet de clinique, les remarques précédentes pourront s'y appliquer. S'il s'agit d'un travail de laboratoire, je n'ai plus à m'en occuper. Sans croire que tout y soit pour le mieux, nos laboratoires sont installés actuellement de telle sorte qu'on puisse y préparer convenablement une thèse sous la direction du chef de laboratoire et du professeur dont le laboratoire dépend.

D'ailleurs les élèves qui se livrent à ces travaux originaux, par la méthode clinique ou expérimentale, sont assez bien doués pour n'avoir que faire de mes conseils, et je me garderai bien de leur en donner, ne voulant pas m'exposer à recevoir, comme certain cordonnier, cette apostrophe : « *Ne, sutor, ultra crepidam.* »

M'en tenant donc à la chaussure, c'est-à-dire au côté bibliographique de leur travail, qu'il me soit permis de leur rappeler ce précepte destiné à éviter à la fois l'encombrement de la littérature et de longues recherches pour

— M. *Villemin* remercie M. Debove de la part prépondérante accordée à ses travaux dans les Leçons qu'il offre à la Société. Il saisit cette occasion pour proposer à la Société d'inscrire à l'ordre du jour de ses séances la question *de la tuberculose et de sa prophylaxie*. Il pense, en effet, que les membres de la Société sont dans les conditions les plus favorables pour élucider cette importante question et pour lui donner une solution appelée, en attendant une thérapeutique meilleure, à rendre d'immenses services à l'humanité. Il rappelle qu'en Allemagne l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux militaires prussiens est pratiqué depuis 1869, et qu'il est prescrit d'éloigner tout particulièrement des phthisiques les individus atteints de maladies des voies respiratoires, et qui sont, par ce fait, en opportunité morbide pour la contagion de la tuberculose. De plus, à l'instigation du Médecin Général, l'examen des conscrits au point de vue de la tuberculose a été rendu beaucoup plus minutieux qu'en France, et on a adopté le renvoi prématuré dans leurs foyers des soldats atteints de tuberculose pendant la durée du service; on prolonge ainsi leur existence autant que possible, et l'on évite l'extension de la maladie par contagion. M. Villemin avait déjà signalé l'utilité de mesures analogues en 1869, à la suite de ses recherches sur les crachats tuberculeux, mais son appel a été peu entendu; il croit que le moment est venu de reprendre cette question majeure, car il est convaincu qu'il existe une prophylaxie de la tuberculose au même titre que pour la variole.

M. *Bucquoy* est d'avis qu'avant d'inscrire à l'ordre du jour la question formulée par M. Villemin, il serait utile que la Société ait eu le temps de réunir des documents ; elle doit se préparer à une discussion scientifique, appuyée sur des faits, et digne d'un aussi important sujet. En conséquence, il propose la nomination par le bureau d'une Commission chargée d'étudier la question *de la contagion de la tuberculose et de sa prophylaxie*, et de fixer le moment opportun pour l'inscrire à l'ordre du jour des séances.

Cette Commission est composée de MM. Villemin, Millard, Vallin, Grancher, Debove et C. Paul.

— M. *Féréol* donne lecture d'une note intitulée : *Contribution à l'étude des pleurésies pulsatiles*. (Voy. le compte rendu de l'Académie de médecine, in *Gazette hebdomadaire*, n° 7.)

— M. *Du Castel* lit un mémoire ayant pour titre : *Étude clinique sur la sclérose pulmonaire.* (Voy. l'analyse de ce travail, p. 189.)

— M. *C. Paul* présente à la Société les thermomètres qu'il a fait construire pour déterminer les températures locales. (Voy. le compte rendu de la Société de thérapeutique, in *Gazette hebdomadaire*, n° 7.)

— La séance est levée à cinq heures et quart.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 5 MARS 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Présentations d'ouvrages. — Pièces anatomiques; opercules du gros intestin (rectum) : M. Lannelongue. — Ulcération spontanée d'une artère dans un foyer purulent : M. Gillette. — Intervention chirurgicale dans les adénites scrofuleuses : M. Cazin (de Berck). — L'extirpation des ovaires et les phénomènes hystériques : M. Pozzi.

M. *Verneuil* présente, de la part de son auteur, M. Émile Régnault, une thèse sur le redressement du genu valgum à l'aide de l'appareil Colin.

M. *Guéniot* offre un travail de M. Franck Neubauer (de Varsovie) sur le glissement vertébral empêchant l'accouchement.

— M. *Lannelongue* complète sa communication de la précédente séance sur les opercules de la dernière portion du gros intestin, en mettant sous les yeux de ses collègues la pièce anatomique qu'il avait annoncée. Il apprend que l'examen microscopique de l'intestin rétréci a confirmé ce qu'il avait déjà avancé, à l'inspection à l'œil nu des parois de cet organe; l'histologie a, en effet, montré un rectum muni de sa tunique fibreuse et de ses deux tuniques musculeuses revêtues à leur intérieur d'une muqueuse avec son épithélium, ses glandes et tous ses caractères normaux.

— M. *Lannelongue* montre, en outre, une pièce pathologique d'ulcération ano-rectale chez un nouveau-né dont l'étiologie est obscure; l'enquête minutieuse à laquelle il s'est livré à ce sujet ne lui permet pas d'accuser la syphilis, qui, à priori, semble la cause la plus vraisemblable. Ce même enfant avait aussi un spina bifida, dont les enveloppes révèlent très manifestement l'origine cicatricielle par adhérence aux membranes de l'amnios. Ainsi donc, chez le même enfant, deux preuves de l'exactitude de l'opinion émise par M. Verneuil dans la dernière séance, à savoir qu'à côté des malformations par arrêt de développement il faut aussi compter celles qui résultent des maladies embryonnaires et fœtales.

M. *Trélat*, après être revenu sur le développement de l'anus et du rectum, et après avoir exposé très clairement le processus embryogénique de ces deux conduits, conclut par cette phrase qu'il a écrite, il y a bientôt vingt ans, dans son

---

trouver leurs publications : « Quand on écrit, il faut : 1° avoir quelque chose à dire ; 2° le dire ; 3° s'arrêter quand on l'a dit; 4° lui donner un bon titre. »

Le précepte n'est pas de moi ; je le tiens de M. Billings, qui le tenait de je ne sais qui. En tout cas il devrait être gravé dans la mémoire de tous ceux que la manie d'écrire pousse à prendre la plume à tout propos, manie parfois dangereuse et qu'on a le tort, moi tout le premier, d'écouter trop souvent.

L.-H. Petit.

Service de santé de la marine. — A été promu *au grade de médecin principal :* 2e tour (choix). M. Beaumanoir (Jean-Marie-Julien), médecin de 1re classe.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière, commencera un cours public sur les maladies mentales, avec applications à la médecine légale et à la pratique professionnelle, le dimanche 23 mars 1884, au grand amphithéâtre, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Dans la première leçon, M. Legrand du Saulle étudiera l'influence des événements politiques sur les caractères du délire, et il exposera les anomalies physiques et intellectuelles que l'on observe fréquemment chez les enfants conçus pendant le siège de Paris.

Concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire. — Par application d'une décision ministérielle en date du 11 mars 1884, un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire s'ouvrira à Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours, le 11 août 1884, pour l'épreuve écrite. Les épreuves orales auront lieu : à Paris, le 5 septembre; à Nancy, le 11 septembre; à Lyon, le 15 septembre; à Bordeaux, le 19 septembre.

article du *Dictionnaire encyclopédique* : « L'immense majorité des anomalies ano-rectales ne sont que le vestige d'un état embryonnaire, ou, mieux, le résultat d'une irrégularité de l'évolution embryonnaire. » Pour lui, les maladies embryonnaires ou fœtales donnant lieu à des malformations sont infiniment rares, et le cas de M. Lannelongue s'explique bien plus par un vice de développement du rectum que par une affection intra-utérine de ce conduit.

— M. *Gillette* présente une artère spontanément ulcérée à la suite de son séjour dans un foyer purulent. C'est une collatérale de la honteuse externe baignant dans le pus d'un abcès par congestion, qui s'étendait de la quatrième vertèbre dorsale jusqu'au milieu de la cuisse. Son ulcération donna lieu à deux hémorrhagies successives, dont la seconde emporta le malade.

— M. *Cazin* (de Berck) lit un travail dans lequel il montre, avec de nombreux chiffres à l'appui, les heureux résultats de l'intervention chirurgicale dans les adénites scrofuleuses. Il reconnaît d'abord que le séjour au bord de la mer, l'exercice en plein air, les bains salés sont des conditions avantageuses à la guérison de ces adénites; mais il n'a pas de peine à montrer que l'action directe sur les ganglions engorgés aide considérablement et sans danger à la disparition de ces engorgements. Voici quelle est la pratique qu'il suit à l'hospice de Berck : les adénites ulcérées avec trajets multiples et anfractueux sont cautérisées au thermo-cautère ou raclées à la curette; lorsque la peau est saine, on se sert de préférence de l'instrument tranchant; dans les deux cas, il faut enlever aussi exactement que possible tous les ganglions dégénérés; on y arrive facilement et sans risque d'ouvrir des vaisseaux importants; pansement phéniqué. Sur 111 opérés, M. Cazin n'a eu à déplorer la mort que de 2 malades, encore étaient-ce des adultes malades depuis fort longtemps : l'un, garçon de dix-neuf ans, succomba à une phlébite et à la septicémie; l'autre, femme de vingt-deux ans, mourut d'hémorrhagie. Ce mode de traitement, en hâtant la guérison de suppurations presque interminables, diminue les chances de méningite tuberculeuse, de phthisie pulmonaire, d'albuminurie, de carreau, etc., etc.

M. *Trélat* tient à constater que la pratique de M. Cazin ressemble absolument, en tous points, à celle qu'il a conseillée dans les dernières séances.

— M. *Pozzi* a enlevé dernièrement l'utérus atteint de corps fibreux et un ovaire kystique chez une femme ayant depuis dix ans des métrorrhagies abondantes et des douleurs très vives s'irradiant à tout le petit bassin; depuis longtemps aussi elle présentait de l'hémianesthésie et avait de fréquentes crises hystériformes accompagnées de rêves voluptueux qui l'épuisaient de jour en jour. L'opération fut facile et la guérison rapide. Dès le deuxième jour, les phénomènes nerveux avaient disparu et ne se sont pas reproduits depuis. Cette cessation des troubles nerveux, déjà observée, a été expliquée de deux façons : d'abord par le choc qu'une opération grave imprime à l'organisme entier, en second lieu par la suppression de l'appareil utéro-ovarien. Dans le cas actuel, il est probable que c'est bien l'ablation de l'ovaire et de l'utérus malade qui a déterminé l'amélioration générale. Quoi qu'il en soit, le fait est intéressant, car il apporte une contribution à la solution encore controversée de cette question.

M. *Terrier* croit, en principe, que l'ablation des ovaires doit avoir les plus heureux effets sur la disparition des accidents nerveux dits hystériques; mais il reconnaît que la question est loin d'être résolue. Cependant telle est sa conviction sur la valeur de l'opération de Battey, que, le cas échéant, il n'hésiterait pas à la pratiquer; il l'a du reste proposée il y a quelque temps à une malade qui l'a refusée. Pour ne rien laisser échapper, dans l'instruction du procès de cette opération, M. Terrier rapporte un cas qui paraît avoir donné précisément le contraire de ce qu'on attend de l'extirpation des ovaires. Il y a environ quinze jours, il a enlevé un ovaire kystique à une femme n'ayant jusqu'alors présenté aucune manifestation du tempérament hystérique; depuis cette époque cette malade a de véritables attaques très intenses. Il est vrai que chez elle un seul ovaire a été enlevé, et que peut-être l'autre est malade.

M. *Reclus* a enlevé dernièrement à la Salpêtrière les deux ovaires kystiques chez une femme manifestement hystérique; pendant les jours qui suivirent l'intervention, la malade eut de très violentes attaques, qui firent craindre pour la réussite de l'opération. Trois semaines après la cicatrisation complète de la plaie abdominale, les crises s'amendèrent et la malade put quitter l'hôpital considérablement améliorée. Depuis, elle est revenue à l'hôpital donner de ses nouvelles; elle va mieux, dit-elle, ses crises sont bien moins vives et bien moins fréquentes. M. Reclus se propose de la suivre et de rechercher chez elle les diverses manifestations de l'hystérie.

M. *Gillette* n'est pas partisan de l'opération de Battey; ses résultats et ses indications ne lui paraissent pas suffisamment nettes pour qu'on soit autorisé à la pratiquer. Les observations étrangères qu'il a lues ne l'ont pas convaincu de son efficacité, et il a connaissance de deux opérations pratiquées par un chirurgien français, qui sont loin d'être concluantes, puisqu'il est sûr que le résultat de l'une a été absolument négatif. On ne doit donc pas, pour un résultat aussi aléatoire, se risquer à enlever les ovaires sains.

M. *Terrier* rappelle que l'opération de Battey ne se fait pas sur des ovaires sains; presque toujours, sinon toujours, en effet, les chirurgiens ont trouvé des ovaires malades, adhérents et très difficiles à extirper. Ce sont précisément ces lésions constantes des ovaires qui légitiment l'acte chirurgical dans de nombreuses affections des organes génitaux. M. Terrier a proposé l'opération en question pour des métrorrhagies rebelles, et il sait que le professeur Duplay l'a pratiquée dans le même cas.

M. *Polaillon* pense que l'opération de Battey est des plus légitimes. Il l'a proposée, l'année dernière, pour une névralgie de l'ovaire s'accompagnant de crises hystériformes avec délire et folie furieuse, qu'aucune médication ne pouvait calmer. Elle ne fut pas acceptée.

SÉANCE DU 12 MARS 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Présentations d'ouvrages. — Continuation de la discussion sur les opercules du rectum : M. Larger. — Hystérie et extirpation de l'ovaire : M. Terrier. — Polype naso-pharyngien récidivé très vasculaire : M. Verneuil. — Élection.

M. *Verneuil* présente deux thèses soutenues le jour même à la Faculté de médecine : l'une de M. Labonne, *Contribution à l'étude des suites de fractures de la rotule et de leur thérapeutique;* l'autre de M. Malécot, *De la spermatorrhée.* Dans cette dernière l'auteur, par de nombreux examens microscopiques, a fait justice de l'opinion de Lallemant, trop enclin à voir des pertes séminales dans une foule d'écoulements tout à fait étrangers aux organes producteurs du sperme.

— M. *Larger* a trouvé dans le livre de West, traduction d'Archambault, un cas analogue à celui de M. Lannelongue, dont la Société s'est occupée dans les deux dernières séances. Il y avait également une cloison muqueuse séparant l'anus de l'ampoule rectale, à l'autopsie on trouva un second cloisonnement situé plus haut, mais dont le siège n'est pas spécifié. Comme M. Trélat, M. Larger croit que ce sont là des faits qui ressortissent bien plus à un vice de développement qu'à une lésion inflammatoire intra-utérine des dernières portions de l'intestin. Il n'a pas vu sur la pièce présentée par M. Lannelongue de traces d'inflammation.

Une discussion s'engage ensuite entre MM. Pozzi, Lannelongue, Trélat et quelques autres membres de la Société sur la pathogénie des malformations congénitales en général.

— M. *Terrier* lit l'observation détaillée de la malade, dont il a parlé dans la précédente séance à propos de l'opération de Battey. Chez cette malade on a vu des accidents hystériformes, dont elle avait été atteinte au moment de la puberté, réapparaître à la suite de l'extirpation d'un ovaire; mais l'existence d'une fissure anale très douloureuse, constatée depuis l'opération, n'est peut-être pas étrangère à ces manifestations hystériques, c'est ce que les phénomènes ultérieurs apprendront, car ce matin même M. Terrier a pratiqué la dilatation de l'anus sous le chloroforme. Bien que ce fait soit complexe, il n'en constitue pas moins un document important pour l'étude de la valeur de l'opération de Battey.

M. *Marjolin* ne serait pas étonné de voir les crises hystériques cesser après l'opération de la fissure à l'anus, car il a observé un cas absolument démonstratif à cet égard.

— M. *Verneuil* vient demander l'avis de ses collègues pour un cas de thérapeutique chirurgicale fort embarrassant. Il présente d'abord le malade et en résume la très intéressante observation. Il s'agit d'un jeune homme âgé aujourd'hui de dix-neuf ans, qui en 1876 vit se développer avec tous ses phénomènes ordinaires un polype naso-pharyngien, pour lequel il vint consulter deux ans après MM. Petitfils (de Vierzon) et Sarrazin (de Bourges). Le 15 décembre 1878, ces deux chirurgiens firent l'extirpation d'une tumeur fibreuse du volume d'un gros œuf, après avoir réséqué le maxillaire supérieur gauche : aucun incident opératoire, si ce n'est une hémorrhagie abondante. Guérison en un mois; disparition à sa suite de tous les accidents, sauf une légère exophthalmie persistante. Pendant un an pas trace de récidive ; à ce moment des épistaxis, légères d'abord, mais de plus en plus abondantes et fréquentes apparurent; en même temps la joue du côté gauche commença à se soulever; peu à peu la saillie se prononça et atteignit le volume qu'elle présente aujourd'hui et qui est stationnaire depuis trois mois. En ce moment la tumeur occupe la moitié gauche de la face, envahit les fosses nasales, s'enfonce dens le sinus maxillaire droit, soulève le plancher de l'orbite gauche et s'étend jusque dans les fosses zygomatique et temporale; elle mesure 13 à 14 centimètres d'avant en arrière et 10 centimètres de haut en bas.

Peau saine avec quelques réseaux vasculaires injectés, mobile sur les parties sous-jacentes. Dans la bouche à la place de la voûte palatine réséquée, on voit une masse molle, d'un rouge vineux, saignant très facilement; l'arrière-bouche et le pharynx paraissent sains. La tumeur est animée de *battements isochrones au pouls artériel*, et l'auscultation y révèle un bruit de souffle doux systolique; la compression de la carotide primitive gauche ne fait disparaître ni les battements ni le souffle. Pas d'engorgement ganglionnaire. Pas de douleur, mais les battements et le bruit de souffle troublent le repos. La respiration par les narines est impossible. D'ailleurs la santé est bonne; les urines sont normales; seules les épistaxis revenant très facilement inquiètent le malade.

Ces hémorrhagies répétées et les battements de cette tumeur, qui n'est vraisemblablement que la récidive du polype naso-pharyngien enlevé par MM. Petitfils et Sarrazin, sont les deux points qui commandent l'intervention, mais la rendent singulièrement périlleuse. Jusqu'ici M. Verneuil s'est contenté de faire à quatre reprises différentes des injections interstitielles d'une demi-seringue à une seringue de liqueur de Piazza; les deux premières ont été très douloureuses, les deux dernières assez bien supportées; mais aucune modification n'est survenue dans la masse morbide, sa consistance est la même, ses battements aussi intenses, peut-être est-elle un peu moins réductible. Evidemment il faut attaquer le néoplasme plus directement, les hémorrhagies imminentes pouvant emporter très rapidement le malade, mais comment agir?

M. Verneuil s'est d'abord posé la question de savoir quels vaisseaux alimentaient la tumeur, et pour lui, en face des résultats négatifs obtenus par la compression alternative ou simultanée des deux carotides primitives, il n'est pas douteux qu'elle soit irriguée par les vertébrales. La ligature des deux carotides ne donnerait donc rien, et en supposant que l'on fît celle des deux vertébrales, la circulation, se rétablissant par l'hexagone artériel, ne suspendrait pas l'arrivée du sang dans la tumeur; de telle sorte qu'on n'a pas la ressource de se mettre à l'abri des hémorrhagies opératoires par une ou plusieurs ligatures préventives. Faut-il donc agir directement sur le néoplasme?

M. *Després* ne croit pas qu'il s'agisse d'un polype naso-pharyngien; une tumeur aussi vasculaire et qui n'est pas implantée, d'après l'examen qu'il vient de pratiquer, sur l'apophyse basilaire, mais bien plus en avant sur les os de la face, est une tumeur à myéloplaxes. L'opération est praticable à l'aide de l'instrument tranchant sans danger inhérent à l'opération, mais il est infiniment probable que la récidive sera inévitable.

M. *Trélat* fait d'abord remarquer que dans l'espèce ce qui importe le moins c'est la nature histologique de la tumeur, qui a bien des chances d'être non une tumeur à myéloplaxes, mais un polype naso-pharyngien récidivé très vasculaire. Il ne faut pas songer à l'opération directe à cause des dangers de l'hémorrhagie. Dans le rapide examen du malade que vient de faire M. Trélat, il lui a semblé que la compression de la carotide gauche diminuait l'intensité des battements, si elle ne les faisait pas cesser; il conseille de s'assurer si en effet cela existe et de lier la carotide ou tout autre vaisseau qui alimente la tumeur, puis de l'attaquer par des flèches de canquoin ou autres caustiques. Il se rappelle avoir soigné à la Charité un malade, autrefois opéré à l'Hôtel-Dieu par M. A. Guérin, d'un polype naso-pharyngien extrêmement vasculaire et ayant récidivé; pendant près de deux ans il l'attaqua à diverses reprises au galvano-cautère et arriva ainsi à le détruire complètement.

M. *Tillaux*, pensant que la tumeur reçoit les vaisseaux de la carotide externe, est d'avis de lier le tronc vasculaire et d'attaquer ensuite le néoplasme.

— M. *Barrère* (de Santerne) présente une série d'appareils destinés à la contention des hernies inguinales.

— *Élections.* — M. *Bouilly* est élu membre titulaire.

A. POUSSON.

Société de biologie.

SÉANCE DU 15 MARS 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MATHIAS DUVAL, VICE-PRÉSIDENT.

Kystes dentaires; évolution : M. Malassez. — Poisons des flèches : M. Henneguy. — M. Laborde. — Paralysies psychiques par suggestion à l'état de veille : M. Bottet. — Électrolyse de la trompe d'Eustache : M. Gellé. — Larve d'Œstride parasite de l'homme : M. Mégnin. — Ralentissement du cœur par douleur chez l'homme : M. Bloch. — Fusion des conduits de Müller et formation de l'hymen : MM. Tourneux et Wertheimer.— Action de la paraldéhyde : M. Hénocque.

M. *Malassez* revient sur la discussion ouverte dans la séance précédente, entre M. Magitot et lui, au sujet du mode de formation des kystes dentaires. Il a étudié trois espèces principales de kystes en rapport avec l'extrémité de la racine des dents : les uns présentent à leur face interne un revêtement d'épithélium pavimenteux; dans d'autres, on trouve des bour-

geons de végétations avec disparition par places de l'épithélium; dans la troisième série enfin, l'épithélium a presque complètement disparu; l'aspect est franchement inflammatoire. Ce sont là des formes kystiques distinctes, mais *successives* : le dernier terme correspond à ce qu'on appelle l'abcès enkysté; il serait plus juste de dire qu'il s'agit de kystes abcédés.

M. Malassez voit enfin dans la persistance d'une partie de l'organe adamantin la raison du siège de ces kystes à la partie inférieure de la racine des dents, et M. Pouchet appuie cette manière de voir en signalant la persistance d'une portion du même organe chez un certain nombre de rongeurs dont les dents présentent l'évolution continue.

— M. *Henneguy*, à propos de la communication de M. Bochefontaine sur le poison des Moïs, rappelle que, dans sa thèse de 1875, il a étudié la même substance et établi le premier son action systolique sur le cœur.

— M. *Laborde*, à propos de la même communication, montre des flèches enduites de différents poisons et notamment d'un poison de Bornéo qui tue les animaux avec des accidents convulsifs : il répète l'expérience sur un cochon d'Inde.

— M. *Bottet* attire l'attention sur la production de *paralysies psychiques* des mouvements volontaires produits par la suggestion *à l'état de veille*, en dehors de toute influence hypnotique, chez des sujets normaux et chez des femmes hystériques. Il montre une jeune fille qui, pouvant faire usage de ses deux bras, devient incapable d'exécuter les mouvements commandés après qu'on lui a persuadé qu'elle ne peut plus remuer l'un des deux membres supérieurs.

— M. *Gellé*, ayant eu connaissance d'une note communiquée il y a quelques jours à l'Académie par M. Mercier, sur le traitement du rétrécissement de la trompe d'Eustache par l'électrolyse, présente à la Société les feuilles d'un ouvrage en cours de publication, dans lequel il expose les résultats de sa propre pratique avec le même procédé ; il fait remarquer qu'il emploie l'électrolyse dans les mêmes cas depuis un certain temps, et ne peut par suite avoir subi l'influence du travail tout récent de M. Mercier.

— M. *Mégnin* présente l'Œstride dont il a parlé dans la dernière séance à propos de la communication de M. Albert Robin : c'est aussi une larve de *Dermatobia noxialis*, extraite de la peau de la cuisse.

A ce sujet M. *Blanchard* rapporte plusieurs observations semblables provenant de différentes régions du nord de l'Europe et notamment de la Norwège.

— M. *Bloch* a eu l'occasion de constater sur l'homme, et d'enregistrer avec le cardiographe de Marey, le ralentissement du cœur produit par les sensations douloureuses et dont l'étude détaillée a déjà été faite sur les animaux par un grand nombre d'expérimentateurs. Il a noté ce fait que l'appréhension d'un malade en voyant approcher de sa peau la pointe rougie du thermocautère, produit déjà le ralentissement du cœur et que la sensation douloureuse de la cautérisation accentue le ralentissement préalable. Il insiste sur l'indépendance de ce phénomène par rapport aux modifications de la respiration.

— M. *Pouchet* présente une Note de MM. Tourneux et Wertheimer sur la fusion des conduits de Müller chez l'homme et sur le développement de l'hymen. (Voy. les comptes rendus officiels pour l'exposé détaillé des études embryologiques.)

— M. *Hénocque* expose les principaux résultats de ses expériences sur la paraldéhyde administrée aux animaux, en injections hypodermiques de 40 centigrammes à 1 gramme sur le cochon d'Inde, de 1 à 4 grammes chez le lapin. Il insiste surtout sur la diminution considérable des phénomènes d'échange dans les tissus, s'accompagnant d'abaissement notable et rapide dans la température, du ralentissement de la respiration, et de la diminution de l'oxyhémoglobine du sang. L'étude de ces phénomènes permet d'expliquer combien la paraldéhyde peut retarder et même arrêter l'action de certains poisons, tels que le nitrite de sodium (Hénocque), la strychnine (Dujardin-Beaumetz), sans qu'il soit nécessaire de considérer ces poisons comme véritablement antagonistes, ainsi qu'on le fait pour la strychnine.

MM. *Rabuteau*, *Laborde*, *Bochefontaine*, *Quinquaud*, présentent quelques remarques au sujet de la communication de M. Hénocque, qui se réserve de répondre dans la prochaine séance.

Société de médecine de Berlin.

SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1883.

Echinocoque des os.

Démonstration par le docteur *Hahn* d'une préparation d'échinocoque du fémur, chez une femme de cinquante ans. Le point de départ de l'affection se trouve dans le tibia dont la diaphyse et l'épiphyse sont criblées d'une quantité innombrable de vésicules de la grosseur d'un pois ou d'une cerise : la tête du tibia loge un séquestre gros comme un œuf de pigeon, contenant lui aussi des vésicules. Même état anatomique dans le condyle interne du fémur : nulle part de scolex.

M. *Virchow* fait observer à ce sujet qu'il a constitué une collection de tumeurs de ce genre, qui, quoique petite, est peut-être la plus importante qui existe. Elle comprend quatre préparations (sternum, humérus, fémur). Il s'agit toujours d'échinocoque multiloculaire dont la pathogénie n'est pas encore bien claire. Il pense cependant que ce mode est déterminé plutôt par les circonstances extérieures, *les milieux* dans lesquels vivent les animaux, que par une diversité de l'espèce. Ainsi, pour ce qui concerne l'échinocoque multiloculaire du foie, cette lésion était autrefois parfaitement cantonnée dans les pays au-dessous du Mein et dans la Suisse. Dans l'intérieur du corps lui-même, la même question de milieu se présente, les vésicules sont fort petites et innombrables dans les tissus résistants tels que les os; ils deviennent énormes dès qu'elles font leur apparition dans les parties molles.

Les vésicules secondaires proviennent-elles de nouveaux scolex, ou sont-elles le résultat d'un bourgeonnement exogène de vieilles capsules? Impossible de le dire d'une façon certaine.

Une particularité curieuse de ces formations est la tendance à l'ulcération périphérique, les vieilles tumeurs ressemblant à de vieux abcès : d'où le nom de *tumeur hydatique ulcéreuse* que Virchow avait autrefois donné à ces masses.

— M. *Bardeleben* présente à la Société une femme de vingt-trois ans opérée cette année même, pour une tumeur à échinocoques de l'os iliaque. L'observation est curieuse par la difficulté du diagnostic et de l'opération elle-même, et la coïncidence d'un ictère intense que l'on pouvait attribuer à un kyste hydatique du foie.

Il partage la réserve de Virchow en ce qui concerne le mode de formation des vésicules secondaires, il n'a jamais observé de prolongement, et cependant il lui est arrivé d'extirper en entier une masse contenant plus de 2000 kystes de toute grosseur.

SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1883.

Tumeur pédiculée du mamelon. — Du son mat.

M. *Kabsher* présente une femme de soixante-six an atteinte de *tumeur du mamelon*. La tumeur (fibrome papil-

laire probablement) est appendue au bout du sein droit et atteint la grosseur du cœur d'un enfant.

M. *Virchow* émet l'idée qu'il s'agit peut-être d'un lipome pédiculé. Il a toujours manifesté un certain éloignement pour le terme de papillome. Lecoin a observé des tumeurs de ce genre au clitoris.

M. *Bidder* présente une tumeur qui ressemblait d'une manière frappante à celle-ci, et était, comme elle, appendue à l'extrémité du mamelon. Cette tumeur a été enlevée et conservée dans l'alcool : l'examen histologique démontre qu'il s'agit tout simplement d'une hyperplasie des éléments normaux du mamelon et par conséquent d'un *adénome*.

— M. *Leconiski* fait une communication sur le son mat, dont voici les conclusions qui paraîtront au moins originales au lecteur français :

1° La série acoustique de Skoda depuis le ton *vide* jusqu'au son *plein*, est fondée en pratique comme en théorie et n'est pas confondue avec les autres qualités du son admises en clinique.

2° Le son *clair* de Skoda représente une conception difficile à comprendre : ce terme doit être évité.

3° Un son *mat* (en clinique) indique toujours la présence d'un corps qui assourdit la tonalité. Il se reconnaît à ce que le son devient en même temps plus court, plus vide et plus bas.

4° Si l'on veut placer les sons d'après la méthode usitée depuis Skoda, on peut les distinguer : *a.* d'après leur élévation (élevé-bas); *b.* d'après leur intensité (clair-obscur); *c.* d'après leur durée et sa plénitude (plein-vide); *d.* d'après leur timbre (non tympanitique, tympanitique métallique).

SÉANCE DU 19 JANVIER.

Élongation du nerf sciatique. — Angiome caverneux.

M. *Sonnenberg* présente un malade chez lequel il a pratiqué l'élongation du nerf sciatique et du nerf péronier. Il s'agit d'un capitaine de la marine marchande qui, à la suite d'un traumatisme, avait eu une luxation du fémur. Cette luxation ne fut réduite qu'au bout de quarante-huit heures ; le séjour de la tête du fémur en dehors de la cavité glénoïde, avait eu pour effet de comprimer le nerf sciatique, et de déterminer une paralysie complète de l'extrémité inférieure de ce côté, qui persistait entière au bout de quinze mois de traitement et de séjour aux eaux de Tœplitz et de Grafenberg.

A la suite de l'élongation, la sensibilité revint presque immédiatement. Peu à peu l'état s'améliora au point que le malade a pu reprendre ses fonctions et ne ressent aucune différence entre l'extrémité saine et celle qui fut si longtemps paralysée.

— M. *Glück* présente un cas de suture des tendons, et un cas d'angiome caverneux qui s'étend des deux côtés du thorax, depuis l'aisselle jusqu'à la côte iliaque.

Opthalmological Society.

SÉANCE DU 10 JANVIER 1884.

Absence congénitale de la glande lacrymale. — Hémorrhagie dans la gaine du nerf optique à la suite d'une fracture du crâne. — Lésions congénitales de la tache jaune et du nerf optique. — Conjonctivite muco-purulente et kératite ponctuée sympathique.

M. *S. Morton* présente un enfant de six ans ayant une absence congénitale de la glande lacrymale du côté droit. La vision d'ailleurs est parfaite, toutes les parties de l'œil lui-même étant saines. Il est aussi intéressant de noter que l'odorat de ce côté est intact.

— M. *Q. Silcock* montre des préparations histologiques d'hémorrhagie dans la gaine du nerf optique, provenant d'un malade mort à la suite d'une fracture du crâne. A l'autopsie on trouva une fracture fissuraire passant par l'angle inférieur du pariétal droit et la moitié droite de l'occipital, s'étendant jusqu'à la fosse jugulaire ; énorme épanchement de sang dans la cavité de l'arachnéide, surtout à la base du cerveau ; infiltration sanguine dans la gaine du nerf optique gauche. Ce fait est intéressant, comme le remarque M. Silcock, en ce qu'il infirme la loi émise dans les *Archives* de Grafe et de Sæmisch, à savoir que ces infiltrations du nerf optique ne s'observent seulement que dans les fractures de la base passant par le trou optique.

— *W. Tay* a observé chez trois enfants, frères, des dégénérescences symétriques de la tache jaune avec double atrophie des optiques. Sans vouloir discuter la cause de l'affection, l'auteur ne pense pas qu'il soit possible d'invoquer une embolie. C'est aussi l'avis du président, M. Hutchinson, qui attire l'attention sur ce fait que les enfants sont frères, qu'ils sont du même sexe et que les parents ne sont pas consanguins. C'est une maladie de famille, qu'on peut rapprocher de cette affection de la peau décrite par Kaposi sous le nom de *xeroderma pigmentosum*, n'affectant que les enfants d'un même sexe et dans laquelle les parties du corps exposées au soleil prennent une teinte particulière foncée.

— M. *Braitey* signale deux variétés de l'ophthalmie sympathique : la conjonctivite muco-purulente et la kératite ponctuée, dernière forme que l'on s'accorde généralement à considérer comme d'origine syphilitique, rhumatismale ou cachectique. Cette communication est devenue le point de départ d'une discussion sur la pathogénie de l'ophthalmie sympathique, dans laquelle les théories qui se partagent la faveur des ophthalmologistes ont également trouvé des défenseurs.

REVUE DES JOURNAUX

De la néphrite goutteuse, par Virchow. — Il existe une forme de néphrite dite *goutteuse*, dans laquelle on constate à l'autopsie la présence d'une grande quantité de petits cylindres composés de cristaux rhomboïdaux d'urates, remplissant les canalicules de la substance médullaire. Contrairement à ce qui a été avancé, ces tophus ne s'accompagnent pas de lésions interstitielles de la substance rénale ; mais on observe à la périphérie du rein, là où précisément les concrétions uriques font défaut, des rétractions cicatricielles semblables à celles du rein cardiaque ou syphilitique. Cette lésion ne coexiste *pas toujours* avec des lésions similaires des articulations, ou, si elle coexiste, l'histoire du malade ne révèle pas toujours d'accès goutteux. Il ne faut donc pas conclure d'une façon absolue à la nature goutteuse de cette forme de néphrite, et il n'est pas impossible — Virchow émet cette opinion avec la plus grande réserve — qu'il existe une *néphrite arthritique non goutteuse*.

En tous cas, l'on ne peut affirmer que les lésions du rein, pas plus que celles des jointures, soient dues à l'irritation produite immédiatement par les cristaux déposés. La goutte siège dans la synoviale, qui ne contient jamais de tophus, et non dans les ligaments, qui en sont bondés. De même que, dans le rein, la lésion grave s'observe à la périphérie ou bien ne trouve pas la moindre trace de concrétions. Il est donc probable que l'agent irritant est le sang chargé du sel, plutôt que la concrétion elle-même.

A ce propos, le savant professeur nous donne un résumé de sa propre observation, qui ne saurait manquer d'intéresser le lecteur :

Je n'ai jamais eu d'accès de goutte. A part une tuméfaction de quelques articulations des doigts, je n'ai jamais ressenti de gêne dans les mouvements.

L'hiver dernier, se déclara une irritabilité extraordinaire de la vessie, la vessie irritable des Anglais : ténesme, cuisson dans l'urèthre, rougeur de l'orifice externe. Ces phénomènes venaient et disparaissaient sans attirer grandement mon attention.

Au mois de novembre, j'eus une fièvre violente, à la suite de laquelle l'irritation des organes urinaires redoubla; l'urine res semblait à du pus; le ténesme était tel, que je n'excrétais que quelques gouttes au milieu de douleurs intenses de l'urèthre. Mes médecins se creusaient la tête pour deviner le siège du mal, et moi-même je n'étais pas tranquille en apprenant que j'avais des cylindres, que j'avais de l'albumine, que tout était rempli de corpuscules de pus. On incriminait l'un après l'autre les bassinets, la vessie, la prostate.

Un beau jour, justement après avoir rendu, au milieu d'un ténesme violent, une cuillerée de pus, je me dis: Il doit cependant exister un moyen de savoir d'où provient ce pus. Si c'est un produit muqueux, il doit y avoir des mucosités mêlées au pus; si c'est un abcès et du pus simple, il doit y avoir quelque particularité. Je me mis au microscope, et trouvai uniquement des cellules rondes de toute grosseur et extrêmement mobiles. Pour découvrir le mucus, j'ajoutai de l'acide acétique concentré et observai, à mon grand étonnement, que le champ du microscope se remplissait de cristaux d'acide urique, au point d'obscurcir tout le reste. Lorsque je vis cette masse de cristaux, je me dis qu'un régime alcalin énergique remédierait à cela.

Rentré à la maison, je m'administrai une bonne dose de borate de soude, je pris le lendemain de l'eau de Carlsbad et je continuai pendant trois semaines. Depuis lors, je n'ai plus revu ni albumine, ni cylindres, ni pus, et l'urine est aussi claire que celle d'une jeune fille.

En terminant, Virchow attire l'attention sur les calcifications des canalicules, qu'il ne faut pas confondre avec la lésion précédente. (*Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 1.)

Cette communication a été le point de départ d'une discussion assez confuse à la Société médicale de Berlin, ce qui n'a pas lieu de nous étonner, les doctrines du célèbre anatomo-pathologiste ne tendant qu'à obscurcir un point de la science qui, depuis les travaux français et anglais, paraissait suffisamment élucidé. Nous avons cru devoir citer les opinions de Virchow, en raison de la haute autorité qui s'attache à tous ses travaux, mais sans songer à les partager, ni souvent à les comprendre dans tous leurs détails.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique médicale, par M. J.-J. Picot, professeur de clinique médicale à la Faculté de Bordeaux, etc. — Paris, Masson, et Bordeaux, Duthro, 1884.

Ce livre fait le plus grand honneur à l'enseignement de la clinique médicale à la Faculté de Bordeaux. Digne élève de l'Ecole de Strasbourg, et particulièrement des Hirtz, des Schützenberger, des Sédillot, M. Picot suit la méthode si féconde qu'avaient employée ses maîtres, et qui malheureusement est difficilement applicable aux grandes cliniques parisiennes; à chaque élève incombe la mission de suivre et de traiter, sous la surveillance du maître, un certain nombre de malades.

Nous ne pouvons ici passer en revue toutes les questions abordées par l'auteur, et dont l'exposé témoigne chez lui d'un grand sens critique joint à une vaste érudition. Nous relèverons surtout une étude approfondie, la plus complète que nous possédions, des *rapports pathologiques qui existent entre le cœur et le foie*, une analyse détaillée du *processus de la coagulation sanguine*.

Une leçon est consacrée à un nouveau mode de traitement de la pleurésie aiguë : l'association à la ponction de la cautérisation ponctuée. En procédant de la sorte, on combat directement l'élément inflammatoire de la maladie, en même temps qu'on remédie aux dangers que l'épanchement fait courir.

Enfin, dans sa dernière leçon, M. Picot expose les effets de l'acide chrysophanique sur le psoriasis; il montre que cette substance est de beaucoup préférable à l'acide pyrogallique.

Index bibliographique.

L'ANUS CONTRE NATURE ILÉO-VAGINAL ET LES FISTULES INTESTINO-UTÉRINES, par le docteur L.-H. PETIT. — Lauwereyns, 1884. — Voici un nouveau mémoire de M. L.-H. Petit aussi sérieux, aussi nourri, fait avec la même conscience que ses prédécesseurs. Nous ne saurions trop recommander la lecture de ce travail, auquel l'Académie de médecine a décerné le prix Huguier.

Une observation recueillie en 1876, dans le service de M. Verneuil, a invité l'auteur à rechercher s'il existait quelque travail d'ensemble sur ce sujet. Ce qu'il a trouvé de plus complet, à cette époque, était un court chapitre inséré dans deux ou trois traités spéciaux où quelques faits étaient à peine mentionnés, et encore sans exactitude.

M. Petit fouille alors les recueils, les publications périodiques, et de cette affection à peine connue il ne réunit pas moins de vingt-trois observations, à l'aide desquelles il trace de l'anus contre nature iléo-vaginal une étude d'ensemble. C'est ce travail, inséré dans les *Annales de gynécologie*, et qui a près de 220 pages, que nous allons analyser.

Dans la première partie, consacrée à l'historique de la question, M. Petit énumère tous les documents qu'il a pu rassembler, relève les citations inexactes qui en ont été faites, et donne une bibliographie exacte du sujet.

Dans la seconde, consacrée à l'étude clinique, M. Petit nous montre qu'il existe une grande analogie, au point de vue de l'étiologie, des symptômes et du diagnostic, entre les communications de l'intestin grêle avec le vagin, et celles de l'intestin avec l'utérus. Il en arrive à étudier concurremment les fistules intestino-utérines avec l'anus vaginal, et à ajouter des premières seize observations aussi peu connues que les vingt-trois précédentes.

Toutes ces affections ont pour cause une rupture utérine ou vaginale, l'étranglement d'une anse intestinale, ou bien l'accolement des parois intestinales à l'utérus et au vagin, à la faveur d'un processus inflammatoire ou cancéreux, et leur ouverture définitive.

Une fois constituées, les fistules siégeant sur une partie seulement de la circonférence de l'intestin sont susceptibles de guérison spontanée, tandis que l'anus formé par une partie considérable ou la totalité de la circonférence, est d'une cure très difficile, et a résisté même aux opérations les plus minutieuses.

Le diagnostic est assez difficile en certains cas; en voici les éléments : il faut rechercher si la communication siège sur l'utérus ou le vagin, si elle intéresse le rectum ou une partie plus élevée de l'intestin, si le bout inférieur de l'intestin est perméable, si l'on a affaire à une fistule simple ou à un anus, si la lésion a pour cause un étranglement, une inflammation ou un cancer, etc.

Le pronostic est grave en ce sens que les affections que déterminent des communications accidentelles de l'intestin avec le vagin ou l'utérus entraînent souvent la mort par elles-mêmes; mais les fistules une fois établies et les accidents primitifs calmés, l'état général s'améliore rapidement, et l'affection secondaire, quoique fort gênante, n'est cependant pas incompatible avec la vie.

L'étude du traitement n'est pas faite avec moins de soin; mais l'espace nous manque. Cette rapide analyse aura suffi toutefois pour prouver au lecteur combien ont été heureuses et nombreuses les recherches de M. Petit.

RECHERCHES SUR L'ANATOMIE ET LA PHYSIOLOGIE DU CŒUR, SPÉCIALEMENT AU POINT DE VUE DU FONCTIONNEMENT DES VALVULES AURICULO-VENTRICULAIRES, par le docteur MARC SÉE, agrégé, membre de l'Académie, chirurgien des hôpitaux, etc., 2e édition, 1884. Masson. — Seconde édition, complètement remaniée, du remarquable mémoire publié par le docteur M. Sée en 1874, dans les *Archives de physiologie*. Une plus large part est faite à la discussion des différentes doctrines émises sur le jeu des valvules auriculo-ventriculaires, en même temps que l'auteur apporte à l'appui de sa théorie, qui est devenue classique, des arguments nouveaux, et réfute les objections qui lui ont été opposées.

Estomac et cerveau, par le docteur Leven, médecin en chef de l'hôpital Rothschild. Paris, 1884. Masson. — Le cerveau et le plexus solaire sont les deux grands centres du système nerveux; ils réagissent toujours l'un sur l'autre. Au plexus solaire aboutissent toutes les impressions viscérales et cérébrales; chaque fois qu'il est excité, la dyspepsie naît, et secondairement toutes les fonctions cérébrales, le moi conscient, sont profondément troublées.

L'auteur produit à l'appui de cette doctrine un très grand nombre d'observations trop concises peut-être pour être absolument probantes.

En thérapeutique, l'auteur ne se montre pas moins absolu; après avoir condamné les médications usitées, notamment les arsenicaux et les purgatifs, il insiste sur les principes diététiques: hygiène cérébrale (vie calme, travail modéré), hygiène du plexus solaire (révulsifs, position horizontale), hygiène alimentaire qu'il indique en traits rapides.

Les pleurésies pulsatiles (empyème pulsatile), par le docteur J. Comby. — Dans ce mémoire, qui complète sa thèse inaugurale sur le même sujet, Comby rapporte trois observations inédites et formule les conclusions suivantes : Les battements thoraciques, synchrones aux pulsations cardiaques, sont dus à la transmission de ces pulsations à travers le poumon sclérosé et la couche liquide. Ils ne s'observent que dans les pleurésies purulentes anciennes avec rétraction définitive du poumon et fusion de cet organe avec le péricarde. Les pulsations indiquent donc, non seulement la purulence, mais encore l'anéantissement complet du poumon; elles ont par suite une signification pronostique des plus fâcheuses.

VARIÉTÉS

Association générale des médecins de France (vingt-cinquième assemblée générale). — *Ordre du jour de la séance du dimanche 20 avril* 1884. — La séance sera ouverte à trois heures précises. 1° Allocution de M. le président; 2° exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier; 3° rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Boutin, membre du Conseil général; 4° compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1883, par M. A. Foville, secrétaire général; 5° élection d'un vice-président de l'Association en remplacement de M. Seux, décédé, et de six membres du Conseil général en remplacement de MM. Lannelongue, Fauvel, Hérard, Moreau (de Tours), Bancel, Dufay, arrivés au terme de leur exercice (les membres du conseil sont rééligibles); 6° première partie du rapport de M. Durand-Fardel sur les pensions viagères à accorder en 1884; 7° rapport par M. Lunier sur les vœux relatifs à la législation de l'exercice de la médecine, émis par M. Pestel au nom de la Société de l'Indre, Dubois au nom de la Société de la Haute-Vienne, Paillé au nom de la Société de Rochefort; et par la Société des Côtes-du-Nord, vœux qui ont été pris en considération par l'assemblée générale de 1883.

A sept heures précises le banquet.

Ordre du jour de la séance du lundi 21 avril 1884. — La séance sera ouverte à deux heures précises. 1° Vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale; 2° approbation des comptes du trésorier par l'assemblée générale; 3° rapport par M. Martineau, sur le vœu relatif aux placements et remplacements de médecins, émis par M. Boutequoy au nom de la Société de l'arrondissement de Châtillon-sur-Seine, et pris en considération par l'assemblée générale de 1883; 4° deuxième partie du rapport de M. Durand-Fardel sur les pensions viagères à accorder en 1884 (discussion et vote des conclusions); 5° ouverture du scrutin pour l'élection de la commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1885; 6° discussion du rapport de M. Lunier lu dans la séance de la veille; 7° exposé des vœux émis par les Sociétés locales qui, renvoyés au Conseil général, seront l'objet d'un rapport dans l'assemblée générale de 1885.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 28 mars). — *Ordre du jour :* M. Du Castel : Etude sur la sclérose pulmonaire (suite). — M. Lereboullet : Rapport sur le mémoire de M. Treille sur un réflexe douloureux du nerf cubital dans certaines dyspepsies gastro-intestinales. — M. Laveran : Observation pour servir à l'histoire du son tympanique dans la pneumonie. — M. Debove : Fractures spontanées chez les syphilitiques.

Projet de loi sur l'exercice de la médecine. — La commission de la Chambre des députés a adopté l'article 1er de la proposition *qui supprime définitivement le titre et la profession d'officier de santé*, de manière à ne laisser subsister que les docteurs en médecine. La loi n'aurait pas d'effet rétroactif. De plus, les officiers de santé aujourd'hui existants pourraient pratiquer sur toute l'étendue du territoire, et des facilités leur seraient données pour acquérir le diplôme de docteur.

Prix Civiale. — Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1000 francs fondé par feu le docteur Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'administration avant le 15 août 1884 au plus tard. Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au secrétariat général.

Congrès otologique international de Bale. — Le *troisième Congrès* se tiendra du 1er au 4 septembre 1884, à Bâle. On est prié de faire connaître avant le 15 mai 1884 les sujets sur lesquels on désire faire des communications. En dehors de celles-ci et des discussions, il est très désirable qu'il soit fait des démonstrations d'instruments et de préparations macroscopiques et microscopiques. Au commencement de juin 1884, le programme détaillé du Congrès et des communications annoncées sera envoyé à tous les confrères qui auront manifesté l'intention de prendre part au Congrès.

Alb. Burckhardt-Mérian, à Bâle, président; C.-J. Blake, à Boston; W.-B. Dalby, à Londres; A. Hartmann, à Berlin; B. Löwenberg, à Paris; E. Ménière, à Paris; A. Politzer, à Vienne; Urban Pritchard, à Londres; St.-J. Roosa, à New-York; G. Sapolini, à Milan.

Mortalité a Paris (11e semaine, du vendredi 7 au jeudi 13 mars 1884). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 1193, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 38. — Variole, 1. — Rougeole, 35. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 69. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 1. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 71.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 243. — Autres tuberculoses, 22. — Autres affections générales, 56. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 59. — Bronchite aiguë, 39. — Pneumonie, 92. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 35; au sein et mixte, 27; inconnu, 6. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 99; de l'appareil circulatoire, 85; de l'appareil respiratoire, 79; de l'appareil digestif, 43; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 1; causes non définies, 3. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 5.

Conclusions de la 11e semaine. — Le service de la statistique municipale a reçu notification de 1193 décès au lieu de 1140 qui avaient été comptés pendant la semaine précédente.

Fièvre typhoïde (38 décès); coqueluche (7); variole (1); scarlatine (5); rougeole (35); diphthérie (69); bronchite (39); pneumonie (92); athrepsie des jeunes enfants (68).

Dr Jacques Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE
L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 27 mars 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LA CHROMHIDROSE. — DE L'EXTIRPATION DES TUMEURS VÉSICALES.

Au commencement de la séance, M. le docteur Le Roy de Méricourt a donné, en fort bons termes, quelques explications au sujet du cas de chromhidrose présenté le mardi précédent à l'Académie par M. Bergeron. Après un résumé historique de la question, où il s'est réservé une part, à notre avis, trop modeste, il est entré dans quelques détails sur les résultats de l'examen microscopique qu'il a pu faire de la matière recueillie sur le jeune malade le jour de la présentation à l'Académie. Ce sont, comme dans la chromhidrose noire ou bleue jusqu'ici décrite, de petits grains, mais roses, engagés dans des lamelles épidermiques. Le lendemain, la matière recueillie à la périphérie de la tache contenait des granulations bleues. Ce cas de *chromhidrose rose* n'ayant encore été rencontré par aucun observateur, pas même par M. Le Roy de Méricourt, notre confrère a été le premier à reconnaître la nécessité d'un examen plus approfondi. Nous sommes d'avis que, pour ce cas particulier, toute conclusion doit être réservée.

— La parole a été donnée ensuite à M. le professeur Hayem pour la lecture d'un mémoire plein d'intérêt sur la *transfusion péritonéale* du sang. Les expériences de l'auteur répandent une lumière nouvelle sur une question de pratique à l'ordre du jour depuis quelque temps : celle de la transfusion du sang par une autre voie que celle des veines; elles démontrent que du sang ainsi introduit dans l'économie est absorbé *en nature*.

— Nous signalons aussi à l'attention du lecteur un mémoire lu par M. Luys, relatif à la *locomobilité* du cerveau dans les différentes attitudes du corps, et qui est de nature à jeter quelque perturbation dans les idées actuelles des physiologistes sur les mouvements de l'encéphale.

— Nous regrettons de ne pouvoir donner un aperçu du rapport de M. Bucquoy sur les épidémies pendant l'année 1882, un des meilleurs de ce genre que l'Académie ait entendus. On sait d'ailleurs que les rapports sur les épidémies sont plus spécialement destinés aux *Mémoires de l'Académie*.

— Enfin M. Delthil a lu un mémoire sur le traitement de la diphthérie.

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Criminalité contagieuse. — Les Brinvilliers de Liverpool. — Ce qu'on peut faire avec du papier à tuer les mouches. — Un mari gênant. — Les assurances sur la vie et l'acide oxalique. — De marchand de tabac à médecin. — La crémation devant les tribunaux anglais. — Bizarreries orthographiques. — Remerciements au docteur Autos.

L'étude de la criminalité rend misanthrope. Que celui dont l'esprit a de la tendance à prendre les choses par le côté tragique ne l'aborde jamais, il serait capable au bout de très peu de temps d'attenter à sa vie ou de se faire moine. Dans combien de cerveaux sommeillent les intentions criminelles? combien de gens tueraient vingt fois par jour le mandarin s'ils étaient sûrs que le meurtre fût productif et sans danger? C'est là une question qui se présente naturellement quand on voit les crimes de même nature commis dans un même but se suivre par séries. Un d'eux est découvert et puni, le simple bon sens indique que quand la justice est en éveil, un autre le sera probablement de même. Peu importe : les candidats à la cour d'assises ne voient qu'une chose, le procédé ; ils l'appliquent sans même prendre la peine de le perfectionner.

On a eu dans ces derniers temps, en Angleterre, un exemple de cette contagion particulière. Aux assises de février, on jugeait à Liverpool deux empoisonneuses. Des affaires à peu près semblables sont réservées à d'autres cours d'assises pour la prochaine session.

Voici la première : Le 2 octobre dernier mourait, dans une cave d'une misérable rue de Liverpool, un certain Thomas Higgins, âgé de quarante-deux ans ; le médecin de la paroisse, qui l'avait vu une fois seulement dans le cours de sa maladie, avait fait un diagnostic d'attente : accidents gastro-intestinaux produits par une alimentation défectueuse et l'abus du wiskey. Il fut assez surpris quand la femme Higgins vint lui demander

De l'extirpation des tumeurs vésicales.

Si plusieurs des opérations audacieuses qu'a vues naître l'époque contemporaine sont déjà frappées de discrédit, il en est d'autres qui, dès leur apparition, ont conquis les esprits les plus sages. L'intervention chirurgicale pour certaines tumeurs de la vessie semble être parmi ces dernières, et depuis que Billroth y a eu recours, en 1875, sa conduite a trouvé des imitateurs convaincus. Certes, les résultats n'ont pas été tous magnifiques, mais il en est, dans le nombre, de fort encourageants, et de l'ensemble des observations publiées se dégage nettement deux faits : d'une part, l'extirpation de tumeurs de nature bénigne, mais alarmantes par leurs symptômes et, de ce fait, mortelles, sans doute, à brève échéance, a été suivie d'une guérison définitive; d'autre part, des ablations incomplètes, pour des néoplasmes malins, ont mis fin à des rétentions d'urine, arrêté des hémorrhagies menaçantes, et conjuré d'insupportables douleurs. Ce sont ces deux points que nous désirons mettre en relief dans cet article, que nous inspirent une importante clinique publiée par le professeur Guyon dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, un excellent rapport de M. Ch. Monod dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, et un mémoire du docteur Bazy, le premier qui ait, en France, extirpé de propos délibéré, et après un diagnostic précis, une tumeur intra-vésicale.

I

Avant de songer à une intervention, il faut d'abord être certain de l'existence de la tumeur, puis déterminer sa nature, son siège, son mode exact d'implantation; alors seulement on peut faire acte de chirurgien. Le signe le plus important est tiré des hématuries; lorsqu'elles surviennent avec abondance, qu'elles se répètent à courts intervalles, apparaissent et disparaissent sans cause occasionnelle appréciable, on peut conclure à un néoplasme des voies urinaires; mais est-il vésical ou rénal? L'examen du sang ne donne que des indications médiocres; sa couleur, sa quantité, sa fluidité ou sa coagulation sont des facteurs à peu près négligeables. La façon dont il se mélange à l'urine est d'un plus grand intérêt : lorsque la totalité du liquide qu'expulse la miction est également colorée, on ne saurait rien en inférer sur le siège de la lésion; mais, lorsque les dernières gouttes seules sont rouges, c'est que le sang vient de la vessie. Il est vrai, ajoute M. Guyon, que cette hématurie terminale est rarement liée à la présence d'une tumeur.

L'hématurie, fort précieuse pour révéler l'existence du néoplasme, ne peut donc nous servir à déterminer son siège. A peine pourrait-on dire que, lorsque l'écoulement est abondant, fréquent, de longue durée, il s'agirait plutôt d'une tumeur vésicale; les hémorrhagies d'origine rénale seraient de quantité et de durée médiocres, et ne reviendraient qu'à des intervalles assez longs; mais la clinique lui donne de trop nombreux démentis pour qu'on accorde à cette prétendue règle une importance immméritée. Seul l'examen des urines fournit des indications de quelque valeur; mais les cas sont fort rares où l'on constate l'odeur fétide due à la dégénérescence de la masse néoplasique, et, au milieu du liquide, des débris dont le microscope indiquerait la structure. Ces phénomènes ne s'observent que dans les tumeurs vésicales, trop exceptionnellement, il est vrai, pour prêter au diagnostic un sérieux appui.

Lors donc que ces derniers signes font défaut, un seul point reste acquis, l'existence dans les voies urinaires d'un néoplasme de siège et de nature indéterminés. Le toucher rectal combiné avec la palpation hypogastrique et le cathétérisme donneront seuls des renseignements de quelque importance. L'indicateur introduit dans l'anus pourra sentir vers le bas-fond de la vessie des duretés, des saillies, un manque de souplesse, une infiltration, des épaississements, des bosselures plus ou moins volumineuses et plus ou moins étendues; en même temps, la main placée au-dessus du pubis refoule les tissus, et l'on perçoit, entre le doigt rectal et la main hypogastrique, une tumeur dont il sera facile d'apprécier la forme et la consistance. Ce résultat ne saurait laisser aucun doute; malheureusement il indique, dans l'immense majorité des cas, des lésions trop avancées pour qu'une intervention chirurgicale soit possible.

Lorsque l'exploration est négative, il ne faut pas en conclure à l'absence de tumeur vésicale; les néoplasmes mous, circonscrits, de petit volume, ceux justement qui sont du ressort de la chirurgie, échappent souvent à cet examen : le cathétérisme viendra tirer d'embarras, et le bec de la sonde, maniée légèrement, percevra en certains points les sensations que donnent les parois normales, mais heurtera, en d'autres, des parois épaissies, des mamelons, des saillies, qu'il ne faudra pas confondre avec les « colonnes » de certaines vessies. Il est des cas où l'instrument glisse sur des tissus, dont le contact rappelle celui que donnerait au bec de la sonde

---

un certificat de décès; comme elle insistait, en rappelant au médecin que dans les dernières heures de sa vie, le malade avait eu à plusieurs reprises des selles sanglantes, il eut le le tort de donner une attestation, attribuant tout à la dysenterie; la poursuite fut commencée sur la dénonciation du frère du défunt.

MM. Davies et Campbell Brown, experts-chimistes commis par le coroner, trouvèrent des quantités énormes d'arsenic dans les viscères. On s'aperçut alors que la femme et la belle-sœur de Higgins qui l'avaient veillé pendant sa dernière maladie avaient donné depuis un temps assez court des soins à plusieurs autres personnes de leur famille, que toutes avaient succombé; que les accusées avaient un intérêt direct à leur mort, grâce à des assurances sur la vie, et dont elles devaient devenir bénéficiaires.

On fit les exhumations nécessaires et on trouva encore des doses considérables de poison. La perspicacité des experts fut mise à une rude épreuve pour en découvrir la provenance; une solution et des traces d'arsenic trouvées dans la poche d'une des coupables mirent sur la voie. Pour empoisonner leurs victimes, elles avaient fait macérer le papier qu'on emploie pour tuer les mouches, papier enduit d'une préparation arsenicale. L'instruction a duré longtemps, mais vaincues par l'accumulation des preuves, les accusées ont fini par avouer, et ont été condamnées à la peine capitale. L'opinion publique était montée contre elles à un tel point, que le magistrat qui faisait le réquisitoire, déclarait qu'en cas d'acquittement, il doutait qu'on pût sortir sans danger du Palais de Justice.

Une personne qui passera aux prochaines assises de Lincoln a procédé avec infiniment plus de dextérité et de précision. Son mari la gêne; comme il a bon pied, bon œil, et ne montre nullement l'intention de passer de vie à trépas, elle prépare délicatement un gâteau de riz à l'acide arsénieux, qu'elle lui sert au moment où il allait partir au marché. Six heures plus tard, le malheureux était mort.

« une substance spongieuse et molle », ou bien encore « une barbe soyeuse ». Il s'agirait alors d'un de ces néoplasmes villeux et papillaires si fréquents dans la vessie

Cette exploration fort délicate n'est pas sans danger; elle provoque souvent des douleurs très vives et des hémorrhagies redoutables; aussi le chirurgien ne doit-il y avoir recours que pour asseoir définitivement son diagnostic avant l'intervention. Avec quelque habitude on peut en effet, grâce à lui, déterminer d'une manière à peu près exacte l'étendue du néoplasme, son mode d'implantation et l'existence ou l'absence d'un pédicule, point capital dont la constatation domine le pronostic. Le cathétérisme d'ailleurs a toujours moins de gravité que l'exploration digitale par une incision périnéale ou sus-pubienne, manœuvre souvent usitée en Allemagne et en Angleterre, mais que nous ne pouvons admettre que comme premier temps de l'opération, lorsque le diagnostic est déjà assez avancé pour que le chirurgien croie pouvoir intervenir et mener à bien son intervention.

II

Nous savons maintenant, grâce à ces explorations méthodiques, qu'une tumeur vésicale existe, et la question d'intervention se pose. On doit se rappeler tout d'abord qu'une ouverture du réservoir urinaire, quel que soit le procédé auquel on ait recours, est une opération grave et qui peut entraîner la mort du patient dans des proportions encore considérables. Or cette éventualité doit faire d'autant plus réfléchir, que les tumeurs de la vessie ne sont pas habituellement mortelles à brève échéance; les statistiques de M. Féré montrent que l'envahissement progressif est lent, que l'engorgement ganglionnaire est rare et la généralisation exceptionnelle; en tous cas, sur seize faits du musée Civiale relevés par M. Guyon, la maladie a duré dix-huit ans, quinze ans, dix ans, cinq ans une fois, deux fois trois ans, deux fois deux ans et quelques mois. Aussi pensons-nous que, sauf quelques cas exceptionnels, le chirurgien ne doit intervenir par une opération dangereuse que lorsqu'il a la main forcée.

Il est cependant une première catégorie de faits où le chirurgien aurait peut-être le droit de tenter une opération radicale sans qu'un grave symptôme vînt compromettre la vie ou empoisonner l'existence. On trouve dans la vessie quelques tumeurs, les myomes par exemple, absolument bénignes, d'après le sens qu'on attribue habituellement à ce mot, mais dont certains symptômes peuvent devenir menaçants. Eh bien, si l'on reconnaît une de ces tumeurs, ne faut-il pas, avant qu'un de ces symptômes apparaisse, en pratiquer l'extirpation? C'est ce que fit Billroth en 1875, et l'ablation du myome eut pour conséquence une guérison définitive. La question peut se poser et se résoudre dans l'un ou l'autre sens, suivant le tempérament du chirurgien. N'oublions pas toutefois que Volkmann a vu mourir de péritonite, au troisième jour, un de ses malades, à qui il avait, comme Billroth, par une double taille périnéale et hypogastrique, enlevé un myome vésical.

Certaines tumeurs villeuses, certains papillomes, tumeurs souvent pédiculées, sont fréquentes dans la vessie. Sur les seize pièces étudiées par M. Guyon, neuf fois on a rencontré ce genre de néoplasme, qui, d'après Thompson, existerait 60 fois sur 100 environ. L'anatomie pathologique démontre que l'évolution de ces tumeurs est très lente, mais qu'elles peuvent, dans certains cas, envahir une grande étendue des parois; des symptômes graves ne tarderont pas d'ailleurs à éclater, des hémorrhagies, des douleurs, des rétentions d'urine. Ne vaudrait-il pas mieux, ici encore, intervenir? Intervenir avant que la base d'implantation soit large et profonde, avant que des complications redoutables aient affaibli le malade? Une opération précoce pourrait être une opération radicale. Il faut avouer que la tentation serait grande d'agir, et peut-être n'aurait-on pas tort de s'y laisser aller.

Les cas sont rares d'ailleurs qui se présentent dans ces conditions; le plus souvent le chirurgien ne saurait songer à une opération radicale; les myomes vésicaux ne sont pas fréquents; les tumeurs pédiculées sont ordinairement des épithéliomas assez profondément enracinés dans la muqueuse et qui récidiveront; l'implantation sur la paroi antérieure de l'organe, en un point que l'on pourrait réséquer sans danger, est absolument exceptionnelle, d'après ce que démontre l'examen attentif des pièces; il faut donc se placer dans l'hypothèse presque toujours justifiée que l'on tente seulement une opération palliative. Encore faut-il voir les cas où une intervention même de ce genre est contre-indiquée.

La plupart de ces contre-indications sont d'ordre pour ainsi dire général, et nous avons à peine besoin de les signaler. Lorsque, avec le foyer vésical, existent en d'autres points de l'économie des tumeurs cancéreuses secondaires, on doit s'abstenir; on le doit encore lorsque le néoplasme a dépassé les parois du réservoir urinaire et qu'il infiltre déjà les tissus voisins. Ces adhérences sont d'ailleurs assez facilement reconnues; la vessie prise entre le doigt rectal et la main hypogastrique est immobile, comme encastrée dans le petit bassin;

A Knutsford, Mme Wilking, toujours pour une question d'assurance sur la vie, invite son fils et sa belle-fille à prendre le thé chez elle; ils vinrent, mais ne prirent pas de thé, parce qu'il avait un goût bizarre. L'instruction a révélé que c'était une infusion mixte, dans laquelle l'acide oxalique entrait pour moitié au moins.

A Holloway Road, le marchand de tabac Sydney Clay aurait été heureux de se débarrasser d'un enfant naturel qui le gênait; se défiant de ses connaissances toxicologiques, il va tout simplement s'adresser au médecin du pays, le docteur de Gruyther; celui-ci n'a pas cru manquer au secret professionnel en avertissant les magistrats; Clay en sera quitte pour six mois de prison.

A côté des empoisonnements criminels, les empoisonnements involontaires par ignorance ou par négligence : en Irlande, un paysan, au lieu de se frictionner avec un liniment comme on le lui avait prescrit, l'avale et meurt; à l'hôpital de Gloucester, le médecin ordonne une potion avec du sirop de chloral, au lieu de cela l'élève met de l'hydrate de chloral pur et tue le malade.

— Une décision juridique récente a provoqué une certaine émotion en Angleterre; elle ne tend à rien moins qu'à donner droit de cité à la crémation dans ce pays; jusqu'à présent la justice ne s'était pas prononcée sur cette pratique. Un seul point avait été jugé et encore il s'agissait d'un règlement de compte. Une personne exprime dans son testament la volonté formelle que son cadavre soit brûlé; la famille, qui ne partageait pas tout à fait ses idées sur ce point, escamote pieusement le corps et l'enterre. L'exécuteur testamentaire ne se tint pas pour battu, il obtint de l'autorité un permis d'exhumation, afin d'accorder au défunt une sépulture conforme à son vœu, procéda à la crémation et en réclama les frais à la famille. Il fut débouté de sa demande, sous prétexte qu'en demandant le droit d'exhumer, il n'avait point spécifié quel genre de sépulture il entendait donner au défunt, et que ce silence avait

d'autres fois on peut lui imprimer quelques mouvements, mais la palpation montre que les parois sont toutes envahies par le néoplasme, et que le réservoir urinaire est transformé en une coque dure, inextensible aux injections. L'intervention serait alors stérile; la même réserve sera observée lorsque, le visage pâle, décoloré, bouffi, l'œdème des malléoles, les troubles gastriques, pulmonaires ou cérébraux, l'urine albumineuse révèleront des altérations rénales avancées. La cystotomie ne pourrait que hâter la mort.

M. Guyon, avec son sens clinique habituel, nous paraît avoir posé les véritables indications de l'intervention chirurgicale; il opère lorsque le néoplasme provoque des hématuries menaçantes, des douleurs insupportables ou des rétentions d'urine complètes ou incomplètes, qui nécessiteraient des cathétérismes répétés peu innocents en pareil cas. Les hématuries sont souvent mortelles; tous les auteurs sont d'accord sur ce point, et dans les seize cas étudiés par Guyon treize fois il y eut des hémorrhagies abondantes et fréquemment renouvelées. Or la thérapeutique est à peu près impuissante contre elles; les injections astringentes, qui ne sont pas sans danger, exaspèrent habituellement les souffrances.

La douleur qui, dans le même relevé de Guyon, est notée six fois sur seize, peut être aussi rebelle, ne céder à aucune médication, résister même aux piqûres de morphine, et épuiser rapidement le malade par son intensité et sa continuité; l'observation de M. Bazy, entre autres, est à ce point de vue des plus instructives. Quant aux rétentions d'urine qui compliquent parfois les néoplasmes, elles seraient aussi une indication bien nette à l'intervention; mais c'est là un point nouveau récemment signalé par M. Guyon, et qu'il n'a encore qu'effleuré dans sa clinique.

L'opération n'est alors que palliative : un symptôme devient menaçant; par l'incision de la vessie et l'ablation d'une partie de la tumeur on fait cesser les souffrances, et les hémorrhagies s'arrêtent; une longue expérience déjà le prouve, et M. Guyon insiste beaucoup, dans ses cliniques, sur le rôle pathogénique de la distension vésicale au point de vue de la douleur et des hémorrhagies. « Toute vessie capable de se distendre peut se congestionner et devenir douloureuse; lorsqu'elle cesse, au contraire, de pouvoir se distendre, lorsque de réservoir elle est transformée en un simple conduit, elle perd en très grande partie la possibilité de se congestionner et de s'enflammer. Aussi est-il parfois nécessaire, quand l'ablation n'a pu être complète, de maintenir ouverte indéfiniment la plaie hypogastrique. »

On voit l'analogie qui existe entre cette opération et l'anus artificiel des cancers ano-rectaux. M. Bazy dans son mémoire, M. Monod dans son rapport, et M. Verneuil dans la récente discussion de la Société de chirurgie, ont insisté sur ce parallèle. « Le soulagement qui résulte de l'entérotomie ne provient pas seulement de ce fait que l'on rend possible le cours des matières; l'ouverture de l'intestin agit encore d'une autre manière assez difficile à expliquer physiologiquement, mais qui n'en est pas moins certaine. Je viens d'opérer une malheureuse tourmentée par un ténesme épouvantable, qui la forçait d'aller à la selle plus de cinquante fois par jour; l'intestin ouvert, la malade ne rendit aucune matière par son anus artificiel, et cependant ses épreintes ont cessé. »

Si un pareil phénomène se confirmait pour le cancer vésical, M. Verneuil s'empresserait d'adopter l'opération tentée par M. Bazy, mais sans grande espérance de cure radicale : « Ouvrez la vessie des malades atteints de tumeurs; c'est là ce que vous devez vous proposer comme but principal; si, pendant l'opération, vous trouvez par hasard que le néoplasme est extirpable, extirpez-le; dans le cas contraire, contentez-vous de la simple cystotomie. En d'autres termes, je donne le pas à l'opération palliative sur l'opération radicale; il me paraît bien difficile, en effet, d'espérer en celle-ci, et j'avoue n'avoir qu'une médiocre confiance dans les essais de cure radicale applicables aux cancers de la vessie. »

Sans s'expliquer absolument sur ce point, cette opinion nous semble partagée par M. Guyon; en dehors de quelques tumeurs essentiellement bénignes et dont nous avons déjà parlé, — les liomyomes, certains papillomes simples, — il ne croit guère à la guérison définitive des épithéliomas; mais un point d'une importance majeure et sur lequel il insiste à juste titre, c'est la lenteur d'évolution des « cancers » de la vessie; ses statistiques, celles de Féré, le démontrent surabondamment. Aussi, pour cet organe, l'opération, toute palliative qu'elle est, sera sans doute d'un bénéfice plus grand que les opérations palliatives similaires. Malheureusement nous n'avons pas encore de relevés exacts qui nous édifient sur ce point. L'observation chirurgicale dans les tumeurs de la vessie est pour cela de date trop récente.

M. Bazy, dans son mémoire, nous donne un résumé rapide de onze observations, dont la première en date est celle de Billroth en 1875; dans une Note supplémentaire, il ajoute l'indication de six cas nouveaux. M. Guyon nous fournit, dans sa clinique, un cas personnel fort intéressant, et l'un des derniers numéros de la *Semaine médicale* signale quelques cas

---

été probablement la cause du succès de sa démarche. Cette fois l'autorité elle-même est intervenue; elle a voulu fixer la jurisprudence. Le cadavre d'un enfant avait été brûlé selon les procédés modernes et sur la demande de sa famille par le docteur Pringle; il a été poursuivi; mais la poursuite s'est terminée par un acquittement. Le juge a déclaré qu'il n'y avait eu dans l'espèce ni violation de sépulture, ni préjudice causé à personne. L'inhumation est entrée dans les mœurs depuis si longtemps, que le législateur n'a pas même prévu la possibilité d'une autre méthode funéraire. Rien, par conséquent, ne permet de punir la crémation, pourvu qu'elle ne soit nuisible à personne et soit faite dans des conditions satisfaisantes d'hygiène et de décence. Nous ne savons si cette décision sera bien reçue par le public; il est certain que dès aujourd'hui des médecins d'une grande valeur voudraient l'introduire en Angleterre. Il y a quatre ans M. Spencer Willes la défendit avec énergie au congrès médical de Cambridge; depuis lors il s'est fondé une Société destinée à la propager. Ses travaux s'étaient bornés jusqu'ici à des mémoires justificatifs, à une défense toute platonique. Le jugement dont nous venons de parler va lui permettre d'entrer dans la voie pratique. Elle vient de publier une circulaire annonçant qu'elle se chargera d'exécuter la crémation dans les conditions suivantes :

1° S'il existe un testament olographe ou une attestation écrite des parents, amis, exécuteurs testamentaires indiquant que la volonté formelle du défunt était que son cadavre fût brûlé;

2° Cette pièce doit être accompagnée du certificat d'un médecin dûment qualifié ayant veillé le malade jusqu'à la fin et indiquant nettement la cause de la mort;

3° A défaut du certificat précité, aucune crémation n'aura lieu sans avoir été précédée d'une autopsie faite par un médecin commis par la Société.

— A côté de ces variétés macabres, les journaux anglais

de Thompson, mais il est probable que quelques-uns d'entre eux se confondent avec des faits du même auteur relevés par Bazy. Nous ne pensons donc pas qu'à cette heure on puisse rassembler plus d'une vingtaine d'observations. Dans les dix-sept faits du mémoire de Bazy il y a eu six morts dès le premier jour et onze guérisons opératoires. Mais de combien de temps a été la survie? de cinq mois dans l'observation de l'auteur, où le cancer, il est vrai, était très avancé dans son évolution.

III

Deux voies ont été proposées pour l'extirpation des tumeurs vésicales : la voie périnéale et la voie hypogastrique; dans certains cas une ouverture a été faite au périnée, et le doigt, introduit à travers le col vésical, ayant reconnu que la tumeur était trop volumineuse pour être extraite par cette région, la taille sous-pubienne a été immédiatement pratiquée; c'est ainsi qu'a été menée la première opération de Billroth. La voie périnéale, surtout préconisée par Thompson, a été suivie le plus souvent. Le malade est placé dans la position classique de la taille; un cathéter à rainure profonde est mis dans la vessie, et, tandis que l'index de la main gauche est placé dans le rectum, un bistouri étroit est plongé au-devant de l'anus; il atteint la rainure du cathéter et incise la paroi uréthrale dans l'étendue d'un demi-pouce environ; le cathéter est enlevé, l'indicateur peut alors pénétrer dans l'urèthre postérieur qu'il dilate, dans le col de la vessie et dans le réservoir lui-même dont il explore les parois refoulées sur son doigt par la main posée au-dessus de la symphyse pubienne.

Lorsque la tumeur a été bien reconnue, qu'on sait son lieu et son mode d'implantation, son volume, des tenettes sont introduites qui saisissent les portions saillantes du néoplasme; on l'arrache ainsi morceaux par morceaux, sans produire d'ordinaire des hémorrhagies inquiétantes; lorsque la plus grande partie de la tumeur est enlevée, on gratte avec le doigt la partie de la muqueuse où était l'insertion et l'on extrait les derniers débris. Plusieurs injections d'eau froide saturée d'acide borique doivent être faites; l'hémorrhagie s'arrête et l'urine s'écoule par la plaie; Thompson, qui, au début, mettait une sonde à demeure, paraît y avoir renoncé maintenant.

Cette opération nous semble bien aveugle : Thompson, malgré son habileté reconnue, a, dans un cas, perforé la vessie et, sur douze opérations, dont dix ont été faites sur l'homme, il n'a pas eu moins de cinq morts contre sept guérisons plus ou moins durables. L'ouverture est en effet trop étroite pour le passage simultané du doigt et de l'instrument; les tenettes travaillent « au juger » et guidées seulement par le souvenir de l'exploration précédente. Aussi, outre le danger que nous avons signalé, la déchirure des parois, l'extirpation doit être bien incomplète. Barkeley-Hill a dû se contenter d'une ablation partielle, et plusieurs chirurgiens, comme nous l'avons déjà dit, Billroth, Wolkmann, Thompson, lui-même, ont été forcés de se créer une voie plus large : ils ont, à la boutonnière périnéale, ajouté la taille sus-pubienne.

MM. Bazy, Guyon et Monod préfèrent la taille hypogastrique et leurs arguments nous semblent bons; d'abord une expérience déjà longue a maintenant démontré qu'avec les perfectionnements apportés par la chirurgie contemporaine, la taille hypogastrique offre peut-être moins de dangers que la voie périnéale où les plexus veineux sont abondants, où les pansements antiseptiques sont rendus illusoires par le passage incessant de l'urine et l'expulsion quotidienne des matières fécales. Mais le plus précieux avantage que nous offre cette voie hypogastrique, c'est qu'elle est plus large; on y manœuvre à l'aise; la vessie soulevée par le ballon de Pétersen est sous l'œil et sous les doigts de l'opérateur, qui, grâce à cette facilité d'évolution, acquiert une sécurité plus grande; il peut mieux surveiller les hémorrhagies; il peut mener à bien une opération même radicale, et, lorsqu'il ne tente qu'une opération palliative, il peut enfin créer une fistule urinaire dans des conditions meilleures.

De ces développements, il ressort que le traitement des tumeurs de la vessie entre dans une phase nouvelle : nous ne sommes plus condamnés à une désespérante inaction, nous pouvons, dans quelques cas exceptionnels, lorsqu'il s'agit de myomes, de papillomes simples, espérer une guérison définitive par une extirpation radicale; nous pouvons surtout alléger et allonger l'existence des malades en supprimant les hématuries, les rétentions d'urine et les douleurs liées aux néoplasmes. Les dangers de l'opération, fort grands encore, seront sans doute de plus en plus amoindris par la précision que prend de jour en jour la taille hypogastrique, la voie de beaucoup la plus sûre pour l'ablation de ces tumeurs.

Paul Reclus.

---

des dernières semaines renferment des anecdoctes assez amusantes. L'orthographe est dans tous les pays une chose incertaine, bizarre, souverainement capricieuse et irrationnelle; malgré cela il est toujours fâcheux de montrer d'une manière visible et trop certaine qu'on est depuis longtemps brouillé avec elle, ou plutôt qu'on la considère comme une personne, compromettante, qu'on n'a jamais connue et qu'on n'aurait jamais voulu connaître. On s'est longtemps amusé chez nous des rébus administratifs de certains sous-officiers de la République ou de l'Empire. A l'orthographe exubérante du sergent-major de la 1re compagnie du 2e bataillon du 23e léger, qui écrivait *auquetobrai* le nom du dixième mois de l'année, on opposait la concision étonnante de son collègue de la 2e. Celui-ci, ayant un beau jour un rapport à faire au colonel sur une livraison de pain considérée comme suspecte, se contenta d'en couper un petit morceau, qu'il enveloppa dans une feuille de papier portant l'inscription suivante : *Pinpabonipasacécui.* Ce fut tout le rapport. On trouverait probablement des ordonnances du même goût si l'on remontait à l'époque déjà éloignée où les officiers de santé étaient reçus après apprentissage et sans justification d'études préalables par les jurys départementaux. Avec l'instruction obligatoire il faut espérer que ces curieuses pièces deviendront rares; aujourd'hui les empiriques seuls sont en état d'en fournir. J'en ai connu un, pour mon compte, dont les prescriptions émerveillèrent longtemps les yeux du pays où il exerçait, mais ces prescriptions restaient verbales. L'honorable praticien se serait bien gardé de les écrire, en premier lieu pour ne pas les divulguer, en second lieu parce qu'il ne savait pas écrire; cela ne l'empêchait pas de soigner bêtes et gens; il avait des liniments infaillibles contre le piétin, la gale des chiens, des formules magiques contre les entorses et les luxations, des potions contre la coqueluche, des exorcismes contre les sorts, mais il préparait ordinairement lui-même ses médicaments. Un jour il se trouva dans un singulier embarras : il arriva en

TRAVAUX ORIGINAUX

Obstétrique.

Des kystes du petit bassin au point de vue de la dystocie, par M. Porak, accoucheur des hôpitaux.

(Fin. — Voyez les numéros 9, 10 et 11.)

IV

Le pronostic des kystes du bassin comporte l'étude des troubles qu'ils occasionnent et des difficultés qu'ils apportent à l'accouchement.

Les troubles produits par ces tumeurs résultent des lésions des organes qu'ils occupent ou qu'ils compriment, des modifications qu'ils subissent.

Les troubles fonctionnels des organes qu'avoisinent les kystes du bassin sont peu marqués; la constipation, les troubles de la miction, la difficulté des rapprochements sexuels sont les symptômes le plus souvent et presque les seuls signalés dans les observations. Mais on conçoit cependant qu'ils peuvent comprimer des nerfs issus du plexus sacré et produire des douleurs.

Leur développement peut être régulier, rapide ou quelquefois tellement lent, que ces tumeurs pourraient être considérées comme stationnaires. Mais il peut, après un temps plus ou moins long où il a été très lent, devenir rapide; il peut avoir une marche irrégulière. J. Finsen indique qu'on observe l'accroissement rapide des kystes hydatiques dans le cours d'une maladie intercurrente. Il spécifie que la grossesse agit de la même manière. Mundé le signale de la façon la plus nette pour le kyste muqueux qu'il a eu l'occasion d'observer. Cette remarque n'est confirmée dans aucune des observations que nous avons réunies.

Les kystes peuvent mourir. Alors ils se résorbent, c'est un mode de terminaison qui paraît assez rare. Ils se transforment, subissent la dégénérescence graisseuse ou, ce qui est beaucoup plus fréquent, ils suppurent. La grossesse ne détermine pas la mort des hydatides, elle semble au contraire favoriser leur accroissement. Dans quelques-unes de nos observations (Park, Roux, Pauls?) la tumeur paraît avoir été observée à plusieurs grossesses successives. L'accouchement à la suite des attritions que doit supporter un kyste du petit bassin, à la suite des opérations devenues nécessaires doit déterminer fréquemment la mort de l'hydatide et ses conséquences : peut-être la résorption ou la transformation, mais bien plutôt la suppuration.

Les kystes du bassin sont une cause importante de dystocie, et de tous leurs caractères, c'est leur volume dont il faut surtout tenir compte pour apprécier l'importance de l'obstacle qu'ils peuvent apporter au dégagement de la partie fœtale.

L'influence du siège est moins importante. Nous avons indiqué que, soit que les kystes naissent des os, soit qu'ils prennent des racines solides dans le tissu cellulaire du petit bassin, soit qu'ils aient contracté des adhérences dans la cavité péritonéale, s'ils jouissent d'une certaine mobilité, celle-ci n'est jamais assez marquée pour permettre leur déplacement. Il ne faut pas compter qu'on puisse les refouler vers le détroit supérieur, au-dessus de la partie fœtale, ou les attirer hors de la vulve. S'ils mettent obstacle à l'accouchement, il faut faire disparaître l'obstruction qu'ils occasionnent par l'opération jugée convenable.

Le contenu du kyste n'est pas indifférent au point de vue du pronostic, mais sans ponction le diagnostic en est presque impossible. Si l'hydatide est unique, une simple ponction peut en affaisser la paroi. Si l'hydatide contient des vésicules filles, il se peut que la ponction soit insuffisante. Peu importe qu'il s'agisse d'une acéphalocyste ou d'une tumeur à échinocoques. Si l'hydatide est morte et suppurée, l'ouverture de la poche crée un danger pour les suites de couches. On doit en effet redouter la présence d'un foyer purulent au voisinage des plaies nouvellement créées par le traumatisme obstétrical, et dans ce cas, les chances d'absorption de germes septiques. Si l'hydatide est transformée en une tumeur solide par la dégénérescence graisseuse, elle entre dans la catégorie des tumeurs solides et la détermination de sa nature ne peut se faire qu'ultérieurement.

Le volume du kyste surtout nous importe. Dans la plupart des cas que nous avons réunis, il était considérable. Nous avons déjà mis en garde contre la tendance qu'on aurait de considérer ce fait comme habituel. Lorsque le kyste est petit, le pronostic est bon. Le cas de Doléris et le nôtre en sont une preuve. Si nous en jugeons d'après les résultats consignés dans nos observations, le pronostic serait cependant sérieux, comme on peut en juger par le tableau suivant. Nous avons réuni 17 observations comprenant 24 accouchements :

L'accouchement fut prématuré (Pauls, Park), 2 fois.

L'accouchement fut difficile, mais spontané (Park, Roux, Mundé), 5 fois.

L'accouchement a nécessité l'application du forceps (Doléris, Porak), 2 fois.

L'accouchement fut spontané après ponction du kyste (Blot, Guéniot, Spœth), 3 fois.

L'accouchement fut spontané après ouverture du kyste (Park, Pauls, Mundé), 3 fois.

L'accouchement nécessita une application du forceps (Birnbaum), malgré la ponction ou l'incision du kyste, 2 fois.

L'accouchement nécessita l'emploi du cranioclaste (Wiener), 1 fois malgré la ponction du kyste; mort.

---

même temps qu'un médecin de la ville voisine chez un éleveur dont la femme était malade; ce n'était pas pour elle, il est vrai, qu'on l'avait appelé, mais pour un bœuf. La consultation finie, il déclara qu'il enverrait des médicaments dans la soirée. « Inutile, dit l'intéressé, nous sommes obligés d'aller à la ville pour faire exécuter l'ordonnance de M. S..., écrivez la vôtre et nous ferons prendre les deux en même temps. » Notre homme se gratte l'oreille, hésite un instant, puis, comme le médecin était encore là : « Mon Dieu, docteur, dit-il, vous écrivez plus vite et mieux que moi, voudriez-vous être assez bon pour libeller l'ordonnance sous ma dictée? — Volontiers. » Notre homme prend un air solennel et sans sourciller dicte :

« Huile de vers.......... 150 grammes. »

Le médecin s'arrête et le regarde un peu étonné : « Continuez.

— Huile de fourmis.......... 200 grammes. »

Stupéfaction croissante.

« Huile de cailloux......... 500 grammes. »

Pour le coup le pauvre docteur laissa tomber la plume et remonta le plus vite qu'il put en voiture. « Quand je vous disais, ajouta l'empirique triomphant, tous ces gens-là n'entendent rien à ma médecine! » Il n'est pas bien sûr que notre confrère ait gardé son client.

Mais revenons à l'orthographe; il paraît que certains étudiants des écoles écossaises la traitent à peu près comme le sergent-major de la 1re. Ceux qui ont lu sur la marge d'un registre clinique d'un hôpital d'Ecosse la mention *Annie Sarky* écrite par un élève du service dans la colonne du diagnostic se sont demandé probablement quelle affection ces deux mots pouvaient bien désigner. C'est probablement un nom populaire, peut-être appelle-t-on, en Ecosse, la variole ou la fièvre typhoïde Annie Sarky comme on appelle ailleurs le diable Old Nick ou Edimbourg Auld Relkie. Eh bien non,

L'accouchement nécessita des interventions obstétricales difficiles (Brill, Küchenmeister), 2 fois; mort, 1 fois.

L'accouchement fut impossible (Cazeaux, Pintos Pasella), 2 fois; mort, 2 fois.

On dut pratiquer l'opération césarienne (Puchelt, Sadler), 2 fois; mort, 2 fois.

Sur ces 17 observations, les femmes succombèrent 6 fois.

Si l'on s'en rapportait à la statistique précédente, on devrait en conclure que le pronostic de la dystocie par les kystes du vagin, en particulier par les kystes hydatiques, est grave. Elle comporte 6 cas de mort (Puchelt, Sadler, Cazeaux, Wiener, Küchenmeister, Pintos Pasella). Cette gravité peut être discutée et atténuée bien certainement. Dans les deux observations de Puchelt et de Sadler, il y eut erreur de diagnostic, on crut à une tumeur solide et on pratiqua l'opération césarienne. On sait que cette opération dans la première moitié de ce siècle était presque toujours mortelle. N'aurait-on pas pu éviter de recourir à cette opération par un traitement mieux approprié? Les renseignements cliniques sont nuls ou insignifiants dans les observations de Cazeaux et de Küchenmeister. Dans le cas de Wiener, on avait affaire à des kystes très volumineux, multiples; le travail fut très long, on pratiqua tardivement des ponctions multiples et par diverses voies, on dut extraire péniblement le fœtus à l'aide du crânioclaste: cette observation relate des difficultés exceptionnelles. Ces faits doivent se reproduire très rarement. Il faut cependant citer que sur les 18 observations de Freund, 10 ont été constatées à l'autopsie.

Quant aux accidents observés pendant les couches, ils sont indiqués dans les cas de Park, de Birnbaum, de Brill, de Doléris et dans le nôtre. Dans la plupart des autres observations, il n'y a aucun détail à propos des suites de couches et on ne peut pas affirmer qu'elles ont été normales. Enfin les accidents peuvent être tardifs, comme dans notre observation, et passer inaperçus. Par analogie, on peut admettre que dans les autres cas des accidents ont pu se produire tardivement et ont été méconnus. Les accidents observés s'expliquent ordinairement par le volume exagéré de la tumeur, par les interventions obstétricales longues et difficiles qu'on a été obligé d'entreprendre.

On se ferait cependant une idée exagérée du mauvais pronostic de cette affection en tenant un compte trop rigoureux des chiffres indiqués plus haut. Certainement le pronostic doit être réservé. Mais les cas de kystes peu volumineux, sans hydatides filles, doivent être plus fréquents qu'il ne le semble d'après les observations que nous avons compulsées. Ces cas bénins seraient de nature à donner une idée générale du pronostic beaucoup plus favorable. Nous pensons de plus qu'une intervention bien comprise doit abaisser considérablement la léthalité et atténuer la gravité de cette cause de dystocie.

V

Quel traitement devons-nous instituer dans le cas où une femme enceinte ou en travail présente à notre observation un kyste du petit bassin?

Pendant la grossesse, nous avons à nous poser les indications de l'expectation ou de l'opération.

L'expectation ne doit pas être conseillée. L'opération présente, comme tous les traumatismes, des inconvénients pendant la grossesse. Mais ils ne sont pas assez considérables pour qu'on coure les risques sérieux et inévitables d'une opération devenue urgente au moment du travail. Il est, de plus, probable que les kystes augmentent de volume pendant la grossesse et qu'une opération sera, pendant cette période, d'autant moins importante, qu'on tardera moins à la pratiquer

L'opération consiste en la ponction ou en l'incision.

La ponction peut être unique ou répétée, simple ou accompagnée d'injections irritantes ou anti-helminthiques. La ponction unique et simple détermine ordinairement la mort de l'hydatide, mais rarement sa résorption. Elle est suivie de la dégénérescence graisseuse ou de la suppuration, qui présentent toutes deux des conséquences à craindre. La dégénérescence graisseuse peut transformer la tumeur hydatique en une tumeur, peut-être plus petite, mais dont l'obstacle au moment de l'accouchement est plus à redouter. La suppuration présente des inconvénients sur lesquels il n'est pas nécessaire d'insister. Assez rarement on a la chance d'obtenir la résorption du kyste; plus rarement encore la ponction est inutile, parce qu'elle n'atteint pas forcément toutes les vésicules et que l'une d'elles peut continuer à vivre et à se développer. Malgré ces conséquences fâcheuses, c'est cependant à la ponction qu'il faudra recourir dans le cas où le kyste est élevé et où une opération plus radicale serait dangereuse et par conséquent contre-indiquée.

Si la tumeur est située très bas, s'il est facile de la circonscrire, on devra pratiquer l'incision suffisamment large pour que l'hydatide mère et les hydatides filles puissent être enlevées. Cette conduite a été suivie avec succès par Mundé dans le cas de kyste muqueux qu'il a observé. Elle n'a jamais été tentée dans les observations de kystes hydatiques que nous avons rapportées.

Au moment du travail, l'indication urgente de diminuer le volume du kyste qui fait obstacle, s'impose. Il ne s'agit plus de traiter le kyste, il s'agit d'extraire l'enfant en faisant courir le moins de risque à la mère. Nous pouvons hésiter entre l'opération obstétricale indiquée sans opération du kyste ou l'opération du kyste; ponction ou incision avec ou sans opération obstétricale. (

Annie Sarkie est tout simplement une transcription phonétique du mot latin *Anasarca* prononcé à l'anglaise.

« Nous pouvons ajouter, dit le journal qui rapporte la chose, que le système d'éducation médicale actuel ne saurait se défendre; que tout est réglé par l'intérêt commercial individuel et non par l'intérêt public; que, malgré les difficultés des examens définitifs, il se glisse dans la profession nombre de gens dont l'instruction première est vraiment trop rudimentaire. »

— Une de nos dernières chroniques nous a valu une rectification, parfaitement fondée du reste, d'un de nos confrères d'Utrecht, le docteur Autos (drôle de nom pour un Trajectois). Il croit devoir relever une grave erreur dans laquelle est tombé le feuilletoniste de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (c'est du soussigné qu'il s'agit). L'erreur consiste à avoir accordé aux gradués des universités le droit à la pratique, tandis que ce droit est conféré par un jury d'Etat. « Le grade de docteur, dit-il, n'a rien à faire avec le droit d'exercer la pratique, et l'on peut être docteur en médecine, en chirurgie et en accouchements et néanmoins être *poursuivi et légalement condamné* pour exercice illégal de la médecine. » Et plus loin : « Mon seul but était de relever l'erreur du rédacteur de la *Gazette hebdomadaire*, qui aurait dit la vérité s'il avait écrit qu'en Hollande l'organisation médicale *est absolument la même qu'en Allemagne.* » (*Semaine médicale*, 1884, p. 109.)

Le docteur Arctos — pardon, Autos — me permettra, en lui adressant cordialement mes remerciments pour les renseignements qu'il me donne d'une si obligeante façon, de regretter qu'il ait oublié de citer l'article du Code allemand en vertu duquel on peut *poursuivre* et *légalement condamner*, pour *exercice illégal* de la médecine, dans l'empire d'Allemagne, un docteur de Berlin, Göttingen ou ailleurs, même lorsqu'il n'a pas subi l'examen d'Etat.

Dr L. Thomas.

Si la tumeur n'est pas assez volumineuse pour mettre un obstacle absolu à l'accouchement, on ne devra tenter aucune opération sur le kyste et laisser l'accouchement se terminer spontanément ou le terminer artificiellement à l'aide de l'opération obstétricale indiquée, le plus souvent à l'aide d'une application de forceps. Cette conduite trouve sa justification dans les cas de Park, de Roux, de Pauls (?). Ces faits nous montrent que l'accouchement n'a pas empêché l'hydatide de vivre, puisqu'elle a continué de se développer au point de mettre un obstacle insurmontable à un accouchement ultérieur. C'est la conduite qui a été suivie dans l'observation de Doléris et dans la nôtre. Il faut se garder de créer pendant le travail une voie d'absorption aux germes septiques, la réceptivité des parturientes pour ces germes est, en effet, portée au plus haut degré. Mais si on soupçonne que l'accouchement ne peut pas se faire sans rupture du kyste, il vaut mieux le ponctionner ou l'inciser. On se rendra naturellement compte de cet obstacle à la résistance éprouvée pendant l'extraction du fœtus. Il faudra donc être très modéré dans les manœuvres opératoires. Il faut se souvenir que dans notre cas le kyste s'est rompu, quoique nous ayons déployé très peu de force. C'est cependant un diagnostic toujours difficile à établir que la détermination du volume que ne doit pas atteindre un kyste pelvien, pour ne pas mettre obstacle à l'accouchement. Si l'enfant était mort, l'indication de l'embryotomie serait posée et celle-ci permettrait plus facilement l'extraction de l'enfant sans qu'on soit obligé d'agir directement sur le kyste.

Si la tumeur est incontestablement trop volumineuse pour permettre l'accouchement spontané ou artificiel, si après une intervention obstétricale prudente et modérée, on a acquis la conviction que le kyste ne s'aplatira pas, ne s'affaissera pas assez pour permettre l'extraction du fœtus, que sa rupture est à craindre, il faut alors certainement recourir à la ponction ou à l'incision du kyste.

L'incision est rarement indiquée. Cette opération a pour conséquence d'ouvrir une large porte d'entrée aux germes septiques. Le volume et le siège élevé de la tumeur peuvent rendre l'opération difficile et dangereuse. Celle-ci n'est justifiée que dans le cas où le kyste contient de très nombreuses hydatides filles, où la ponction n'aurait amené qu'un affaissement insuffisant de la tumeur.

C'est à la ponction qu'il faudra toujours recourir d'emblée. Quelquefois elle suffira, même si le kyste contient des hydatides filles peu nombreuses ou peu volumineuses, à plus forte raison si le kyste est unique. Il en résultera un affaissement suffisant de la tumeur pour que la tête, si elle se présente, s'engage profondément. Ce résultat favorable a été observé dans la plupart des observations. Il n'y a donc aucun intérêt à attendre. La ponction devra être faite de bonne heure. Le plus souvent cependant elle a été pratiquée trop tardivement. Elle n'est pas toujours responsable des mauvais résultats, spécifiés dans quelques cas. Souvent alors la malade était exténuée par un travail prolongé; l'utérus inerte n'était plus capable de suffire à la terminaison spontanée du travail, il fallut recourir à des interventions obstétricales longues, pénibles, exceptionnelles.

Mais la ponction n'est pas exempte de danger. Nous avons vu que l'hydatide pouvait continuer à vivre lorsque l'accouchement se terminait spontanément ou artificiellement, sans intervention directe sur la tumeur. Aucun cas ne nous permet d'affirmer certainement que la ponction a été suivie de la guérison et de la continuation de la vie de l'hydatide. Les malades n'ont pas été suivies assez longtemps après leur accouchement pour qu'on admette définitivement la guérison, quoique ce mode de terminaison soit souvent indiqué. Ce que nous savons des résultats habituellement obtenus à la suite de la ponction, des conditions mauvaises de cette opération exécutée pendant l'accouchement, nous fournit quelques raisons de supposer que la guérison n'est ordinairement pas obtenue. Pour n'en donner qu'une preuve, nous aurions pu considérer la femme que nous avons observée, comme dans un état fort satisfaisant, au moment où elle a quitté notre service, seize jours après son accouchement. Le hasard seul nous fit savoir qu'il n'en était rien, et qu'une suppuration tardive s'était emparée du kyste. La possibilité de ces accidents tardifs nous met en garde contre les résultats heureux ordinairement annoncés. Il n'est certes pas impossible que la ponction du kyste entraîne la mort de l'hydatide; mais il est aussi possible qu'une hydatide fille ayant échappé au traumatisme, se développe ultérieurement pour son compte. Si l'hydatide est morte, elle se résorbe, le plus souvent suppure, ou présente de la dégénérescence graisseuse. La suppuration, terminaison ordinaire de la ponction, aboutit donc à un abcès qui peut s'ouvrir plus ou moins longtemps, quelquefois plusieurs mois après l'accouchement.

Wiener et Freund insistent sur l'importance de ponctionner le kyste par le vagin et non par le rectum. L'introduction des germes septiques serait moins facile dans le premier cas que dans le second cas. Nous ne comprenons pas comment une ponction capillaire faite dans un organe plutôt que dans l'autre favoriserait la pénétration dans le kyste d'éléments qui imprimeraient à sa marche ultérieure des caractères plus fâcheux. Les observations que nous avons recueillies ne justifient pas cette opinion.

Néanmoins la ponction est une opération bien moins périlleuse que l'incision; on devra donc la préférer au moment de l'accouchement. Mais elle n'est pas exempte de danger. Ainsi serait-il mieux, si cela était possible, de ne pas y recourir et de pratiquer d'emblée l'intervention obstétricale indiquée, sans aucune opération du kyste. L'indication de cette opération pourrait être posée ultérieurement, après la période puerpérale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 17 MARS 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

TUBERCULOSE. — M. *H. Bouley* fait hommage à l'Académie d'un nouveau volume de ses Leçons de pathologie comparée, professées au Muséum d'histoire naturelle. Ce volume a pour titre : *La nature vivante de la contagion; contagiosité de la tuberculose.*

DE LA DIALYSE DE L'ACIDE DU SUC GASTRIQUE. Note de M. *Ch. Richet.* — Dans des expériences communiquées à l'Académie en 1877, l'auteur a eu l'occasion de démontrer, par la méthode des coefficients de partage, que l'acide chlorhydrique du suc gastrique était, dans ce liquide, *combiné* à des bases faibles, comme la leucine, ou à des matières albuminoïdes. La dialyse lui a fourni un nouveau moyen d'établir ce même fait. Il a déterminé la combinaison de HCl avec les matières organiques de l'estomac. La dialyse a été faite, tantôt à travers le papier à dialyse ordinaire, tantôt à travers des vases poreux en biscuit, ce qui est bien préférable. Les résultats sont identiques; mais il ne donne ici que les expériences faites avec les vases poreux. La conclusion tirée de ces expériences est la suivante :

« Il est donc vraisemblable, comme l'avait déjà admis M. Schiff depuis longtemps, sans donner d'ailleurs de preuves très rigoureuses, que c'est avec la pepsine que cette combinaison s'effectue; non pas exclusivement, mais principalement. Ce qui confirme cette supposition, c'est que les liquides gastriques artificiels de la première et surtout de la deuxième reprise, ceux-là mêmes qui contiennent le plus de pepsine, sont ceux qui retiennent le plus énergiquement HCl dans le vase poreux. Les liquides de la quatrième et de la cinquième reprise, encore qu'ils soient très riches en peptones, retiennent l'acide avec beaucoup moins d'énergie. »

Sur la distinction physiologique de deux classes de mouvements. Note de M. *Couty*. — « Je prends, dit l'auteur, un chien de moyenne taille; je presse sur une de ses pattes ou je l'électrise avec un courant fort, il retire le membre ou il déplace la patte; je découvre, je lie un des nerfs sciatiques, je presse sur son bout central ou je l'électrise avec un courant moyen, l'animal retire la patte ou il fléchit tout le membre. Ces divers mouvements simples paraissent à première vue semblables, et cependant leur mécanisme est très différent. »

L'auteur établit ensuite par des expériences qu'il y a deux classes de mouvements : les uns disparaissant par de petites doses de chloral, ce sont les mouvements volontaires et les réflexes d'origine sensorielle; les autres résistant à une paralysie anesthésique déjà très complète, ce sont les contractions plus simples produites par les excitations expérimentales des nerfs centripètes et du cerveau. Cette séparation peut être effectuée par d'autres substances que le chloral; et, pendant l'action de la strychnine, du curare ou de l'alcool, comme aussi pendant divers états nerveux pathologiques, on voit les contractions produites par l'électrisation du sciatique ou par celle du cerveau rester possibles les dernières, tandis qu'il suffit d'une paralysie fonctionnelle légère de la moelle et du bulbe pour faire disparaître les mouvements volontaires ou les mouvements produits par l'excitation des pattes. On est ainsi amené à considérer tous les mouvements comme ayant leur mécanisme et leur siège dans le bulbe et la moelle. L'incitation primitive seule peut être variable, cérébrale ou périphérique. Les mouvements de la vie de relation sont ainsi réunis dans un cadre unique, et, au lieu d'être séparés par leur origine anatomique apparente, cérébrale ou médullaire, ils ne peuvent plus être distingués que par la complexité plus ou moins grande de leur mécanisme physiologique.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 25 MARS 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ALPHONSE GUÉRIN.

M. le docteur *de Ranse* se porte candidat au titre de correspondant national dans la première division.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. *L. Métérié*, son *Rapport sur les services de la protection de l'enfance dans le département d'Indre-et-Loire en* 1883; 2° de la part de M. le docteur *Viallet*, diverses *Études d'économie charitable*; 3° au nom de M. le docteur *sir John Fayrer*, un mémoire intitulé : *On the nature of snake-poison*.

M. *Vidal* présente, de la part de M. le docteur *Demange* (de Nancy), plusieurs mémoires *de clinique médicale et d'anatomie pathologique* et les articles Diabète et Obésité, extraits du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

M. *Moutard-Martin* dépose, au nom de M. le docteur *Monin*, une brochure *sur la propreté de l'individu et de la maison*.

M. *Riche* présente, de la part de M. *Balland*, un mémoire manuscrit *sur la falsification des farines à l'aide du plâtre*. (Commission : MM. *Riche, Méhu* et *Bouis*.)

M. *Besnier* fait hommage, au nom de M. le docteur *J. Teissier*, d'un *Rapport sur les maladies régnantes de la ville de Lyon pour* 1883. (*Commission des épidémies*.)

M. *Noel Gueneau de Mussy* fait don, pour la bibliothèque, d'un in-folio imprimé par Henri Estienne en 1567, et ayant pour titre : *Medicæ artis principes post Hippocratem et Galenum*.

M. *Peter* offre, de la part de M. le docteur *Denis-Dumont* (de Caen), une brochure *sur les propriétés médicales et hygiéniques du cidre*.

M. *Billod* dépose son ouvrage *sur les aliénés en Italie*.

Chromhidrose rose. — M. *Le Roy de Méricourt*, à propos du cas de chromhidrose rose présenté dans la dernière séance par M. Bergeron, rappelle tout d'abord les diverses phases des discussions qu'il a dû soutenir, de 1857 à 1864, afin d'établir la réalité, à titre de phénomène pathologique, de la transsudation des matières colorantes à travers la peau de différentes régions du corps. On a jusqu'ici constaté des cas de cette affection, dans lesquels la couleur était ocre ou variait le plus souvent du noir foncé jusqu'au bleu clair; celui dont il s'agit se distingue par une transsudation de matières colorantes roses à la région sous-maxillaire et antéro-latérale du cou, du côté droit. M. Le Roy de Méricourt remarqua à la loupe dans les parties où la teinte était surtout accusée, des *grains* rouges engagés entre les lames de l'épiderme; au microscope, celles-ci étaient chargées de fines granulations roses; le lendemain, un examen plus attentif permit de voir à la périphérie un assez grand nombre de parcelles irrégulières, caractéristiques des chromhidroses, mais colorées en bleu. Il reste à faire une étude plus complète, chimique et histologique, de ce cas singulier, offrant d'ailleurs en sa faveur toutes les présomptions morales.

Transfusion péritonéale. — En injectant du sang de chien dans le péritoine du chevreau, M. *Hayem* a trouvé un procédé qui fournit la preuve directe de l'absorption du sang en nature par la grande séreuse abdominale et montre que cette absorption porte sur les diverses parties du liquide injecté. Quelques heures après l'opération on peut constater, en effet, dans les vaisseaux de la circulation générale du chevreau, la présence d'une notable proportion d'hématies du chien. Ces hématies du chien, ayant un diamètre qui dépasse 7 μ, sont faciles à différencier des hématies du chevreau, dont le diamètre n'atteint pas 3 μ. Au moment où l'absorption du sang injecté est en pleine activité, on peut s'assurer que le canal thoracique de l'animal en expérience charrie de nombreuses hématies de sang de chien. Les voies lymphatiques prennent donc une part considérable à l'absorption du liquide injecté, et l'on peut désormais certifier que les hématies absorbées ne sont pas détruites dans les ganglions lymphatiques, puisque leur existence est facile à constater dans le canal thoracique. M. Hayem se propose de faire de nouvelles expériences à l'effet de déterminer si les lymphatiques seuls effectuent la résorption du sang injecté dans le péritoine, ou bien si les vaisseaux sanguins ne constituent pas une seconde voie d'absorption. Dès à présent, on peut affirmer que la transfusion péritonéale équivaut à une transfusion intra-vasculaire faite avec une extrême lenteur. — Le mémoire de M. Hayem est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Vulpian, Bouley et Colin (d'Alfort).

Granulations moléculaires du cerveau et virus rabique. — M. *Béchamp* constate que M. Pasteur, dans sa récente communication, dit avoir rencontré dans les cerveaux rabiques des granulations moléculaires; or elles ne sont autre chose que des microzymas morbides, et, si M. Pasteur n'a pu encore cultiver le virus rabique, cela prouve que les microzymas nerveux évoluent difficilement. Quant au fait de la conservation du virus rabique, sous l'influence du froid, il montre simplement que les microzymas changent de fonction et perdent leur morbidité avec le temps, rapidement après la mort. Si la rage spontanée peut se manifester chez le chien, c'est qu'il a des « microzymas cyniques »; on n'en trouverait pas chez l'homme. En somme, « M. Pasteur reconnaît aujourd'hui, dans un cas particulier, que les granulations moléculaires sont bien des microzymas et qu'elles sont capables de morbidité et de virulence sans changer morphologiquement. »

Locomobilité du cerveau. — M. *Luys* s'offre de démontrer que la masse cérébrale incluse dans la cavité crânienne est entourée d'un espace vide lui permettant de se déplacer suivant les différentes attitudes du corps, et d'obéir ainsi aux lois de la pesanteur; elle est apte à subir, en outre, des mouvements variés que lui impriment la systole cardiaque et l'expansion thoracique, des mouvements véritables de locomotion et d'affaissement sur elle-même tout à fait inconscients; ces changements de position ne se produisent pas seulement sur le cadavre, ainsi que des procédés spéciaux de recherches le démontrent nettement, mais ils se font également chez l'homme vivant. M. Luys fait connaître les modi-

fications que subissent les gros troncs de la base de l'hexagone de Willis et la circulation cérébrale dans les diverses attitudes, et il indique les divers phénomènes physiologiques et pathologiques qui sont sous leur dépendance. Ainsi s'expliqueraient, par les déplacements du cerveau, un certain nombre des manifestations morbides cérébrales dans l'anémie des convalescents, le mal de mer, les fatigues du soir, et certaines affections mentales.

Épidémies. — M. *Bucquoy* achève la lecture de son important Rapport sur les épidémies en France pendant l'année 1882. Il signale un certain nombre de faits très intéressants, tel que l'influence du séjour des habitants de la Creuse à Paris ; lorsqu'ils retournent au pays, une fois leur saison de travail achevée, ils rapportent de la capitale les germes d'affections contagieuses diverses qui sont quelquefois l'origine d'épidémies locales. M. Bucquoy insiste à son tour sur la nécessité de l'organisation d'une administration sanitaire centrale.

Traitement de la diphthérie. — M. le docteur *Delthil* (de Nogent-sur-Marne) fait une communication sur le traitement de la diphthérie par des fumigations à l'aide de la combustion d'un mélange de goudron de gaz et de térébenthine, dans la proportion de 200 grammes du premier et 83 de la seconde, combustion renouvelée toutes les deux ou trois heures et espacée ensuite. Ces fumigations sont, suivant lui, dissolvantes des fausses membranes et l'absorption de ces poussières de charbon est parfaitement supportée. Elles seraient, en outre, parasiticides ou microbicides et peuvent enrayer la maladie dès le début; si celle-ci ne date que de quelques jours, elles peuvent encore guérir; elles rendent en tout cas très aisément praticable l'opération de la trachéotomie. Ces fumigations enfin protègent ceux qui approchent les malades, elles sont utiles comme désinfectants et peuvent être respirées sans inconvénient par l'entourage. L'usage en est facilement réglé à l'aide d'une sorte de brûloir très simple. — Le mémoire de M. Delthil est renvoyé à l'examen de la commission pour le concours du prix Saint-Paul de 1884.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 19 MARS 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Fistules uréthro-péniennes consécutives à la gangrène par constriction de la verge : M. Robert. — Anévrysme diffus de l'aine ; ligatures successives de plusieurs vaisseaux ; mort par infection purulente : M. Després; discussion : MM. Trélat, Verneuil, Perrin, Tillaux, Berger, Terrier. — Statistique du service de M. Tillaux.

M. *Robert* lit un travail sur les fistules uréthro-péniennes consécutives à la gangrène par constriction de la verge; s'appuyant sur trois observations inédites, il discute la pathogénie et le meilleur mode de traitement de ces lésions. Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Verneuil, Delens et Tillaux, rapporteur.

— M. *Després* communique la très intéressante observation suivante : Une femme portant un anévrysme du tronc de la fémorale, dans le triangle de Scarpa, avait été soumise sans succès au traitement par la compression digitale dans un autre hôpital; quelque temps après elle entrait à la Charité avec une transformation de son anévrysme circonscrit en anévrysme diffus considérable, s'étendant presque jusqu'au creux poplité. La santé paraissant d'ailleurs excellente, sauf un léger ictère hémaphéique, M. Després fit la ligature de la fémorale immédiatement au-dessous de l'arcade de Fallope. La circulation se rétablit très rapidement par les collatérales, mais le quatrième jour des phénomènes inflammatoires se déclarèrent dans le foyer sanguin, et le neuvième jour un point rouge fluctuant apparut au sommet de la tumeur. Son ouverture à la lancette donna lieu à un écoulement sanguin noirâtre, très fluide, qui dura pendant vingt-quatre heures. Une intervention plus active s'imposait, et M. Després n'hésita pas à ouvrir le sac largement et à aller à la recherche des deux bouts du vaisseau. Une large incision mit le foyer à découvert, une grande quantité de caillots noirâtres fut enlevée, et on arriva ainsi dans le fond du clapier, baigné par du sang rouge et fluide; mais il fut très difficile de trouver les extrémités de la fémorale rompue; cependant une pince fut assez aisément placée sur le bout inférieur; après de longues recherches seulement il fut possible de pincer le bout supérieur; malgré cette hémostase, on ne put arriver à disséquer les deux bouts de l'artère suffisamment pour y appliquer un fil à ligature. En présence de ces difficultés, M. Després laissa les pinces en place et bourra le foyer de charpie légèrement tassée. Pendant dix à onze jours tout va bien, et à ce moment la pince supérieure tombe d'elle-même pendant un pansement; le lendemain, la pince inférieure cède aussi à une traction très faible; la plaie, recouverte de bourgeons charnus très vivaces, commence à se rétrécir et est plus d'à moitié comblée au vingt-deuxième jour. A ce moment survient une hémorrhagie dans l'angle supérieur de la plaie, pour laquelle on dut pratiquer la ligature de la fémorale profonde; cinq jours après, frisson se répétant irrégulièrement les jours suivants; morte d'infection purulente le quarante-deuxième jour. A l'autopsie, abcès métastatiques disséminés dans les poumons; rien dans le foie et les autres viscères. L'examen du foyer purulent montre qu'une des pinces laissées en place avait saisi la veine et déterminé de la phlébite.

De cette observation M. Després fait ressortir les trois points suivants. Il attire d'abord l'attention sur les dangers de toute intervention chirurgicale sur la région du triangle de Scarpa; il y a là, en effet, de très nombreux réseaux et ganglions lymphatiques, des artères, des veines et des nerfs très abondants qui rendent périlleuse la plus petite opération. Un second point, qu'il veut mettre en relief, c'est le mauvais effet de la compression digitale, qui a augmenté les chances d'hémorrhagie en dilatant les réseaux collatéraux; cette influence fâcheuse ressort si nettement de ce fait pour M. Després, qu'il n'hésite pas à formuler ce précepte, que la compression digitale aggrave le pronostic des anévrysmes qu'elle ne guérit pas. Enfin, en troisième lieu, cette observation est une preuve que l'infection purulente n'a pas disparu des hôpitaux de Paris.

M. *Trélat* communiquera prochainement deux observations d'anévrysmes artério-veineux guéris, dont l'un n'a rien de commun avec le fait de M. Després, mais dont l'autre peut en être rapproché. Il s'agissait, dans ce second cas, d'un anévrysme diffus de la région poplitée; Broca, appelé en consultation, avait mis en avant l'idée de l'amputation du membre, tant était grave la lésion; M. Trélat fit la ligature de la fémorale au-dessus de l'anévrysme : la guérison fut radicale et définitive.

Quant à l'infection purulente, M. Trélat ne croit pas que la mort de la malade de M. Després soit une preuve, que cette complication des plaies réapparaisse dans les hôpitaux. Il est regrettable que la pince n'ait pu être remplacée par une ligature, et que la plaie ait été bourrée d'une charpie vraisemblablement *critiquable;* c'est précisément dans ces plaies vastes et anfractueuses que l'antisepsie remporte ses plus beaux triomphes; il est probable que, dans le cas particulier, son emploi aurait assuré le succès d'une campagne chirurgicale fort bien conduite.

M. *Verneuil* ne pense pas que l'infection purulente ait à jamais disparu des hôpitaux, elle menace constamment les blessés; le bienfait de la méthode antiseptique n'est pas précisément d'avoir supprimé l'existence des germes de cette

complication des plaies, mais d'avoir mis les malades à l'abri de leurs atteintes.

L'ictère hémaphéique, suivant M. Després, dont a été atteinte sa malade, doit entrer en ligne de compte dans l'étiologie des hémorrhagies répétées; rien, en effet, n'est moins démontré, pour M. Verneuil, que l'existence de l'ictère hémaphéique, et il est probable que toujours l'ictère se lie à quelque altération du foie. Or chacun sait aujourd'hui l'influence considérable des lésions hépatiques sur les hémorrhagies; dernièrement encore M. Verneuil vient d'avoir une nouvelle démonstration de ce fait chez une jeune femme à laquelle il donnait ses soins conjointement avec M. Reclus.

M. *Perrin* ne partage pas les idées de M. Després sur la cause de la gravité des opérations dans le pli de l'aine; il attache une bien moins grande importance aux organes voisins de l'artère que l'on est appelé à lier qu'à cette artère elle-même; il est à craindre, en effet, que les vaisseaux, siège de l'anévrysme, soient dégénérés dans le voisinage de la dilatation. C'est guidé par cette idée que, dans les anévrysmes du triangle de Scarpa, il serait disposé à remonter plus haut, sur l'iliaque externe, pour porter la ligature. Cette opération en elle-même n'est pas grave, et elle a été faite un grand nombre de fois. M. Perrin l'a pratiquée, avant la dernière guerre, chez un jeune sous-lieutenant atteint d'un anévrysme de la fémorale au-dessous du ligament de Poupart; le malade a parfaitement guéri et a pu faire toute la campagne.

M. *Tillaux* fait remarquer que, comme règle de médecine opératoire, il vaut mieux lier l'artère iliaque que la fémorale à la base du triangle de Scarpa; cette dernière, en effet, fournit un bouquet de rameaux qui rend très aléatoire la formation et l'organisation du caillot.

M. *Berger*, en réponse aux idées émises par M. Perrin, dit que l'on n'est pas encore fixé sur l'état des tuniques artérielles au voisinage des anévrysmes, mais que d'ici à quelque temps un travail en préparation de M. Kirmisson éclairera ce point de la plus haute importance pratique. La ligature de l'iliaque externe, en dehors de toutes ces considérations, est pour lui celle qui assure le mieux la formation d'un bon caillot; c'est celle que l'on doit appliquer en ayant soin de se servir de la méthode antiseptique, qui a le double avantage de prévenir les accidents septicémiques, et d'empêcher les hémorrhagies secondaires en supprimant toute suppuration dans le foyer opératoire.

M. *Terrier* proteste contre l'absence des procédés antiseptiques dans le cas de M. Després. On aurait ainsi évité l'infection purulente, et partant les hémorrhagies secondaires, qui assurément relèvent de l'infection du sang. A ce sujet, il ajoute qu'une grave responsabilité incombe à l'Assistance publique, dont certains établissements rendent par leur mauvais entretien complètement illusoire l'application de la méthode antiseptique.

— M. *Tillaux* lit un résumé de la statistique des grandes opérations pratiquées dans son service de l'hôpital Beaujon pendant l'année 1884. Il fait d'abord remarquer l'heureuse influence de l'antisepsie, qui a changé la face des choses au point que, tandis qu'il y a quelques années pas une seule grande opération ne réussissait dans cet établissement, aujourd'hui la très grande majorité des opérations sont suivies de succès.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 22 MARS 1884. — PRÉSIDENCE DE M. FRANÇOIS-FRANCK, VICE-PRÉSIDENT.

Paraldéhyde : M. Vulpian. — Pièces anatomiques du rhumatisme articulaire aigu chez le cheval : M. Trasbot. — Action du bichlorure de méthylène pur : MM. Regnauld et Villejean. Discussion : M. Laborde. — Ferment soluble de jéquirity : M. Hardy. — Vie latente sous de hautes pressions : M. Regnard. — Répartition de l'urée dans le sang : MM. Gréhant et Quinquaud. — Fascination dans la série hypnotique : M. Brémaud.

M. *Bochefontaine* dépose une Note dans laquelle il résume les résultats des expériences de M. Vulpian sur les effets de la paraldéhyde. Ces études doivent faire l'objet d'un travail spécial.

— M. *Trasbot* présente des pièces anatomiques provenant d'un jeune cheval atteint de rhumatisme articulaire aigu, avec lésions graves des tissus fibreux et cartilagineux des articulations. Il insiste sur l'intérêt de ce point de pathologie comparée en rappelant qu'on a très rarement l'occasion de constater sur les animaux des lésions de cette nature.

— M. *Regnauld* communique, en son nom et au nom de M. Villejean, les résultats d'une étude comparative sur les effets physiologiques du chloroforme et du chlorure de méthylène, qu'il a obtenu à l'état de pureté. Il conclut de ses études que les effets anesthésiques, sans complications graves, observés à l'étranger avec le produit désigné sous le nom de chlorure de méthylène, n'ont été produits que par une substance impure, par un mélange de chloroforme et d'alcool méthylique; ce produit n'a rien de commun avec le véritable chlorure de méthylène CH^2Cl^2. En employant ce dernier, on provoque bien aussi des phénomènes d'insensibilité, mais qui s'accompagnent et sont suivis des plus graves accidents (accès de contracture, attaques épileptiformes, arrêts respiratoires, mort consécutive fréquente). Il est donc impossible de songer à introduire dans la pratique le chlorure de méthylène comme succédané du chloroforme.

M. *Laborde* ajoute que, malgré l'extrême réserve qu'a cru devoir garder M. Regnauld sur ce point, il y aurait grand intérêt à préciser la théorie des accidents observés; il montre, par exemple, que l'arrêt respiratoire résulte, comme les accès cloniques et les contractures des muscles des membres, d'un véritable spasme des muscles respiratoires et du diaphragme en particulier.

— M. *Hardy* revient sur une précédente communication faite par lui à la Société au sujet de l'alcaloïde du jéquirity. Ce produit, considéré comme alcaloïde, n'est autre qu'un ferment soluble qui par l'acide sulfurique se transforme en peptone, et dont le chauffage à 100 degrés détruit toutes les propriétés.

— M. *Regnard* a entrepris de résoudre expérimentalement le problème qui s'est récemment posé à la suite des dragages profonds exécutés par les commissions scientifiques à bord du *Travailleur* et du *Talisman;* on sait que les dragues ont révélé une faune marine inconnue à des profondeurs énormes, sous des pressions considérées comme incompatibles avec la vie. M. Regnard a exécuté avec l'appareil à haute pression de M. Cailletet, pouvant donner jusqu'à 1000 atmosphères, une série d'expériences sur des êtres vivants, qu'il a maintenus à des pressions de 100 à 1000 atmosphères pendant un temps variant d'une demi-heure à sept heures. Il a pu ainsi constater chez les êtres soumis à l'expérience, depuis la levure de bière jusqu'à des animaux relativement élevés, comme le poisson et la grenouille, une sorte de suspension momentanée de la vie, qui était suivie du retour à l'activité si la compression n'avait pas dépassé certaines limites. Après s'être assuré tout d'abord que l'action des

ferments solubles s'accomplit normalement à des pressions correspondant à environ 1000 atmosphères et maintenues longtemps, il a observé les effets des mêmes pressions sur les ferments figurés de la levure de bière. La levure n'a pas été tuée, mais est restée comme engourdie, ainsi que l'a montré la diminution de la fermentation alcoolique pour 600 atmosphères, et sa suspension pour des pressions plus hautes. Quand la décompression a été faite, le ferment figuré a repris toute son activité. De même, des infusoires, certains mollusques, des annélides, des crustacés, engourdis par de hautes pressions, sont revenus à la vie au bout d'un temps variable. Des poissons sans vessie natatoire ou après évacuation du gaz contenu dans leur vessie ont pu supporter sans succomber des pressions croissantes de 100 à 200 atmosphères; à 400 atmosphères, ils sont morts avec une rigidité musculaire particulière, qui a été retrouvée sur les grenouilles dans les mêmes conditions. Ces expériences, dont quelques-unes ont été répétées devant la Société, montrent donc que la vie est possible à de grandes profondeurs, mais que c'est une sorte de *vie latente* quand la pression pour certains êtres dépasse une certaine limite.

— MM. *Gréhant* et *Quinquaud* ont cherché à déterminer avec exactitude s'il existe dans le sang pris en divers points de l'appareil circulatoire, quelque différence quant à sa teneur en urée et s'il est possible de démontrer directement où se forme cette substance. Ils concluent : 1° que le sang qui revient des membres ou de la tête contient autant d'urée que le sang artériel qui se rend à ces régions, d'où il suit que l'urée qui se forme peut-être à la périphérie est entraînée probablement par la lymphe dans les parties profondes de l'appareil circulatoire; 2° que le sang qui a circulé à travers la rate et le foie est toujours plus riche en urée que le sang artériel; la différence est encore plus grande chez l'animal en digestion que chez l'animal à jeun; elle peut s'élever à 9 milligrammes dans 100 centimètres cubes de sang. Une pareille différence est loin d'être négligeable; en effet, elle amène à faire admettre 13 grammes en plus pour vingt-quatre heures. La formation de l'urée dans les viscères abdominaux se trouve donc établie par ces études; on admettait bien que le foie fabrique de l'urée, mais le fait n'était pas expérimentalement établi; quant à la rate, on ne soupçonnait pas qu'elle remplit cette fonction.

— M. *Brémaud* adresse deux Notes, l'une *sur l'état de fascination dans la série hypnotique*, l'autre *sur les conditions favorables à la production de l'hypnotisme.*

Il insiste d'abord sur ce fait que sur des femmes en état de santé apparente et hypnotisables, l'état de fascination ne peut être établi; l'état provoqué d'emblée est la catalepsie.

Quant aux sujets masculins, l'état de fascination est facile à développer d'emblée au début des expériences; puis, à mesure que les essais se multiplient, l'impressionnabilité du sujet augmente, la période de fascination finit par disparaître et l'état qui s'établit d'emblée est la catalepsie.

Dans sa seconde Note, M. Brémaud montre que les habitudes alcooliques peuvent produire chez certains jeunes gens une aptitude à l'hypnotisation, laquelle peut disparaître avec l'abandon des boissons alcooliques et particulièrement de l'absinthe. De même l'état nerveux créé par les excès vénériens a dévelopé momentanément sur un jeune homme une disposition favorable à l'hypnotisation; cette aptitude a disparu au bout de quelques jours.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 26 MARS 1884. — PRÉSIDENCE DE M. DELPECH.

Des préparations d'aconit : M. N. Gueneau de Mussy. (Discussion.) — Traitement du diabète par l'aérothérapie : M. Campardon. — Élections.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *N. Gueneau de Mussy* demande sur quelles preuves scientifiques s'appuient les deux assertions émises au cours de la discussion : 1° l'aconitine cristallisée se transforme par isomérie, au bout d'un certain temps, en un autre corps doué de propriétés différentes ; 2° l'aconitine cristallisée possède, suivant sa provenance, une activité variable. — Ces deux propositions lui paraissent en opposition avec les propriétés générales des substances obtenues à l'état de cristaux, c'est-à-dire parfaitement pures et toujours identiques à elles-mêmes.

M. *Blondeau* a émis la première assertion d'après les recherches de Laborde sur ce sujet. N'y aurait-il pas là quelque chose d'analogue à la variabilité d'action sur la lumière polarisée, démontrée par Pasteur pour l'acide tartrique, corps cristallisé, qui peut être tantôt dextrogyre, tantôt lévogyre.

M. *N. Gueneau de Mussy* fait observer que ce n'est pas un même échantillon d'acide tartrique dextrogyre qui se transforme en lévogyre ; chaque échantillon conserve ses propriétés premières. On ne peut donc en tirer un argument à l'appui de la modification isomérique progressive de l'aconitine cristallisée.

M. *Petit* rappelle que certains alcaloïdes, comme la codéine, la pilocarpine, etc., ont des réactions très nettes, des propriétés bien connues qui permettent de les étudier et de les doser facilement, mais qu'il est loin d'en être ainsi pour l'aconitine. Cette substance dévie d'une façon à peine appréciable, et très incertaine, le plan de la lumière polarisée ; elle ne possède comme caractères à peu près constants que ses propriétés physiologiques et son mode de dédoublement en produits secondaires. Toutes les aconitines ne sont pas, d'ailleurs, identiques ; ainsi on prépare avec l'aconit du Japon un alcaloïde cristallisé connu sous le nom de japaconitine, et avec l'aconit *ferox* un autre alcaloïde, la pseudaconitine, donnant des produits de dédoublement différents ; enfin l'aconitine cristallisée provient de l'aconit *napellus*. Quoi qu'il en soit, un corps cristallisé possède toujours des propriétés identiques, à moins qu'il ne renferme, en proportions variables, un autre corps isomère. On peut, en effet, préparer par le procédé de Wright, en passant par l'intermédiaire du bromhydrate d'aconitine, un produit cristallisé présentant une composition centésimale constante. Le procédé de Duquesnel est excellent, mais il offre de grandes difficultés ; il faut, en effet, que la distillation du produit se fasse constamment à l'abri de l'air, pour éviter une oxydation qui se produit, sans cela, fatalement et fait disparaître presque toute l'aconitine renfermée dans la préparation. C'est, du reste, une manipulation chimique dangereuse pour l'opérateur, et, par suite, peu pratique d'une façon générale. Jusqu'ici, le seul produit auquel les médecins puissent recourir avec confiance pour la thérapeutique est l'aconitine cristallisée, préparée avec l'aconit *napellus*, par le procédé de Duquesnel.

M. *N. Gueneau de Mussy* insiste sur le premier point qui ressort de cette discussion, à savoir que l'*aconitine cristallisée*, quelle que soit sa provenance, possède une composition et une activité constante.

M. *Ernest Labbée* avait émis dans la dernière séance une assertion contraire d'après les travaux de Laborde ; ses recherches remontent, il est vrai, à six années, mais aucune expérience contradictoire n'a été produite depuis lors.

M. *Petit* fait observer que la commission du *Codex* aurait peut-être mieux fait de ne pas admettre, d'une façon générale, l'emploi de l'aconitine. Bien que la question ait fait de grands progrès, elle est encore éloignée d'une solution définitive. Autrefois, on trouvait dans le commerce des aconitines de valeurs extrêmement différentes, à un tel point que certaines aconitines allemandes étaient prescrites, sans inconvénients, à la dose de 5 milligrammes; aujourd'hui, les produits de diverse origine sont moins dissemblables; cependant Grove en Angleterre, et Duquesnel en France, qui ont étudié tous deux l'aconitine cristallisée, ne lui assignent pas la même composition centésimale.

M. *Blondeau* voit dans ces résultats variables, sinon contradictoires, la preuve des difficultés considérables inhérentes à la préparation de l'aconitine, et l'indication de prescrire les préparations d'aconit préférablement à l'alcaloïde isolé.

M. *Catillon* a préparé, avec la même racine d'aconit, de l'alcoolature et de la teinture, pour se rendre compte de la proportion relative de principe actif contenu dans ces deux préparations. Si l'on emploie, pour chacune d'elles, 500 grammes de racines pesées à l'état frais, l'alcoolature sera obtenue au moyen de 500 grammes de racines *fraîches* macérées dans 500 grammes d'alcool à 90 degrés, tandis que la teinture sera préparée avec 100 grammes seulement de racines *sèches* et 500 grammes d'alcool à 60 degrés, la dessiccation ayant fait perdre 400 grammes aux 500 grammes de racines pesées à l'état frais. On obtiendra donc 900 grammes de produit comme résultat de la préparation de l'alcoolature, et seulement 500 grammes de teinture, avec la même quantité initiale de racines d'aconit. On voit, par suite, que ces deux préparations offrent des degrés de concentration dont le rapport est de 9 à 5, c'est-à-dire environ de 2 à 1. La teinture de racine paraît donc devoir être deux fois plus active que l'alcoolature de racine, si l'on admet, toutefois, que la dessiccation n'a pas fait perdre aux racines une partie de leurs principes actifs.

M. *Vigier* a fait des recherches dans le même sens, en évaporant l'alcoolature et la teinture, et en pesant la quantité d'extrait composant le résidu. Il a trouvé, par ce procédé, que 100 grammes d'alcoolature de feuilles donnent 2gr,58 d'extrait, et 100 grammes de teinture de feuilles, 5 grammes d'extrait. Cette proportion confirme les résultats énoncés par M. Catillon. Mais, avec les préparations de racines, il a obtenu un rapport différent; en effet, 100 grammes d'alcoolature de racines ont donné 1gr,50 d'extrait, et la même quantité de teinture de racines, 4 grammes d'extrait. La teinture de racines semblerait donc de trois à quatre fois plus active que l'alcoolature de racines.

M. *N. Gueneau de Mussy* se demande s'il ne serait pas dès lors préférable, en présence de cette activité si prédominante de la teinture de racines, d'employer toujours l'alcoolature de racines, d'autant qu'avec cette dernière, à la dose de trois gouttes prises en une seule fois, il a observé chez une malade des effets toxiques assez marqués.

— M. *Campardon* donne lecture d'une note sur *le traitement du diabète par les douches d'air*. Il rappelle que, de tout temps, on a cherché, dans le traitement du diabète, à activer les fonctions cutanées, soit par l'hydrothérapie, soit par la sudation. Il a pensé pouvoir utiliser dans le même but l'appareil du docteur Dupont pour les douches d'air, et a soumis trois de ses malades à ce mode de traitement. La première malade, une femme polysarcique, arrivée à la ménopause complète, a vu, après une première série de huit douches de cinq minutes, dirigées sur le dos et la poitrine, la quantité de sucre contenue dans les urines tomber de 77gr,44 à 36gr,63. Elle avait cessé le traitement par le bromure qu'elle suivait depuis de longs mois. Après une seconde série de huit douches, le chiffre de la glycose est remonté à 63 grammes; mais la malade éprouve un mieux-être très sensible et n'urine plus qu'un litre et demi dans les vingt-quatre heures, au lieu de trois litres. — Dans la seconde observation, relative à une femme, le taux de la glycose est descendu de 18gr,48 à 2gr,8 après les huit premières douches. Deux autres séries ont été administrées et, en dépit d'une interruption de traitement nécessitée par un accès de colique néphrétique, la malade ne produit aujourd'hui que 3gr,33 de sucre. Elle a du reste continué l'usage du bromure et du chloral. — Le troisième malade est un homme maigre, arthritique, qui urinait près de trois litres d'urine renfermant 102 grammes de glycose; après les huit premières douches il n'urine plus qu'un litre et demi environ, et le chiffre de la glycose tombe à 68 grammes. L'état général est sensiblement meilleur. — Sous l'influence de la douche d'air, la peau blanchit dans le point percuté, et se déprime en godet d'une profondeur de 1 à 3 centimètres; sa température locale s'abaisse à zéro. La peau rougit ensuite et reste légèrement congestionnée et moite pendant trois à quatre heures. M. Campardon pense que le choc produit par la colonne d'air détermine une sorte de massage cutané et une excitation des filets nerveux, transmise aux centres, et réfléchie à la fois sur les nerfs de la vie végétative et de la vie de relation; la douche est aussi l'origine d'une activité plus grande de la circulation capillaire des téguments, ayant pour résultat d'augmenter les combustions intimes à leur niveau. D'ailleurs, dans tous les cas, les malades ont éprouvé après la douche une sensation très nette de bien-être et un besoin marqué d'activité et de mouvement. Ce procédé semble donc mériter d'être essayé dans un plus grand nombre de cas, et l'expérience viendra confirmer ou infirmer les résultats favorables obtenus jusqu'ici.

— *Élections :* Sont nommés membres titulaires dans la section de médecine : MM. *Brame*, *Brémond* et *Ed. Michel ;* membre titulaire dans la section de pharmacie : M. *Boymond ;* membres correspondants nationaux : MM. *Ludger* et *Séjournet ;* membre correspondant étranger : M. *Moncorvo*.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

Clinical Society.

SÉANCE DU 11 JANVIER 1884.

Nodules sous-cutanés non douloureux, non rhumatismaux. Tumeur cérébrale, attaques épileptiformes.

M. le docteur *Kinston Fowler* lit une très curieuse observation de *nodules sous-cutanés*, non douloureux, développés symétriquement sur le corps d'un homme de trente-cinq ans, jusqu'alors bien portant et n'ayant dans ses antécédents aucune trace de rhumatisme, de goutte, de syphilis ni d'aucune autre diathèse. Plusieurs des membres de la Société disent avoir observé des cas analogues sans aucune manifestation rhumatismale, mais toutefois la plupart pensent que leur développement se lie à cette diathèse, qui apparaît plus tard sous forme d'attaque subaiguë ou encore de détermination cardiaque. Autre preuve de la nature rhumatismale de ces tumeurs, pour MM. Barlow et Mohamed, c'est que le salicylate de soude les fait très rapidement disparaître.

— M. le docteur *Conwell* a observé un malade qui est un exemple de la longue durée de l'évolution des tumeurs cérébrales et de la diffusion des phénomènes symptomatiques qui les accompagnent, en même temps qu'une nouvelle confirmation de la doctrine des localisations cérébrales. Il s'agit d'un homme jeune (vingt ans) qui depuis dix ans était sujet à des attaques épileptiformes très rapprochées, se reproduisant jusqu'à deux cents et trois cents fois dans la journée et

présentait une hémiplégie du côté droit. Le diagnostic de tumeur corticale porté pendant la vie fut vérifié à l'autopsie, qui fit constater un gliome occupant la partie postérieure de la première et de la seconde circonvolution frontale, ainsi que le sommet de la frontale et de la pariétale ascendante du côté gauche.

SÉANCE DU 25 JANVIER 1884.

Plaie de la carotide externe, ligature des deux bouts.

M. *W. Rivington* raconte l'histoire d'un homme qui reçut un coup d'épée dans la région parotidienne le 24 décembre. On fit la réunion de la plaie sans ligature d'artère. Tout alla bien pendant plus de deux semaines; à ce moment, le malade eut un érysipèle et le 15 janvier une hémorrhagie abondante se déclara. M. Rivington n'hésita pas à aller à la recherche des deux bouts de l'artère, bien que la plaie fût en pleine suppuration, mais, pour en faciliter la découverte, il jeta une ligature temporaire sur la carotide primitive et découvrit aisément le tronc lésé, qu'il lia. Quelques jours après le malade était complètement guéri.

— M. *Havillaud Hall* a eu occasion d'observer un cas d'infection purulente survenu dans le cours d'un empyème, fait qui plaide en faveur des larges incisions et du drainage parfait de la cavité pleurale. Une jeune fille de dix-neuf ans, atteinte de pleurésie purulente depuis trois ans, portait une étroite fistule, lorsqu'elle fut prise de frissons, de fièvre, de convulsions, et mourut après quelques jours. A l'autopsie, on trouva un abcès du cerveau. La double ouverture de la paroi costale avec établissement d'un gros drain que conseille Hall, commentant cette observation, est regardée comme insuffisante par un grand nombre de membres de la Société. M. Burney Yeo pratique l'excision d'une portion de côte à l'exemple de Lister; c'est aussi la conduite de M. Barker.

— M. *Donald Hood* a observé de curieux accidents cardiaques survenus subitement chez un homme de soixante-cinq ans dans les circonstances suivantes. Subitement réveillé par les rideaux de sa chambre en feu, il se lève et travaille pendant plus d'une demi-heure à éteindre ce commencement d'incendie en sautant sur place, après quoi il tombe haletant sur un sofa, éprouvant une très vive douleur dans la région cardiaque. Le docteur Hood, qui voit le malade quelques instants après, le trouve pâle, anhélant, et constate une très grande irrégularité des battements du cœur, le pouls est très faible, cependant le malade se relève grâce à l'administration d'eau-de-vie et d'éther. Vingt-quatre heures après on constate un souffle péricardique doux, mais bientôt rude et râpeux. Les jours suivants épanchement dans le péricarde; peu de liquide complètement résorbé au bout de dix jours. Le quinzième jour on constate bien nettement un souffle systolique et les signes d'une insuffisance mitrale. Quatre mois après le malade mourait subitement de syncope. L'autopsie ne put être faite. M. Hood pense que le point de départ de toute cette série est symptomatique, a été une altération dégénérative du cœur jusqu'alors latente et s'étant subitement révélée par suite des efforts prolongés du malade. Voici pour lui comment s'explique l'enchaînement des phénomènes successivement observés. Sous l'influence de l'exercice forcé, les cavités du cœur se sont distendues et ont déterminé quelques lésions du péricarde, d'où la péricardite. A l'appui de cette opinion, il rappelle les faits de dégénérescences fibreuses du cœur recueillis par Pagge.

REVUE DES JOURNAUX

Corps flottants de l'articulation du genou, par M. Rivingten. — Après avoir rapporté deux observations de taille articulaire pour corps flottants du genou (Loose cartilages), faites sans accident sous le spray et le pansement de Lister, l'auteur passe en revue la pathogénie de ces productions. Il rappelle d'abord seulement pour mémoire l'opinion qui veut que ces corps soient dus à la transformation d'un caillot sanguin ou à de petites masses de fibrine reliquats d'une inflammation. Il s'arrête beaucoup plus longtemps à discuter l'opinion d'après laquelle ces corps proviennent d'une fracture des os ou des cartilages qui forment l'articulation, et il cite à l'appui de cette manière de voir les observations de John Walters dans *The traumaction of the pathological Society*, de Wilks et Moven, de Poland, de Bradhurst. Il rappelle les idées de Benjamin Brodie, qui attribue dans certains cas les corps flottants à la rupture d'ostéophytes, produits de l'arthrite rhumatismale chronique. Enfin il discute sur la transformation des franges synoviales. A la fin M. Rivingten se montre éclectique. Relativement à l'opération, l'auteur se déclare partisan de l'ouverture de l'articulation et fait ressortir tous les avantages de la méthode de Lister. (*The Lancet*, 9 février 1884, p. 237.)

Anévrysme de la carotide primitive gauche, ayant amené un spasme mortel de la glotte sans aucun signe stéthoscopique; nécropsie, par M. Wadham. — Homme de trente-trois ans, d'une très bonne santé habituelle, pas d'alcoolisme, ni de syphilis. Trois semaines avant son admission à l'hôpital, ce malade fut pris subitement de fièvre, de toux et de perte de la voix, et dans ces trois ou quatre derniers jours il cracha quelques cuillerées de sang et eut de la dyspnée. En vain appliqua-t-on un vésicatoire sur le larynx, la dyspnée ne fit que s'accroître. A son entrée on constate de la difficulté à respirer surtout pendant l'expiration; la gêne parait siéger dans le larynx, mais la déglutition n'est pas gênée. L'examen laryngoscopique ne dénote rien de particulier. L'examen de la poitrine fait constater une diminution de l'expansion du poumon gauche. Rien d'anormal à la percussion. A l'auscultation quelques râles disséminés dans les deux poumons. Il est difficile d'ausculter le cœur à cause des bruits de la respiration. Les deux pouls radiaux sont égaux. Rien d'anormal dans la région sus-claviculaire et sus-sternale. La dyspnée allant en augmentant, on fait la trachéotomie, mais aucune amélioration ne se produit et le malade meurt. A l'autopsie on trouve une tumeur du volume d'une petite orange située sur la ligne médiane au-dessus du cœur et recouverte par le bord antérieur des poumons. Par la dissection on constate que cette tumeur a pour point de départ la carotide primitive gauche. La trachée au niveau de sa bifurcation est fortement déprimée par la tumeur, et il existe une petite ouverture de la largeur d'un pois faisant communiquer sa cavité avec la poche anévrysmale. Le pneumogastrique gauche était compris dans les parois de la tumeur et fortement tiraillé. Le récurrent gauche était aussi comprimé entre le sac et la trachée. (*The Lancet*, 9 février 1884, p. 250.)

Hypothermie dans certaines formes d'affections paludéennes, par M. Stickler. — L'auteur rapporte cinq cas d'accès paludéens pendant lesquels la température est descendue à 1 ou 2 degrés au-dessous de la normale. Il pense que c'est là un fait moins rare qu'on pourrait se l'imaginer. Il s'agit bien entendu de la température prise au moment de l'accès et non dans la période qui sépare les paroxysmes où cette hypothermie a été signalée par Wunderlich. (*The medical Record*, 26 janvier 1884, p. 85.)

Empoisonnement par la belladone à la suite de l'application d'un cataplasme, par M. Martin y Fleming. — Il s'agit d'un homme de quarante-quatre ans, très robuste, qui fut pris de délire, de vertige et d'incertitude dans la marche. La pupille était dilatée, la vision troublée au point qu'il ne reconnaissait pas même les membres de sa famille. Quand il voulait s'asseoir sur une chaise ou un sofa, il calculait si mal sa distance, qu'il tombait sur le parquet. Son délire était professionnel et sans la connaissance des habitudes du malade, on aurait pu croire à une attaque d'alcoolisme aigu. Soif très vive. Voix éteinte. Ses amis attribuaient tous ces symptômes à un refroidissement, qu'il aurait pris en travaillant. Il avait sur le tronc une légère éruption, qu'on pouvait attribuer à l'action de la flanelle constamment imbibée de sueurs, 30 inspirations par minute, 108 pulsations. En présence de ces symptômes, l'idée d'un empoisonnement par la belladone vint à l'esprit, mais le malade n'ayant pris à l'intérieur aucun médicament, il était difficile d'expliquer la source de cet empoisonnement, lorsqu'on apprit que souffrant d'un côté, le malade s'était appliqué, sur le conseil des voisins, un emplâtre de belladone. Cet emplâtre fut de suite enlevé et on trouva au-dessous de légères excoriations de la peau. Petites doses d'opium données toutes les deux heures. Six heures après, les symptômes avaient considérablement diminué, le malade tranquille reconnaissait ses amis, il n'avait plus qu'un peu de vertige, de faiblesse de la voix et de sécheresse du gosier; tous symptômes qui disparurent rapidement, à l'exception de la dilatation de la pupille. Ce cas est intéressant par la susceptibilité du malade à la belladone et aussi parce que ce délire violent fut pris d'abord pour de la folie. (*The medical Record*, p. 68, 19 janvier 1884.)

Rétrécissement latéral de l'urèthre; son diagnostic et son traitement, par M. J. A. Wyeth.— Dans ce travail, l'auteur se propose de démontrer que le rétrécissement latéral du canal de l'urèthre existe, qu'il peut être reconnu dans son existence et son siège, et qu'il peut être incisé au niveau de la cicatrice même d'une façon précise. Il commence d'abord par déclarer que cette espèce particulière de rétrécissement est rare, mais que c'est à tort que les praticiens les plus compétents ne signalent que les *strictures* des parois inférieure et supérieure de l'urèthre. Pour constater l'existence du rétrécissement latéral, Wyeth a fait construire une sorte de bougie qui porte à son extrémité uréthrale une demi-olive faisant relief d'un seul côté, tandis que sa base est sur le même niveau que la tige. On introduit cet instrument, qui passe aisément au niveau de la coarctation à condition que l'olive soit tournée du côté opposé à la cicatrice; le tournant alors vers celle-ci, on est arrêté par la saillie du rétrécissement très nettement ainsi reconnu. On l'incise ensuite soit avec l'uréthrotome d'Otis, soit avec celui de Bank. L'auteur a pratiqué plusieurs fois cette incision latérale et a obtenu les résultats les plus satisfaisants. (*New-York med. Journ.*, 19 janvier 1884, p. 62.)

Acide picrique comme réactif de la quinine contenue dans les urines, par M. W. S. Paget. — L'acide picrique a été déjà donné comme un réactif très sensible de l'albumine dans les urines, par le docteur George Johnson. Il a été aussi conseillé dans la recherche de la quinine, par le docteur Nicholson, dans le journal *The Lancet* de novembre 1883, mais il semblait qu'il fallait que le malade eût pris de fortes doses de ce médicament. Quelques semaines après cette publication, S. Paget, examinant les urines d'une jeune phthisique par la chaleur et l'acide nitrique pour la recherche de l'albumine et ayant obtenu un résultat négatif, fut surpris de constater avec l'acide picrique la production d'un nuage opalescent disparaissant par la chaleur. Il se rappela alors que sa malade avait pris un grain (6 centigrammes) de quinine les jours précédents, mais il ne pensa pas qu'une si faible dose pût amener un trouble des urines. Après une série d'expériences, l'auteur affirme que les plus petites doses de quinine prises à l'intérieur sont révélées dans l'urine par l'acide picrique. Les autres alcaloïdes employés journellement : la morphine, l'atropine, la strychnine, n'ont pas avec cet acide une réaction aussi rapide et les petites doses y échappent. (*The British medical Journal*, 2 février 1884, p. 219.)

Alun dans la coqueluche, par M. H. Cullimore. — Ce médecin s'est bien trouvé de l'administration de l'alun mélangé à la belladone et à la cinchonine dans la coqueluche. Il le donne aussitôt après la période de catarrhe ou même plutôt, dès que le diagnostic coqueluche est évident. Le mode d'action de cette substance ne saurait être attribué à l'action vomitive, puisqu'elle est donnée à dose insuffisante pour provoquer cet acte. Cullimore l'attribue à ses effets astringents et toniques sur le sang et la muqueuse des voies digestives et aériennes. La coqueluche provoque souvent du catarrhe subaigu des bronches, l'alun agit d'une façon éminemment favorable contre cette complication. Peut-être aussi cette substance a-t-elle une influence destructive sur les *germes* de la maladie. (*The British medical Journal*, 2 février 1884, p. 219.)

Empyème ouvert dans le poumon; ouverture et drainage antiseptique de la plèvre, guérison rapide, par M. Burney Yeo. — Homme de quarante et un ans, malade depuis huit mois. Incision au niveau du huitième espace intercostal et drainage de la plèvre sous le spray; pansement rigoureux de Lister. Le dixième jour après l'opération le malade se levait. C'est là, dit l'auteur, un exemple du beau résultat qu'on peut obtenir par la méthode antiseptique malgré la perforation du poumon. (*The Lancet*, 23 février 1885, p. 332.)

Travaux à consulter.

De la fièvre herpétique, par M. Plessing. — On confond, d'après l'auteur, sous le nom de *febricula*, des maladies de nature très diverse. Il existerait, suivant lui, une fébricule infectieuse, non *typhoïde* (!!!). En deux mois, il observa dans la même baraque de l'hôpital de Moabit la même affection chez cinq hommes, et cette localisation de l'affection éveilla l'idée qu'il s'agissait d'une maladie contagieuse. Pas de tuméfaction de la rate.— Doctrine bien hypothétique. (*Deutsches Arch. für klin. Medizin*, t. XXXIV.)

De la phthisie dans les prisons, par M. Baer. — La fréquence de la tuberculose dépasse 3,5 fois celle de la population du même âge. Les causes en sont faciles à deviner. Comme prophylaxie, l'auteur recommande : l'isolement des phthisiques; la désinfection des crachats, des vêtements, du linge de corps; une alimentation rationnelle; l'exercice plus fréquent en plein air. Il faut éviter par-dessus tout l'encombrement, ainsi que les travaux qui produisent des poussières. (*Zeitschrift für klin. Med.*, VI.)

Nouvelle méthode pour l'occlusion temporaire des uretères, par M. O. Silbermann. — L'auteur introduit dans la vessie un ballon qu'il dilate ensuite au moyen de mercure jusqu'à remplir une grande partie de l'organe. La pression du mercure détermine l'occlusion des uretères et permet des conclusions au point de vue du diagnostic. Cet appareil, plus curieux qu'utile, a été appliqué quinze fois sur l'homme. (*Berl. klin. Woch.*, 1883, n° 34.)

De la structure des sarcomes, par M. Babes. — Le sarcome est essentiellement « une formation vasculaire atypique, avec tendance à former des vaisseaux ou des portions vasculaires, tendance qui est déjouée par l'individualisation cellulaire et la prolifération des nouveaux éléments ». (*Cent. für med. Wiss.*, 1883, n° 49.)

Traitement de la diphthérie par la papayotine, par M. Schæffer. — L'auteur est très partisan de la papayotine; il a souvent affaire à la diphthérie, dit-il, et les seuls traitements dont il ait eu à se louer sont ceux par la quinoline et la papayotine. On pratique des badigeonnages avec la solution à 5 pour 100, en ayant grand soin de ne blesser aucune portion du pharynx. Le pinceau doit être nettoyé avec le plus grand soin, la solution *toujours fraîche*, conservée avec précaution. On répète toutes les dix à quinze minutes les badigeonnages, et déjà en deux à cinq heures les fausses membranes ont disparu. Ce traitement est fort coûteux, à cause du prix de la papayotine. Ewald propose de remédier à ce dernier défaut en employant la *pancréatine*. (*Berl. klin. Woch.*, 1883, n° 52.)

Essais de culture du vaccin, par M. Quist. — Expériences de culture dans des liquides variés : albumine, sérum, phosphate de soude, etc. Il semble que le vaccin se reproduise bien lorsque l'on se met à l'abri de toutes les causes d'impureté. Toutefois les expériences sont trop peu nombreuses. (*Berl. klin. Woch.*, 1883, n° 52.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique et pratique des maladies des enfants, par Rilliet et Barthez. 3e édition, entièrement refondue et considérablement augmentée par MM. Barthez et Sanné, t. Ier. — Félix Alcan, 1884.

A l'époque où parut la première édition du *Traité* de Rilliet et Barthez, ce livre prit immédiatement la première place parmi les ouvrages publiés sur les maladies infantiles, faveur qu'il devait, sans aucun doute, à son caractère éminemment clinique, à la quantité considérable de documents personnels qu'il représentait. On peut dire que cet ouvrage était alors l'expression la plus complète de la clinique infantile. Mais cette partie de la science a été, depuis quelques années surtout, l'objet de recherches nombreuses. Les mémoires se multiplièrent de tous côtés. De nouveaux traités furent publiés en France, en Angleterre et en Allemagne. L'ouvrage de Rilliet et Barthez, tout en restant supérieur d'une façon générale, présenta bientôt de nombreuses lacunes. Il eût été difficile de s'en passer, mais il fallait le compléter sur bien des points. La forme et le plan en étaient surtout défectueux. La division fondée sur la nature des maladies n'était plus admissible et prêtait à des distinctions arbitraires, à des répétitions incessantes. L'ouvrage avait bien encore une certaine allure magistrale qui le distinguait particulièrement, mais il ne suffisait plus à la pratique; la thérapeutique, si sommairement présentée, était beaucoup trop restreinte. En un mot, le livre avait vieilli.

M. Rilliet est mort depuis plus de vingt ans. On comprend combien son collaborateur devait avoir à cœur de replacer l'œuvre commune au rang qu'elle avait longtemps occupé. Un pareil travail, qui devenait chaque jour plus difficile et plus long, était inconciliable avec les exigences d'une clientèle écrasante. M. Barthez eut la sagesse de restreindre considérablement ses occupations et la bonne fortune de trouver dans sa famille un collaborateur des plus distingués. C'est à cette association féconde que nous devons la première partie d'un *Traité* qui, sans faire oublier son aîné, est destiné à le remplacer dans la pratique.

Tout d'abord, l'ancien plan a été modifié. Les maladies, au lieu d'être étudiées suivant leur nature, sont classées par appareils, et nous rentrons ainsi dans l'ordonnance habituelle des traités actuels de pathologie. Ce premier volume contient les considérations générales relatives à la physiologie de l'enfant, à son développement; sorte de préliminaire où l'on devra toujours puiser les notions indispensables à la pratique des maladies infantiles, ainsi que les principes qui doivent guider le médecin auprès de l'enfant malade. Certains points secondaires, chez l'adulte, prennent ici une importance considérable. L'expression de la physionomie, l'attitude de l'enfant, la nature du cri, le décubitus, etc., offrent à un médecin éclairé une foule de renseignements qui maintes fois l'amèneront, sinon à poser d'emblée, au moins à pressentir le diagnostic et à s'engager dans la bonne voie. Si l'on pénètre plus avant dans ces notions générales, on constate bientôt l'influence exercée par le jeune âge sur la production des maladies, leur marche et leur durée, sur leurs complications, leur mode de terminaison, la nature quelquefois toute spéciale des lésions anatomiques. On ne doit pas se lasser de développer ces généralités, qui, chez l'enfant, fournissent les documents les plus précieux.

Les maladies du système nerveux et celles de l'appareil respiratoire remplissent ce premier volume. On voit ici commencer les difficultés de la classification adoptée. C'est ainsi que, dans les maladies du système nerveux, on ne trouve ni les névralgies, ni certaines grandes névroses, comme l'épilepsie. On comprend qu'on ait rejeté au chapitre des maladies diathésiques la méningite tuberculeuse, et, cependant, combien ne serait-il pas utile de placer sa description à côté de celle de la méningite simple, avec laquelle elle a tant d'affinités, ne fût-ce que pour mieux faire saisir les principaux caractères qui distinguent ces deux maladies.

Mais, si l'on se reporte à l'ancien ouvrage de Rilliet et Barthez, aux chapitres qui concernent les maladies du cerveau, de la moelle et de leurs méninges, on voit bientôt combien de progrès ont été réalisés. C'est qu'en effet ce département des maladies infantiles est peut-être celui que les observateurs ont parcouru de préférence. Que de recherches ont été publiées sur les hémorrhagies méningées, les congestions et hémorrhagies cérébrales, les scléroses! Mais c'est surtout vers les maladies de la moelle que ces recherches se sont portées et qu'elles ont donné le plus de résultats. Les paralysies spinales, atrophiques, pseudo-hypertrophiques, les scléroses plus ou moins limitées ont donné lieu à une foule de travaux que nos auteurs ont dû analyser avec soin, et sur lesquels ils nous donnent toutes les indications nécessaires.

La seconde moitié du volume est consacrée aux maladies de l'appareil respiratoire.

D'après les divisions adoptées par les auteurs, et en vertu du même principe qui leur a fait exclure la méningite tuberculeuse du cadre des maladies du système nerveux, nous ne voyons figurer ici ni la tuberculose, ni le croup, ni la coqueluche. Il faut convenir cependant qu'il y a bien quelque difficulté à aborder la description de la laryngite spasmodique, du spasme de la glotte sans avoir aucune notion sur la diphthérie laryngée et la coqueluche. Ces études sur les variétés de la laryngite ne sont pas précisément remarquables par la netteté du diagnostic. Je ne sais comment on arrivera, dans beaucoup de cas, à distinguer l'œdème du larynx, par exemple, de la laryngite sous-muqueuse, et je n'affirmerai pas qu'on n'a pas été trop loin en décrivant comme espèces distinctes de simples variétés ou des allures particulières de maladies analogues au fond, et simplement modifiées par quelques circonstances accessoires. Nous signalerons un chapitre très intéressant sur le spasme de la glotte, que les auteurs considéreraient volontiers comme une sorte de convulsion interne. Ce serait l'asthme de Kopp, l'asthme thymique, le phréno-glottisme, la *laryngismus stridulus*. Il y aurait encore là une confusion à éviter. Si le spasme de la glotte présente, en effet, d'une manière constante la physionomie qu'en ont tracée les auteurs dans l'intéressante observation prise sur un des enfants de leur famille, il est bien évident que cette maladie ne présente avec la laryngite spasmodique ou faux croup qu'une analogie éloignée. Rilliet et Barthez en ont même fixé avec soin le diagnostic. Rien de plus clair et de plus saisissant; mais alors pourquoi rapprocher deux maladies aussi distinctes par des dénominations presque identiques : *spasme* de la glotte et *laryngite* spasmodique,

surtout si l'on tient compte du rôle à peu près nul que joue l'inflammation du larynx dans cette dernière maladie? — Nos auteurs publient trois cas mortels de ce spasme glottique; malheureusement ils n'ont pu fournir aucun détail nécroscopique, et l'on n'est pas encore fixé sur la véritable nature de la maladie.

Parmi les maladies des bronches et du poumon, l'histoire de la broncho-pneumonie, si fréquente d'ailleurs chez les enfants, tient une place considérable. La description qu'en ont donnée Rilliet et Barthez dans leur édition de 1838 est certainement la plus complète et la plus claire qu'on ait publiée à cette époque. Depuis, bien des recherches anatomiques ont été faites à ce sujet, et on peut dire que les moindres lésions ont été minutieusement étudiées. Quoi qu'il en soit, il ne nous paraît pas que l'accord soit encore fait sur beaucoup de points. Les recherches de Damaschino et Roger, de Charcot, de Balzer n'ont pas encore montré la part relative, la dépendance réciproque des altérations bronchiques et pulmonaires. La broncho-pneumonie aiguë est encore confondue avec la bronchite capillaire et même avec le catarrhe suffocant. Il y a là des confusions incessantes qui laissent dans l'esprit un certain embarras. Il y aurait tout avantage, croyons-nous, à réduire le nombre exagéré de toutes ces prétendues formes, qui ne répondent pas toujours à des lésions distinctes et que la clinique ne justifie pas.

Bien autrement nette est l'histoire de la pneumonie lobaire, qui se rapproche si souvent de celle de l'adulte. Signalons cependant une forme particulière à l'enfant : la forme cérébrale avec ses deux variétés : éclamptique et méningée. La première, plus fréquente; la seconde, particulièrement insidieuse, dans laquelle l'assoupissement, le délire, la céphalalgie, les vomissements, la contraction de la pupille, le *strabisme*, réunis à l'effacement des principaux symptômes pneumoniques, imposent en quelque sorte le diagnostic : *méningite*. Nous avons pu tirer, dans un cas de ce genre, un grand secours de l'observation thermométrique et de la marche du pouls, et nous croyons que, dans ces cas difficiles, le médecin devra chercher de ce côté les plus précieux renseignements.

MM. Barthez et Sanné divisent les pleurésies infantiles en deux classes : les pleurésies séro-fibrineuses; ce sont celles que l'on désigne ordinairement sous le nom de pleurésies simples; et les pleurésies purulentes. Nous retrouverons probablement la description de la pleurésie tuberculeuse au chapitre des maladies spécifiques. La pleurésie simple est rare chez l'enfant au-dessous de six ans. Mais elle n'y est pas aussi exceptionnelle que le pensait Barrier. Certains signes n'ont pas chez l'enfant la même valeur que chez l'adulte. C'est ainsi que les modifications des vibrations sont souvent perçues avec difficulté. La percussion doit également y être pratiquée avec ménagement et certaines précautions habituellement secondaires chez l'adulte. Le procédé qui consiste à placer l'index et le médius à cheval sur la colonne vertébrale et à percuter ainsi comparativement les points similaires, rend des services que nous avons souvent appréciés dans certains épanchements en nappe qui ne donnent qu'une matité relative.

La pleurésie simple est une maladie très habituellement bénigne chez l'enfant. La gravité des pleurésies secondaires tient surtout aux qualités du liquide épanché. C'est en effet dans ces cas que se manifeste la pleurésie purulente. Celle-ci pourra se présenter chez les nouveau-nés, où elle est sous l'influence de l'infection puerpérale. Les maladies infectieuses, en tête desquelles il faut placer la scarlatine et beaucoup plus rarement la variole, en sont la cause la plus ordinaire. Nous croyons peu aux pleurésies simples transformées en pleurésies purulentes à la suite des thoracocentèses, qu'on a accusées bien injustement de ce méfait; mais nous croyons qu'il est indispensable chez les enfants, en particulier, d'employer pour cette opération des aiguilles et des tubes absolument neufs et, au cas où on ne pourrait s'en procurer, de placer trocarts et tubes pendant vingt-quatre heures dans des solutions phéniquées au vingt-cinquième.

Il faut renoncer à chercher pour la pleurésie purulente d'autres symptômes locaux que ceux de la pleurésie ordinaire. Les seules probabilités un peu fondées se tirent des circonstances où s'est manifestée la pleurésie, de l'état général de l'enfant, de la marche de la fièvre; et, encore, les plus fins observateurs ont-ils été maintes fois mis dans l'erreur. La ponction exploratrice fournira en tous cas le seul renseignement absolument certain. Tous les auteurs ont été témoin de faits dans lesquels une seule ponction suivie d'une abondante évacuation de pus a été suivie d'une guérison définitive. Nous en avons un cas sous les yeux en ce moment, mais ces faits sont exceptionnels. Il faut donc revenir à la ponction et y revenir à courts intervalles, de façon à ne pas laisser au poumon le temps de s'affaisser entre deux opérations, et de subir des modifications de structure difficilement réparables. Quand l'épanchement se produit deux ou trois fois, on doit recourir d'abord aux injections de teinture d'iode iodurée au dixième, en petite quantité. Si le pus ne se tarit pas, nous préférons de beaucoup aux drainages, siphons, etc., l'opération de l'empyème faite largement et les lavages phéniqués souvent répétés avec pansement de Lister consécutif. Chez un jeune garçon de quatorze ans, que les ponctions, les lavages et l'empyème n'avaient pas guéri, mais dont l'état général s'était relevé à plusieurs reprises, nous eûmes recours pour en finir avec une fistule pleurale intarissable, à l'opération d'Estlander (1); cinq côtes furent réséquées et il y a deux mois le jeune garçon était dans l'état le plus satisfaisant. Nous ignorons si la guérison est aujourd'hui complète.

MM. Barthez et Sanné consacrent leurs derniers chapitres au pneumothorax, à l'hydrothorax et aux hydatides pulmonaires. A propos du pneumothorax, nos auteurs considèrent encore comme douteuse la question du pneumothorax essentiel, c'est-à-dire la production de gaz dans la plèvre, en dehors de toute perforation; le plus habituellement par suite de la décomposition de liquides épanchés. Nous croyons que les faits de ce genre sont maintenant hors de doute, et nous en fournirons prochainement, pour notre part, une observation qui nous paraît probante.

Cette rapide analyse du livre de MM. Barthez et Sanné suffira à montrer ce qu'on doit attendre de la suite de l'ouvrage. Nous y retrouvons le même esprit clinique, la même recherche de faits exacts directement recueillis et qui avaient fait la fortune des précédentes éditions. Ce sont là des qualités qui ne vieillissent pas et qui nous promettent une œuvre vraiment classique, c'est-à-dire claire et complète, en un mot, un livre d'enseignement.

Blachez.

Traité de l'affection calculeuse du foie, par M. le docteur Jules Cyr, médecin-inspecteur adjoint, à Vichy. — In-18 de 345 pages. Paris, 1884. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

L'expérience acquise par le docteur Jules Cyr, dans sa pratique à Vichy, où il est chargé d'un service à l'Hôpital thermal, le mettait plus à même que beaucoup d'autres d'écrire une monographie intéressante sur la lithiase biliaire et son traitement; il a, en effet, étudié la question d'une façon toute spéciale, et a pu réunir 737 observations per-

(1) Nos lecteurs savent que la priorité de cette opération a été réclamée à la Société de chirurgie par M. Letiévant. De plus, M. Maurice Pollosson rappelle dans le *Lyon médical* que, en 1875, M. le docteur Chabalier a publié une thèse, de laquelle il résulte que M. le professeur Gayet (de Lyon) avait à cette époque conçu l'idée de l'opération qui porte aujourd'hui le nom d'Estlander et se proposait de la mettre en pratique à la première occasion.

sonnelles de coliques hépatiques. Il n'a pas cru néanmoins devoir intercaler dans les différentes parties de son œuvre un certain nombre des observations cliniques qu'il possède, mais on sent en lisant ce travail substantiel qu'il est écrit par un médecin, non seulement érudit, mais qui a vu et longuement observé. Peut-être, cependant, est-il à regretter que l'auteur n'ait pas fait un choix parmi les cas les plus remarquables consignés dans ses notes, pour en donner la relation clinique complète, au lieu de les utiliser seulement dans la composition d'un traité didactique.

Convaincu, à juste titre, que la lithiase biliaire est souvent méconnue, au moins à ses débuts et dans ses formes frustes, il s'est attaché tout particulièrement à déterminer les conditions étiologiques multiples au milieu desquelles se produisent les modifications spéciales de la sécrétion biliaire, origine des calculs hépatiques, et à réduire à leur juste valeur l'influence des causes banales si fréquemment invoquées sans preuves suffisantes. Un des points les plus intéressants, abordés dans cette étude, est la relation des coliques hépatiques et de la lithiase biliaire avec la grossesse, l'accouchement et la lactation; c'est surtout, d'après l'auteur, la grossesse et la parturition qui jouent un rôle pathogénique incontestable : la première, en déterminant du côté du foie un certain degré de dégénérescence graisseuse qui peut entraîner des altérations de la bile, et en ralentissant le cours de ce liquide dans les voies biliaires plus ou moins directement comprimées; la seconde, en faisant cesser brusquement ces perturbations de la fonction biliaire, et en facilitant, par suite de la circulation plus active du sang et de la bile, l'engagement et l'expulsion des cholélithes préformés. Quant à la suppression de la lactation, son influence pathogénique serait au moins discutable.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'étude symptomatique très complète à laquelle il a accordé la place importante qu'elle mérite, nous contentant de reproduire la classification logique qu'il a adoptée. Il décrit une période chronique, pouvant passer absolument inaperçue, ou se révéler par des phénomènes prodromiques conduisant progressivement à la période d'état, dont les signes les plus caractérisés sont la douleur et l'ictère : ce dernier symptôme est d'ailleurs assez rare, en dehors des cas d'obstruction calculeuse, mais il affecte bien plus souvent une forme atténuée, qui se révèle par le *teint hépatique*, bistré, si fréquent chez les calculeux. La crise de colique hépatique, avec ses variétés individuelles multiples et ses phénomènes si tranchés, représente la période aiguë.

Cette dénomination de période aiguë ne peut prêter à l'erreur, car il est de notion vulgaire que la colique hépatique, dépourvue de complications inflammatoires, est absolument apyrétique. Deux points, cependant, sont d'un intérêt tout particulier dans l'étude de la température pendant l'attaque de colique hépatique : la température locale de l'hypochondre droit, et les accès fébriles à forme intermittente. C'est au professeur Peter que l'on doit de connaître l'élévation notable de la température locale, au point le plus douloureux, pendant la crise; et cette notion clinique a d'autant plus d'importance, qu'elle peut aider au diagnostic différentiel de la gastralgie et de la névralgie intercostale, qui ne présentent pas cette élévation thermique locale, atteignant et même dépassant parfois, chez les calculeux, le chiffre de la température axillaire. Quant à la fièvre intermittente hépatique, étudiée surtout par Charcot, elle constitue plutôt une complication qu'un symptôme, mais affecte une relation directe évidente avec l'accès douloureux, bien que jusqu'ici sa pathogénie présente encore plus d'une incertitude.

Bien d'autres questions d'une importance indiscutable sont également traitées au cours de cette monographie, par exemple, les troubles cardiaques, la mort subite par épuisement nerveux et syncope, les migrations diverses des calculs, les fistules consécutives, etc., mais il nous suffit de les signaler dans une analyse de ce genre.

Le traitement de la cholélithiase, et celui de la crise elle-même, tiennent à bon droit une large place dans l'ouvrage du docteur Cyr, et, s'il fait justice de l'efficacité, au moins hypothétique, des médicaments dits *lithontriptiques*, dont le pouvoir dissolvant n'est réel que dans un verre à expérience, il trace du moins la ligne à suivre pour mettre en œuvre les ressources multiples que fournissent au médecin l'hygiène, la pharmacopée et la cure thermale. Le mode d'action et les résultats de cette dernière sont étudiés avec une compétence toute spéciale, qui rend précieux pour le praticien les enseignements formulés à ce sujet.

Le *Traité de l'affection calculeuse du foie* est, en résumé, un livre intéressant à bien des points de vue, très fourni de faits, conçu dans un esprit critique sérieux, et écrit dans un style correct et facile, qui donne un cachet particulier aux diverses publications de l'auteur.

D[r] André PETIT.

Index bibliographique.

DU TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE AIGUE, par le docteur Louis DEBRAND. — Thèse de Paris, 1882. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — La plupart des médecins, dit l'auteur, emploient les émissions sanguines locales et générales, ainsi que l'administration du mercure, *intus* et *extra*, sous forme de prises de calomel et d'onctions avec l'onguent napolitain au niveau de l'abdomen. A ce traitement, qu'il trouve la plupart du temps impuissant, le docteur Debrand veut substituer l'emploi de la glace et de l'opium à haute dose : ce n'est pas là une innovation, et les mêmes médecins qui prescrivent l'onguent mercuriel font appliquer la glace et donnent de l'extrait thébaïque. L'auteur, du reste, cite des noms qui font autorité à l'appui du traitement qu'il préconise; ce traitement est, en effet, excellent : repos absolu, repos de l'intestin obtenu au moyen de l'opium, sédation de la douleur et diminution de la phlogose par l'action de l'opium et de la glace. L'opium devra être administré progressivement à la dose de 20, 30 et jusqu'à 60 centigrammes dans les vingt-quatre heures. Quant à l'intervention chirurgicale, elle devra être réservée aux seuls cas de péritonite enkystée.

DES MODIFICATIONS MODERNES DE LA LITHOTRITIE, par le docteur KIRMISSON, chirurgien des hôpitaux. Thèse pour le concours de l'agrégation. — Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — C'est à la méthode proposée, en 1878, par le professeur Bigelow, de l'Université d'Harward, qu'il convient de faire remonter les *modifications modernes* de la lithotritie. On sait, en effet, que malgré quelques tentatives faites dans le sens même adopté plus tard par le chirurgien américain, la lithotritie était pratiquée d'ordinaire en séances courtes, non suivies de l'évacuation totale des débris du calcul, et par conséquent répétées à des intervalles plus ou moins éloignés. Persuadé, avec raison, que le principal danger résulte du traumatisme de la muqueuse vésicale produit par les fragments de la pierre laissés dans la vessie, Bigelow a préconisé la lithotritie pratiquée en une séance prolongée, et dans laquelle la totalité des fragments du calcul sont évacués au dehors. Il proposa même un nom nouveau pour cette opération : *litholapaxie* (de λίθος, pierre, et λάπαξις, évacuation). C'est cette méthode, aujourd'hui adoptée par la plupart des chirurgiens, qui fournit à coup sûr les meilleurs résultats; elle a diminué dans de notables proportions les contre-indications à l'opération tirées de l'âge et du sexe du malade, des complications existant en même temps que le calcul, ou des caractères physiques de ce dernier; la seule contre-indication absolue est une affection rénale aiguë. Entre les mains d'un chirurgien habile et prudent, la méthode de Bigelow, pratiquée avec les instruments perfectionnés dont nous disposons aujourd'hui, présente une grande innocuité et fournit des résultats remarquables.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LE CANCER DU TUBE DIGESTIF, SAUF LE RECTUM, par M. le docteur DUPAU, chirurgien des hôpitaux de Toulouse. Thèse pour le concours de

l'agrégation. — Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — L'intervention chirurgicale, chez les sujets atteints de cancer profond, a pu être étendue, par suite de la méthode antiseptique, à des cas plus nombreux, et même a pu être proposée dans le but d'obtenir la cure radicale de l'affection. Cependant, mis en regard, les résultats du traitement curatif et du traitement palliatif du cancer du tube digestif n'autorisent pas à tenter de nouveau les opérations radicales ; jusqu'ici elles n'ont eu d'autre effet que de hâter la mort du malade. Quant au traitement palliatif, il comprend trois procédés : l'entérotomie, la colotomie et la laparotomie. L'occlusion intestinale cancéreuse à forme aiguë permanente est seule justiciable de la laparotomie. Au contraire, si l'on a affaire à la forme oblitérante chronique, on devra recourir, le plus tôt possible, à la colotomie toutes les fois que le siége de la lésion en permettra l'application. Lorsqu'il n'en pourra être ainsi, l'entérotomie reste la seule ressource permettant de prolonger les jours du malade. L'auteur décrit avec soin le manuel opératoire de ces différents procédés d'intervention chirurgicale, et résume, dans un certain nombre de tableaux, les résultats fournis par chacun d'eux, suivant les cas auxquels on les a appliqués.

De l'influence de l'eau potable sur la santé publique, ou recherches sur l'hygiène, par M. le docteur H. Michel. — Paris, 1884, A. Delahaye et E. Lecrosnier. — Après avoir étudié la question de la nature parasitaire des maladies infectieuses, et en particulier de la fièvre typhoïde, pour laquelle l'auteur admet peut-être un peu facilement comme démontrée l'existence d'un microbe spécifique, le docteur Michel établit avec juste raison l'influence considérable que possède dans l'étiologie et la dissémination des affections contagieuses la souillure des eaux livrées à l'alimentation. Il insiste sur la fréquence des infiltrations provenant des fosses d'aisances et venant contaminer l'eau des puits, ou même celle de certaines sources situées en contre-bas d'un foyer de population : si des déjections typhoïdiques, par exemple, sont déversées dans ces latrines, le germe infectieux qui trouve en cet endroit un milieu de culture favorable, viendra se mélanger à l'eau, réputée potable, et lui communiquer des propriétés nocives incontestables. Il rapporte, à ce sujet, d'intéressants documents sur l'origine de l'endémo-épidémie typhoïdique de Chaumont, qui trouva sa cause dans la souillure des eaux livrées à la consommation des habitants. L'auteur formule en principe que les seules eaux bonnes pour l'alimentation sont les eaux de pluie bien conservées, ou celles des sources qui dominent les terrains susceptibles de les contaminer.

Contribution a l'étude de la syphilis cornéenne. Gomme de la cornée, par M. le docteur Amédée Denarié, ancien interne des hôpitaux de Lyon. — Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — Consciencieux travail ayant pour base l'observation clinique et l'examen anatomique des lésions cornéennes, chez un individu syphilitique ayant succombé à des gommes cérébrales. Les manifestations de la syphilis acquise sur le tissu cornéen ne sont pas admises sans contestations par tous les observateurs et, jusqu'ici, le contrôle de la vérification nécroscopique faisait défaut pour appuyer les opinions émises sur la nature des kératites observées chez les syphilitiques; la description des lésions donnée par M. Denarié, accompagnée d'une planche en chromolithographie, paraît justifier le nom de *gomme* cornéenne inscrit en tête de son travail. Il trace d'ailleurs avec soin la description symptomatique de cette forme de kératite, et discute son diagnostic différentiel et le pronostic qu'elle comporte. Il établit en terminant les conclusions suivantes : 1° la syphilis, à la période tertiaire, peut se manifester sur la cornée sous forme de gommes; 2° la gomme de la cornée se caractérise par un dépôt plastique, blanc grisâtre, simulant un abcès, et siégeant dans les parties profondes du parenchyme cornéen; elle s'accompagne d'accidents inflammatoires subaigus; 3° cette affection est justiciable du traitement spécifique et peut aboutir à une guérison complète.

De l'hérédité morbide et de ses manifestations vésaniques dans la paralysie générale, par M. le docteur J. Sauton, ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine. — Thèse de Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — Tout d'abord, l'auteur établit l'influence de l'hérédité sur les diverses modifications somatiques ou psychiques, et démontre que la folie ne reconnaît pas de cause plus puissante que l'hérédité morbide. Partant alors de ce premier point, bien établi, il recherche si quelque relation d'ordre analogue ne pourrait permettre d'expliquer les manifestations de la paralysie générale. En effet, cette affection est une entité morbide qui doit être rayée du cadre des vésanies, et rangée dans la classe des affections purement cérébrales. Elle se caractérise au point de vue clinique par les troubles de la motilité et l'affaiblissement en masse et progressif de toutes les facultés ; mais les conceptions délirantes ne lui appartiennent pas en propre, elles ne se montrent que chez les sujets prédisposés à la vésanie par des antécédents héréditaires ou personnels. Cette proposition importante s'appuie sur quatre-vingts observations réunies par l'auteur, et dont un grand nombre lui sont personnelles. Il distingue, du reste, le délire qui survient avant l'éclosion de la paralysie générale, ou au moment de son début, et qui offre les caractères de la vésanie pure, du délire qui se montre à la période d'état, ou même à la dernière période de l'affection cérébrale, et qui emprunte alors un cachet démentiel et incohérent à la maladie qui l'accompagne. Ce délire peut, d'ailleurs, disparaître momentanément et la paralysie générale offrir une rémission apparente; mais la lésion cérébrale poursuit sa marche sans cesse envahissante.

Contribution a l'étude clinique des tumeurs solides du scapulum, par M. le docteur de Langenhagen, ancien interne des hôpitaux. — Thèse de Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — Ce travail comprend deux parties principales : déterminer l'existence d'une tumeur solide du scapulum, et choisir l'opération qui convient le mieux suivant les différents cas. Pour être certain que l'on aura affaire à une tumeur du scapulum, il faudra reconnaître que celle-ci accompagne bien les mouvements de cet os, et qu'elle ne suit pas ceux des os voisins, humérus et clavicule. Il restera ensuite à déterminer, d'après les symptômes cliniques et la marche de l'affection, quelle est la variété de tumeur développée aux dépens de l'omoplate ou de son périoste. L'auteur discute ensuite les divers procédés opératoires au point de vue des résultats immédiats et de l'usage ultérieur du membre; il accorde la préférence aux résections partielles, et pense que l'extirpation ou l'amputation ne doivent être entreprises que dans des cas tout à fait favorables. L'amputation, moins grave que l'extirpation, dans laquelle on ouvre l'articulation de l'épaule, devra d'ailleurs, autant que possible, être préférée. Ces conclusions s'appuient sur des statistiques assez complètes, et sur cinq observations nouvelles, dont une a été recueillie par l'auteur lui-même.

Contribution a l'étude de l'électro-diagnostic. Exploration des nerfs moteurs et des muscles, a l'état physiologique et pathologique, par M. le docteur A. Estorc, ancien interne des hôpitaux de Lyon. — Paris, 1884. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — Très intéressante étude qui réunit en un seul faisceau toutes les notions actuelles relatives à l'électro-diagnostic, et permet d'embrasser facilement l'ensemble des connaissances acquises sur ce point important de la science. Après la description de l'appareil qui lui a servi pour toutes ses recherches, l'auteur entre au cœur du sujet, et traite, dans une première partie, de l'*électro-physiologie*. L'action du courant galvanique sur les nerfs et les muscles volontaires, celle du courant faradique sur les mêmes organes, enfin la mesure de l'intensité d'un courant électrique sont décrites successivement avec tous les détails qu'elles comportent. La seconde partie, consacrée à l'*électro-diagnostic*, est particulièrement intéressante par l'étude de la réaction de dégénérescence. Cette réaction, décrite tout d'abord par Erb, est caractérisée par la diminution et la disparition de l'excitabilité galvanique et faradique du nerf lésé ; par la disparition de l'excitabilité faradique du muscle, l'exagération de son excitabilité galvanique, et le renversement de l'intensité des secousses d'ouverture et de fermeture du courant par les pôles positifs ou négatifs. C'est la secousse de fermeture par le pôle positif qui est le plus intense et disparaît la dernière, contrairement aux lois physiologiques. Après avoir recherché les rapports de la réaction de dégénérescence avec l'état anatomique du nerf et du muscle, et avec les divers états pathologiques au cours desquels on l'observe, l'auteur arrive à cette conclusion, que la réaction de dégénérescence signifie, en séméiologie, qu'il existe une lésion dans la partie périphérique du système nerveux ou dans les cornes antérieures de la substance grise de la moelle épinière. Mais, pour localiser plus spécialement la lésion, comme pour en connaître la cause, il faut absolument avoir recours à d'autres symptômes.

VARIÉTÉS

Inhumations précipitées. — Nombre de journaux ont publié en termes à peu près semblables la note suivante :

On vient d'inhumer à Réauville (Drôme) une femme qui avait été frappée d'apoplexie foudroyante. Au moment où le fossoyeur jetait les premières pelletées de terre, on entendit un bruit sourd suivi d'un gémissement venant du cercueil. Au lieu d'ouvrir tout de suite la bière, on la transporta à l'église, où l'on s'empressa d'enlever le couvercle. On constata alors que cette malheureuse n'était point morte, mais, malgré tous les soins qui lui furent donnés, elle ne tarda pas à succomber.

Voici la lettre que veut bien nous écrire à ce sujet M. le docteur Perreymond, de Grignan (Drôme) :

« J'ai vu dans sa bière seulement la femme Vabre, la mort ayant été très rapide, et le certificat médical de décès n'étant jamais exigé dans nos pays (ce qui est, il faut bien l'avouer, très regrettable).

» Je dois cependant vous dire qu'à diverses reprises des congestions et peut-être même des hémorrhagies cérébrales s'étaient produites chez cette femme; elle était parésique, pour ne pas dire paralytique, et depuis longtemps alitée quand est survenue « *l'attaque foudroyante* », pour me servir de l'expression des journaux qui en ont parlé.

» Appelé à l'examiner dans l'église, six heures après son exhumation, j'ai constaté que la mort était *réelle* et remontait à plus de vingt-quatre heures. Les cornées étaient altérées, la rigidité cadavérique était complète dans tous les muscles, et des signes non douteux d'un commencement de putréfaction se manifestaient.

» Quelle a été la cause du bruit que le fossoyeur a entendu ou *cru* entendre? Je ne le recherche pas; mais je ne puis m'empêcher de regretter que cette affaire sans importance ait pris de pareilles proportions.

» Un de nos confrères a aussi examiné la femme Vabre dans sa bière, et a conclu comme moi à la *mort réelle* depuis plus de vingt-quatre heures. »

Nécrologie : François Larcher. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Larcher, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine de Paris, qui a succombé le 22 mars, à l'âge de quatre-vingt-deux ans. M. Larcher, qui pratiquait à Passy depuis près d'un-demi siècle, était entouré d'une considération universelle, dont on a pu voir le témoignage à ses obsèques, où se pressaient de nombreux habitants de cette localité. Le corps médical n'y était pas moins largement représenté. On doit à M. Larcher divers travaux très estimés, parmi lesquels nous citerons surtout celui qui concerne l'état du cœur dans la grossesse. M. Laboulbène a été sur cette tombe l'interprète des regrets de tous.

— On nous annonce également la mort de M. le médecin principal de 1re classe Hamel, directeur du service de santé du 2e corps d'armée, et de M. le docteur Barrière (d'Eysines).

Service de santé militaire. — Ont été promus dans le cadre du corps de santé militaire, et ont reçu les affectations ci-après, les médecins militaires dont les noms suivent :

1° *Au grade de médecin principal de 1re classe :* (Choix.) M. Massaloup (Auguste-Eleuthère).

2° *Au grade de médecin principal de 2e classe :* (Choix.) M. Sehaumont (Constant).

3° *Au grade de médecin-major de 1re classe :* (Ancienneté.) M. Landois (François-Gustave). — (Choix.) M. Doubre (Louis-Paul). — (Tour de la non-activité.) M. Tardy (Jean-Louis-Isaac). — (Ancienneté.) M. Lesur (Félix).

4° *Au grade de médecin-major de 2e classe :* (Choix.) M. Masson (Henri-Julien). — 1er tour (ancienneté). M. Renaut (François-Henri). — 2e tour (ancienneté). M. Gardin (Jules-Charles). — (Choix.) M. Dreyfus (Lionel-Gaston). — 1er tour (ancienneté). M. Laurent (Marie-Joseph-Aubin). — 2e tour (ancienneté). M. Mathelin (Paul-Gaston). — (Choix.) M. Poigné (Pierre-Louis). — 1er tour (ancienneté). M. Salètes (Michel-Félix-Antoine).

Assistance publique. — MM. les étudiants ayant plus de dix inscriptions qui désireraient remplir les fonctions d'externes dans les hôpitaux de Paris sont priés de se faire inscrire immédiatement au secrétariat de l'administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

Récompenses honorifiques. — Par décision ministérielle du 17 mars 1884, le ministre de la guerre a accordé un témoignage de satisfaction, pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie, ainsi que leurs familles, les médecins dont les noms suivent : MM. Hacquart, Seurat, Szacfaier, Soyer, Leclerc, Bourrand, Duvernoy et Guyot.

La crémation. — Dans la dernière séance du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, M. le docteur Brouardel a donné lecture du rapport qu'il a été chargé de rédiger sur l'utilité d'autoriser la crémation des corps ayant servi à des études anatomiques.

La commission au nom de laquelle ce rapport a été rédigé a reconnu : 1° que l'hygiène publique n'aurait rien à redouter de l'incinération des cadavres provenant des amphithéâtres de dissection, pourvu qu'elle fût faite dans des fours convenablement installés et ne dégageant aucune odeur; et 2° qu'au point de vue médico-légal la crémation de ces débris humains ne présenterait aucun inconvénient.

Le Conseil a approuvé les conclusions de ce rapport, dont il a demandé l'impression.

Personnel médical des Bureaux de bienfaisance. — Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du VIIe arrondissement que, le mercredi 2 avril 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection de deux médecins. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

Mortalité a Paris (12e semaine, du vendredi 17 au jeudi 24 mars 1884). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 1139, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 31. — Variole, 2. — Rougeole, 40. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 66. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 8. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 60.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 202. — Autres tuberculoses, 19. — Autres affections générales, 50. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 50. — Bronchite aiguë, 43. — Pneumonie, 88. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 40; au sein et mixte, 21; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 101; de l'appareil circulatoire, 76; de l'appareil respiratoire, 83; de l'appareil digestif, 55; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 13. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 3. — Morts violentes, 31. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 12e semaine. — Le service de la statistique a reçu notification de 1139 décès pendant la semaine actuelle, au lieu de 1193 qui avaient été comptés pendant la semaine précédente.

Variole (2 décès); scarlatine (4); fièvre typhoïde (31); coqueluche (13). Il convient d'attirer l'attention sur l'augmentation progressive de la rougeole depuis environ six semaines, en sorte que nous avons eu successivement par semaine 14, 21, 30, 17, 31, 38, 35, 40 décès causés par cette maladie. Diphthérie (66 décès).

Avis. — Le service de la Statistique municipale vient de faire imprimer les tables des Bulletins hebdomadaires et des suppléments pour les années 1880, 1881, 1882 et 1883. Ces tables seront envoyées *franco* à tout abonné qui en fera la demande. Adresser les lettres à M. le préfet de la Seine, service de la Statistique municipale, 1, avenue Victoria. (Inutile d'affranchir.)

Dr Jacques Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

THÉRAPEUTIQUE

Rachitisme et phosphate de chaux, par le docteur DES VALLIÈRES, ancien interne des hôpitaux.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que date l'introduction du phosphate de chaux dans la thérapeutique. Si nous feuilletons les vieilles pharmacopées, nous les trouvons bourrées de formules dans lesquelles se répètent constamment la corne de cerf calcinée, les yeux d'écrevisse, les écailles d'huître, l'album græcum, etc., toutes substances formées presque exclusivement de phosphate calcaire.

Les expérimentations physiologiques entreprises sur ce corps dans ces temps derniers par les docteurs Chossat, Lassaigne, Cazalis, Guérin, Piorry, Gosselin et beaucoup d'autres, ont fourni des résultats bien faits pour justifier cet engouement des anciens.

Les propriétés du phosphate de chaux mises en lumière par les recherches de ces savants peuvent se résumer de la manière suivante : *Il a une action immédiate sur la consolidation et la réparation osseuse et en même temps et surtout il agit comme excitant de l'assimilation.*

Propriété importante que ce pouvoir assimilateur du phosphate de chaux, car nous ne devons jamais perdre de vue que ce qui nourrit, ce n'est pas ce que l'on mange, mais ce que l'on digère et utilise !

Une idée qui ne pouvait manquer de surgir, aussi indiquée en effet qu'elle est heureuse, ç'a été d'associer la peptone au phosphate de chaux préalablement rendu soluble et passé à l'état de chlorhydro-phosphate (*peptone phosphatée Bayard*).

Formé de ces deux éléments, viande et phosphate *solubilisés* et *directement assimilables*, le vin de Bayard constitue en fait un reconstituant des plus énergiques, qui, possédant d'autre part le pouvoir de stimuler les organes de la digestion et de la nutrition générale, est par cela même un antirachitique de premier ordre.

Personnellement, je me suis constamment bien trouvé de cette préparation et j'en ai retiré des avantages indéniables, très probants, chez ces enfants chétifs, sans énergie, affligés de maux d'yeux et d'oreille tenaces, de glandes au cou, s'enrhumant facilement, etc., chez tous ceux, en un mot, qui, d'une constitution parfois belle en apparence, n'en témoignent pas moins d'une diathèse scrofuleuse.

Dans le même ordre d'idées, il est incontestable qu'on se trouvera bien de conseiller l'emploi de la peptone phosphatée à nombre de femmes pendant leur grossesse, c'est-à-dire alors qu'elles ont fourni à l'enfant, avec les éléments protéiques, le phosphate nécessaire à son développement.

Nous savons tous que, pendant la grossesse, les os de la femme perdent de leur solidité; ce que nous connaissons moins, c'est le remarquable rapport du docteur Pégot-Ogier sur ce sujet, et dont je rappellerai les conclusions.

Il résulte qu'à la suite de l'emploi du phosphate de chaux :

« 1° Chez les femmes enceintes, la plupart des accidents disparaissent et le nombre des mort-nés diminue;

» 2° Le lait, trop souvent pauvre en principe phosphocalcique, remonte au maximum de richesse fixé par la nature pour les soins de l'enfant;

» 3° A la première et à la seconde enfance, jusqu'à l'âge adulte, le développement se fait régulièrement, les maladies lymphatiques et les maladies dépendantes de l'ossification ne sont plus à craindre;

» 4° La mortalité, qui est, à Paris, comme 1 à 3 (dans la première année), a diminué au point qu'elle est devenue comme 1 est à 5, chiffre des campagnes les plus favorisées. »

Il nous arrive souvent, en effet, de voir l'enfant à la mamelle venir mal, languir, et cela tient le plus souvent à l'une ou à l'autre de ces deux causes : ou le lait est trop pauvre, ou l'enfant assimile mal, et alors il y a altération immédiate de la digestion qui se manifeste souvent par des diarrhées intarissables, puis dénutrition et altération lente de l'économie qui pourra mener au rachitisme. Dans ce cas, rien de plus rationnel que d'administrer à la nourrice de la peptone *phosphatée* qui donne au lait la richesse qui lui manque et fournit à l'enfant, avec l'élément de l'ossification et de la dentition, le stimulant de la nutrition.

D'après Liebig et Humboldt, dans certaines contrées de l'Allemagne, on facilite la *croissance* et la *dentition* des enfants par de grossiers mélanges calcaires.

Certes, je pourrais m'étendre sur les bénéfices que l'on est en droit d'attendre de cette préparation dans toutes les affections osseuses : caries, nécroses, ostéomalacie, mal de Pott, etc..., mais je ne saurais méconnaître que c'est à ces affections surtout que s'applique avec tant d'autorité la recommandation de Trousseau : « Reconstituez donc l'enfant pendant que s'y prêtent, mieux que plus tard, les faciles transformations que subit sa matière, à travers les phases rapides de son évolution. »

(*Gazette des hôpitaux.*)

THÉRAPEUTIQUE

Les eaux minérales d'Heucheloup.

Les sources d'*Heucheloup* font partie du groupe particulier de cette région hydrologique des Vosges comprenant les sources analogues ou à peu près identiques de Saint-Vallier, Vittel, Outrancourt, Contrexéville, Martigny, etc., qui sourdent de terrains d'une constitution géologique uniforme.

Signalées par Bagard en 1763, étudiées par le docteur Poirot en 1854, dans sa thèse inaugurale, approuvées par l'Académie de médecine en 1875, sur le rapport du regretté professeur Chevallier, fait au nom de la commission des eaux minérales composées de MM. Pidoux, Bouchardat, Montard-Martin, Empis et J. Lefort, si les eaux d'Eucheloup ne sont pas entrées plus vite dans la thérapeutique hydro-minérale, c'est seulement à cause de la situation géographique des sources.

En effet, celles-ci sont situées dans le département des Vosges, à 10 kilomètres de Mattaincourt, sur le territoire de la petite commune d'Hagécourt, dans un étroit vallon qu'arrose la jolie rivière du Madon. Les eaux sourdent à 20 mètres environ de la rive gauche de la rivière par une triple émergence. Il était très difficile, dans un pareil lieu, loin de tout pays de quelque importance, de mettre ces sources en exploitation, et seuls les environs pouvaient bénéficier de leur action bienfaisante.

Aujourd'hui la difficulté n'existe plus. Les sources, soigneusement captées, ont été amenées d'Heucheloup à Hymont-Maitaincourt, situé à 9 kilomètres, avec une pente de 24 mètres, dans des tuyaux de porcelaine émaillée de 15 centimètres de diamètre, et M. Jules Lefort, le savant hydrologue de l'Académie de médecine, a constaté que, vu leur température constante et leur composition chimique, les eaux n'ont subi aucune altération ni aucun changement pendant le trajet.

Hymont-Mattaincourt est une station de chemin de fer entre Mirecourt et Épinal, à 2 kilomètres de la première de ces villes. Les eaux arrivent à moins de 230 mètres de la gare, dans un parc bordé par la rivière de Madon, en face d'une colline où s'élève le tombeau du bienheureux père Fourrier (1).

Nous avons dit au commencement que les eaux d'Heucheloup appartenaient à la même classe que celles de Contrexéville et de Vittel. L'analyse faite en 1883 par M. Jules Lefort en est la preuve.

Les eaux d'Heucheloup sont donc sulfatées calciques, légèrement bicarbonatées. Elles présentent une minéralisation supérieure à celles de Contrexéville et de Vittel. Elles contiennent deux fois plus de sulfate de chaux que Vittel et 17 centigrammes de plus que Contrexéville; elles sont deux fois plus riches en sulfates de soude et de magnésie que Contrexéville et Vittel; enfin elles ont un peu plus d'acide carbonique que cette dernière et un peu moins que la première. On peut s'en convaincre en jetant un coup d'œil sur le tableau suivant :

	HEUCHELOUP.	Contrexéville. (*Pavillon*)	Vittel. (*Grande source*)
Sulfate de chaux	1,338	1,165	0,680
Sulfates de soude et de magnésie.	0,689	0,266	0,320
Acide carbonique	0,041	0,080	très peu
	(Lefort)	(Debray)	(Jacquemin)

Claires, limpides (d'une température de 12 degrés), se conservant indéfiniment en bouteilles sans la moindre altération, ce qui les rend particulièrement précieuses pour la cure à domicile, les eaux d'Heucheloup, dont le débit est de 200 litres par minute, ont une saveur fraîche, acidule, légèrement atramentaire et laissent un arrière-goût un peu styptique. Elles ne fatiguent nullement l'estomac, qui peut les supporter à hautes doses et les digère facilement. Leur absorption est très rapide et se manifeste par une accélération dans les sécrétions, particulièrement des urines et des selles. Ces dernières sont aqueuses, quelquefois bilieuses, multipliées pendant les heures consacrées à la boisson minérale et ne se reproduisent plus pendant le reste de la journée. Quant à la sécrétion des reins, elle est fortement activée, la quantité des urines rendues est très sensiblement augmentée et dépasse celle de l'eau ingérée.

Comme les eaux sulfatées calciques, les eaux d'Heucheloup possèdent une spécialisation particulière : d'un côté, contre les affections des voies urinaires; d'un autre, contre les affections du foie.

L'action des eaux sulfatées calciques sur la gravelle est tellement remarquable, qu'on a pu dire qu'elles sont à cette affection ce que la quinine est à la fièvre.

Dans la gravelle urique, lorsqu'il y a des douleurs rénales particulières, des dispositions au retour des coliques néphrétiques, ou lorsque les douleurs persistantes et les urines troubles annoncent un certain degré d'inflammation ou de catarrhe vers le rein, les eaux d'Heucheloup sont tout à fait indiquées, et ainsi que l'a fort bien décrit Durand-Fardel dans son *Traité des maladies chroniques*, les eaux bicarbonatées et notablement minéralisées, Vichy en particulier, sont au contraire contre-indiquées alors. Il faut insister sur ce sujet, « qui n'est pas assez connu de la généralité des médecins, » ajoute le maître en hydrologie.

Dans la gravelle phosphatique, les eaux d'Heucheloup font merveille et sont aussi de beaucoup préférables aux eaux bicarbonatées sodiques. Elles agissent, non pas en désagrégeant les calculs, mais par une sorte de lixiviation, en entraînant les graviers, en déblayant et en lavant les reins, les uretères et la vessie.

Les catarrhes vésicaux sont encore tributaires des eaux d'Heucheloup; ils sont aussi heureusement influencés par elles que le sont les catarrhes de l'appareil respiratoire par les eaux sulfureuses. Après quelques jours de l'usage d'Heucheloup, ainsi que j'ai pu le constater personnellement sur plusieurs de mes malades, les urines deviennent claires et limpides, de troubles et bourbeuses qu'elles étaient; les envies d'uriner la nuit sont moins fréquentes; les malades urinent facilement et avec force.

Fortement laxatives, ainsi que nous l'avons dit plus haut, les eaux d'Heucheloup donnent des résultats très remarquables dans les engorgements du foie, l'ictère, la lithiase biliaire avec ou sans coliques hépatiques. On pourra aussi les employer dans les constipations symptomatiques d'entérite sèche ou d'atonie intestinale.

J'allais oublier la goutte, *cette sœur de la gravelle*, comme l'appelait fort justement Erasme. Les médecins qui exercent dans les diverses stations d'eaux minérales sulfatées calciques ont tous les ans à traiter un certain nombre de goutteux, et la cure thermale amène, dans la majorité des cas, des résultats vraiment surprenants.

L'illustre professeur Charcot n'a-t-il pas dit, d'ailleurs, que les eaux sulfatées calciques « sont très utiles dans la goutte chronique, et qu'administrées dans les cas de goutte ancienne avec dépôts tophacés, elles donnent des résultats favorables? » Quant à Garrod, dont les écrits sur la goutte font loi, il a écrit, au sujet de la goutte chronique : « il convient surtout d'activer les fonctions des organes sécréteurs, celles des reins en particulier. » Les eaux sulfatées calciques d'Heucheloup rendront donc de très grands services aux goutteux, surtout dans l'intervalle des accès. Pour mon compte, je les conseille de préférence aux eaux de Vals ou de Vichy, parce qu'elles ne présentent pas pour les malades les dangers de la cachexie alcaline qu'entraîne l'usage prolongé des eaux bicarbonatées sodiques fortes, sur laquelle a beaucoup insisté le professeur Trousseau.

Par leur composition chimique et par leur action bienfaisante dans les affections précitées, les eaux d'Heucheloup, dit en terminant le docteur P. Labarthe, sont appelées à prendre une des premières places parmi les sources similaires.

(*Union médicale.*)

(1) Ce tombeau du bienheureux père Fourrier, fondateur du célèbre couvent des Oiseaux, attire chaque année, au mois de juillet, d'innombrables pèlerins.

Du traitement de la goutte.

La nature de la goutte n'est pas encore parfaitement déterminée; cependant on s'accorde aujourd'hui pour la regarder comme une affection générale, qui tient à l'état du sang et aux affections calculeuses des voies urinaires. Sa cause réside dans une nourriture trop animalisée d'une part, et de l'autre dans une déperdition insuffisante. Le sang puise dans les aliments trop azotés un excès d'urée, et si les reins n'éliminent pas cet excès, l'acide urique donne lieu à la gravelle et à la diathèse goutteuse. Le travail et la fatigue, en activant la circulation et la respiration, diminuent la proportion de l'urée. De là cette conséquence que la goutte est la maladie des riches, c'est-à-dire de ceux qui peuvent se nourrir d'une manière trop succulente et qui ne trouvent pas dans un travail forcé la compensation à cet excès.

Les femmes sont moins sujettes à la goutte que les hommes; le pourquoi de cette différence est bien difficile à trouver.

Toujours est-il que la goutte est une affection très douloureuse et qui produit parfois les accidents les plus graves. Elle peut être acquise ou héréditaire; dans le premier cas, elle ne se montre guère qu'à l'âge où la perspiration commence à diminuer; dans le second, elle apparaît souvent beaucoup plus tôt.

L'invasion de la goutte est souvent précédée de troubles digestifs, de fourmillements et de crampes dans les membres; d'autres fois elle a lieu brusquement. Presque toujours elle commence par les gros orteils, pour s'étendre promptement aux petites articulations et se fixer ensuite dans les grandes. L'attaque dure de sept à trente jours, et se compose de quatre ou cinq accès. A la suite de ces accès, il se forme dans les parties atteintes des noyaux ou concrétions qui sont essentiellement formés d'urate de soude et atteignent la grosseur d'une noisette et même d'une noix.

La goutte n'affecte pas toujours la forme aiguë ou régulière, elle est quelquefois chronique ou irrégulière. Dans cette forme, les douleurs articulaires sont généralement beaucoup moins vives; elles s'accompagnent de gonflements sans rougeur, et persistent, augmentent ou diminuent irrégulièrement, sans jamais présenter d'intermittences, ni par conséquent d'accès. Enfin, dans quelques cas, heureusement assez rares, les symptômes locaux disparaissent tout à coup, et la goutte, répercutée vers le cerveau, le cœur, l'estomac ou les poumons, y produit des accidents souvent mortels.

Cette terrible diathèse a été combattue par bien des moyens, et il s'en faut de beaucoup que le succès ait répondu aux efforts. Les moyens antiphlogistiques sont, la plupart du temps, sans efficacité; l'application de sangsues est inutile ou nuisible. Les purgatifs légers ont produit parfois de bons effets; encore n'en faut-il pas abuser, sous peine de les voir bientôt devenir complètement inefficaces, ou bien d'affaiblir le malade outre mesure.

Il existe cependant une préparation dont les bons effets ont été souvent constatés, et que l'approbation des docteurs Alibert, Velpeau et Andral a consacrée depuis longtemps, c'est le sirop antigoutteux de Boubée. Cette préparation, administrée au début d'un accès de goutte, en enraye immédiatement la marche, et calme presque instantanément la douleur; elle procure au malade une transpiration modérée, qui termine la crise sans aucun risque d'affaiblissement.

Le sirop de Boubée est sudorifique, stimulant, légèrement purgatif, diurétique et antispasmodique. Par ces diverses qualités, il arrive promptement à placer le malade dans ces conditions de régularité fonctionnelle et de calme qui amènent d'abord le soulagement, et avec la persévérance, la guérison.

Le sirop de Boubée peut être pris pur, mêlé à une tisane de tilleul ou en lavement; la dose est de quatre cuillerées à bouche à prendre en se couchant, trois heures après le dernier repas, pendant la période des crises; ou de deux cuillerées seulement pendant quatre jours chaque mois, pendant trois mois, à titre de préservatif à la suite d'un accès.

Dr E. Lasniée.

De la Papaïne ou pepsine végétale tirée du Carica papaya.

MM. Trouette et Pierret, pharmaciens chimistes, se sont faits depuis quelques années les propagateurs de la Papaïne, et ils ont obtenu à l'Exposition de Melun de 1880, et à celle de Bordeaux en 1882, deux diplômes d'honneur pour les diverses préparations qu'ils ont présentées. Ils l'offrent aux médecins et au public sous cinq formes différentes : le sirop de Papaïne; le vin de Papaïne; l'élixir de Papaïne; les cachets, et enfin les dragées de Papaïne. Chacune de ces préparations trouve son emploi suivant l'âge, le tempérament, le goût du malade, mais leur effet constant peut être garanti à tous.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur les cas dans lesquels la Papaïne doit être ordonnée; elle est appelée à remplacer la pepsine naturelle qui fait défaut, et par conséquent est indiquée dans les gastralgies, dyspepsies, lientéries, gastrites et dans toutes les maladies qui ont pour cause un mauvais fonctionnement de l'estomac. Elle remédiera à tous ces troubles et ramènera la digestion à l'état normal avec plus de certitude, d'énergie et de constance que la pepsine animale, dont les effets sont parfois nuls en raison des mauvais éléments qui la composent. En effet, la pepsine animale peut être recueillie dans de bonnes conditions en pratiquant directement sur l'estomac de l'animal une fistule gastrique; mais on peut aussi se contenter de dissoudre quelques centigrammes de pepsine dans l'eau contenant de l'acide chlorhydrique, ou bien remplacer la pepsine par un fragment de la membrane stomacale d'un animal carnivore, ou par un morceau de la caillette d'un ruminant, ou encore par un peu de présure. Quelle garantie de semblables préparations peuvent-elles offrir, et comment supporteraient-elles la comparaison avec la pepsine végétale, toujours franche et rigoureusement dosée, des propagateurs de la Papaïne?

(*Union médicale*.)

THÉRAPEUTIQUE

De l'action physiologique et thérapeutique de la digitale.

La digitale occupe l'un des premiers rangs de la matière médicale; elle produit en effet, sur l'organisme humain, deux phénomènes importants, l'accroissement de la diurèse et le ralentissement du pouls. Dès que ces effets eurent été constatés, la digitale attira l'attention de tous les praticiens et devint pour les chimistes l'objet de nombreux travaux; il était certain, en effet, que son emploi devait avoir une action utile dans toutes les affections du cœur. En effet, elle ralentit les battements de cet organe au point de faire tomber les pulsations du pouls de près de moitié, et il est constaté que le pouls devient plus fort et plus résistant à mesure que le nombre des pulsations diminue; de telle manière que la digitale, convenablement administrée, peut devenir le régulateur de la circulation, et la tonifier en la réglant.

Voici un fait qui en est la démonstration la plus évidente :

Camille de B..., âgé de quinze ans, de haute taille pour son âge, élève interne au collège Stanislas, à Paris, a été pris d'un ensemble de symptômes que l'on pouvait considérer comme les prodromes d'une fièvre typhoïde : épistaxis répétées, étourdissements, pâleur, diminution de l'appétit, nausées, coliques, diarrhée légère, un peu de fréquence du pouls avec augmentation de chaleur à la peau, affaiblissement. Ce jeune homme, transporté dans sa famille, qui habite un des quartiers les plus aérés de Paris, fut mis au repos du corps et de l'intelligence et soumis à un régime et à un traitement appropriés. En peu de temps sa santé se rétablit. L'appétit se réveilla, les garde-robes redevinrent régulières et le sommeil normal. Les forces mêmes parurent reprendre leurs conditions naturelles. Le jeune homme se disait bien portant. Cependant le pouls battait 138 à 140 fois; à l'auscultation, les battements du cœur avaient une grande violence, le cœur bondissait dans la poitrine; le visage restait pâle. Il y avait évidemment anémie, que l'on pouvait rationnellement attribuer à une croissance rapide, coïncidant avec une alimentation insuffisamment réparatrice et avec une aération incomplète.

La digitale était indiquée. Le sirop de Labélonye fut donc prescrit, d'abord à la dose d'une cuillerée à bouche le soir en se couchant. Au bout de trois ou quatre jours, le pouls était à 132 et les battements du cœur moins forts. Alors la dose du médicament fut doublée: une grande cuillerée le matin, et autant le soir. Après huit jours de cette médication le pouls ne battait plus que 96 fois, et l'impulsion du cœur était entièrement normale. En même temps, les forces faisaient des progrès et la santé générale allait s'améliorant. Au moment où nous écrivons, le traitement est continué; on l'a complété par l'adjonction d'une préparation ferrugineuse.

L'action de la digitale bien démontrée, il était important de rechercher à quel principe elle devait ses propriétés bienfaisantes.

Le professeur Gubler, à la suite d'analyses comme il sait les faire, a trouvé dans la digitale deux huiles, dont l'une volatile, une matière grasse, une résine, un principe amer désigné sous le nom de digitaline, le digitalin, la digitalose, les acides digitalique, antirrhinique et digitalésique. Il n'était pas possible d'attribuer à l'un ou l'autre de ces principes les vertus médicinales de la digitaline, et il fut bientôt prouvé que ce n'était pas à un principe unique, mais à la réunion des principes extractifs de l'huile, de la résine et des sels qu'elle renferme qu'elle devait ses propriétés. M. Labélonye, dont les recherches ont éclairé la question d'une vive lumière, a reconnu que l'extrait hydro-alcoolique était la préparation la plus favorable à l'administration de ce médicament. Il l'a mise dans le commerce sous le nom de digitale de Labélonye, et le corps médical l'a accueillie avec toute la faveur qu'elle méritait.

Trente-cinq années d'expérimentations, faites par les médecins de tous les pays, ont prouvé que ce sirop jouissait de toutes les propriétés de la digitale, sans avoir aucun des inconvénients des autres préparations de cette plante. Jamais il n'a amené aucun des accidents que détermine parfois la digitaline, et cependant il possède au plus haut degré l'action sédative et diurétique de la digitale. Il a toujours été employé avec grand succès dans le traitement de l'hydropisie, les bronchites nerveuses, asthmes, catarrhes et tout spécialement dans les affections du cœur, et est devenu l'un des agents les plus précieux de la thérapeutique.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 3 avril 1884.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — TRAVAUX RÉCENTS SUR LA FONCTION SUDORALE. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : Les mouvements du cerveau; la chromhidrose; l'alcoolisme.

Une discussion est engagée sur le Mémoire relatif aux *Mouvements de l'encéphale*, lu à l'Académie de médecine, dans la dernière séance, par M. Luys. M. Colin (d'Alfort) a déjà présenté quelques observations mardi dernier, et M. Béclard a demandé la parole. Une controverse sur cette question, délicate à résoudre expérimentalement, était à souhaiter, et la *Gazette hebdomadaire* n'y fera pas défaut

M. Dechambre a communiqué une observation de *sueurs colorées*, et M. Dujardin-Beaumetz un important résumé d'expériences qu'il a faites, avec M. Audigé, concernant l'action de l'alcool sur les animaux.

Travaux récents sur la fonction sudorale.

Depuis huit ans environ les études sur la fonction sudorale ont été poussées avec l'activité que l'on sait; elles ont eu surtout pour effet d'établir dans ses détails l'influence directe du système nerveux sur la sécrétion de la sueur : on peut dire aujourd'hui que la question est jugée : la fonction sudorale, comme les autres fonctions sécrétoires, relève directement du système nerveux central.

L'ensemble des travaux qui ont amené cette conclusion générale a fait l'objet de plusieurs exposés critiques soit en France, soit à l'étranger. M. Straus, dans la *Revue des sciences médicales*, M. Luchsinger, dans le *Handbuch de Physiologie*, dirigé par Hermann, ont résumé la question en 1880; nous avons nous-mêmes, dans l'article SUEUR (*Physiologie*) du *Dictionnaire encyclopédique*, présenté avec détails l'évolution des travaux exécutés de 1875 à 1883 sur le même sujet.

Nous ne croyons pas, dès lors, qu'il y ait lieu de donner ici une étude développée sur une question aussi souvent et aussi longuement exposée déjà : toutefois, il nous a paru de quelque utilité de revenir sur quelques points de l'inner-

FEUILLETON

Lettres médicales.

Le Dictionnaire Dechambre-Mathias-Duval-Lereboullet et le Dictionnaire J.-B.-Baillière-Decaye.

Cher confrère, il est peut-être récemment arrivé jusque dans votre petite ville, quelques exemplaires de *Paris médical*. Cela vous aura procuré, à vous et à d'autres privilégiés, l'occasion de voir pour la première fois une feuille qui est déjà assez rare chez nous. Le rédacteur en chef et coryphée de cette feuille s'appelle E. Bouchut, décoré de beaucoup d'ordres, notamment *commandeur de Charles III*, comme il le dit en son patois sur la couverture. Je ne sais si vous avez fait de ce papier-là ce qu'Alceste voulait faire du sonnet d'Oronte; mais il méritait d'être lu, relu et montré à tous vos amis; car on avait en vue, en vous l'envoyant, un intérêt des plus respectables, l'intérêt particulier d'une librairie médicale. On a donc mis sous vos yeux un feuilleton bibliographique consacré à la comparaison du *Dictionnaire usuel des sciences médicales*, dont vous verrez la fin au mois de mai, et de la nouvelle édition du *Dictionnaire de Nysten*, qui se hâte, mais en vain, de suivre son concurrent. L'article anonyme est intentionnellement perfide, mais si sot dans ses perfidies, qu'il blesse à chaque coup celui qui l'a écrit. Vient-il de M. Bouchut? Je ne le crois pas; il aurait tenu à le signer. Nombre de traits semblent y déceler des littérateurs de comptoir, préposés à la ponctuation, à l'ordre alphabétique, aux interlignes, aux renvois, aux majuscules et *bas de casse*, mais affligés d'une fâcheuse disposition à fourrager dans les textes qu'ils ne comprennent pas. MM. Baillière fils répondent si bien à ce type, que, franchement, je les soupçonne d'avoir, pour la circonstance, fait masse de leurs petits talents respectifs. Ayant tous les deux des loisirs, depuis que l'Académie de médecine a écarté leurs services comme libraires,

vation sudorale et spécialement sur la question des effets produits par certains poisons, par les variations de la température et de la circulation, ainsi que sur les conditions encore incomplètement définies de la sudation faciale produite par la section du sympathique au cou.

Indépendamment de l'intérêt que présentent les recherches contemporaines relatives à l'influence du système nerveux sur la fonction sudorale, les travaux récents qui nous ont fixés sur certains points de l'histoire chimique et physique de cette fonction méritent aussi d'attirer l'attention; c'est ainsi que la question de la perspiration cutanée dans ses rapports avec la sudation proprement dite, celles des réactions normales de la sueur, de l'élimination par cette sécrétion d'un certain nombre de produits minéraux organiques et organisés, etc., de la nature toxique de la sueur, ont pris une tournure nouvelle depuis quelques années; de même les effets bien connus des sudations abondantes sur le degré d'hydratation du sang, sur la réfrigération du corps, etc., peuvent être aujourd'hui précisés d'une façon plus complète. Aussi, avant d'aborder les points relatifs à l'innervation sudorale, consacrerons-nous quelques détails à ces différents sujets, qui relèvent de l'histoire physico-chimique de la sueur.

I. — Faits d'ordre physico-chimique

I. *Perspiration cutanée, sudation.* — On sait que la distinction radicale affirmée par les anciens auteurs, par William Edwards notamment, entre la perspiration cutanée insensible et la sueur, reposait sur cette notion arbitrairement admise que, la sueur étant le produit des glandes sudoripares, la perspiration résultait d'une sorte de porosité de l'épiderme qui laissait transsuder la matière aqueuse du sang. De nos jours, on s'est élevé, avec raison, contre une semblable conception, et M. Sappey, le premier, a insisté en 1853 sur l'identité de la sueur et de la perspiration cutanée, attribuant à un même organe, la glande sudoripare, ces deux fonctions considérées comme distinctes; il a été suivi dans cette voie par Erismann et par la plupart des anatomo physiologistes. Toutefois, quelques auteurs modernes, Küss notamment, ont tenté une sorte de conciliation entre l'idée ancienne et la conception moderne. Il n'était donc pas hors de propos d'établir d'une manière définitive que c'est aux glandes sudoripares seules, qu'appartient la perspiration cutanée dite insensible : c'est ce qu'a fait M. Aubert (de Lyon) en 1874, avec sa *méthode des empreintes :* il a vu qu'indépendamment de toute sudation, la main, même alors qu'elle paraît sèche, laisse sur le papier, exposé ensuite aux vapeurs iodées, des empreintes pointillées qui correspondent *exclusivement* aux orifices des glandes sudoripares.

II. *Réactions de la sueur.* — Rien n'est plus varié que les conclusions des expériences exécutées sur cette question si simple en apparence, celle de savoir si la sueur normale est acide ou alcaline : sans rappeler tous les détails de ces recherches, sur lesquels nous avons insisté ailleurs (*Dict. encycl.*, art. Sueur, p. 63), nous nous demanderons seulement quelle solution précise les travaux les plus récents ont donnée à la question ainsi posée : *la sueur, obtenue pure, comparée dans les différentes régions du corps, est-elle acide ou alcaline?* Des études de Ch. Robin, de A. Robin, et de celles plus récentes de Tourton (Th. Doct., Lyon, 1879), résulte ce fait important que, sauf les différences introduites dans la nature des réactions par la durée même de la sudation, sauf les variations dues aux conditions spéciales de certaines régions, la sueur, *au moment même où elle commence à être sécrétée*, est réellement acide. Si la réaction alcaline d'emblée a été observée par Luchsinger et Trumpy (1878), par MM. Vulpian et Raymond (1879), par M. Straus (1880), cela tiendrait, d'après M. Tourton, à ce que la sueur provoquée par la pilocarpine, diffère de la sueur normale produite par les procédés physiologiques, notamment par l'action de la chaleur. Quant à l'alcalinité observée dans des essais réitérés sur la même région où l'on a auparavant constaté la réaction acide et après que la sudation a duré un certain temps, elle résulterait de l'évaporation des acides volatils (acide carbonique et acides gras) et de l'accumulation des produits alcalins. La preuve qu'il en est bien ainsi, « c'est qu'après un lavage soigné, ou un bain avec lavage au savon, on peut toujours faire disparaître cette réaction et la rendre acide en excitant de nouveau la transpiration » (Tourton, *loc. cit.*, 1879).

Nous avons fait de notre côté, l'an dernier, avec le docteur Leblond, quelques expériences sur cette question, en employant de petites ventouses appliquées sur la peau de l'avant-bras. La vapeur dégagée et condensée sur les parois du verre a fourni la réaction acidule au papier de tournesol fraîchement préparé. De même, dans la paume de la main, préalablement lavée à l'eau de savon et à l'alcool, la réaction acide soit du liquide, soit de la vapeur, s'est toujours montrée très nette au début de la sudation.

III. *Élimination de produits minéraux et organiques*

---

ils se seront courbés pendant de longues heures sur le *Dictionnaire usuel* pour y chercher ou y inventer des fautes; puis, le chef-d'œuvre exécuté, ils auront fait comprendre à M. Bouchut que les occasions d'un tirage spécial de *Paris médical* à de nombreux exemplaires n'étaient pas pour être dédaignées; que peut-être même un peu de scandale chaufferait la vente au bureau; et, sur ce dernier point, ils ne se seraient pas trompés, car je connais trois confrères qui, à mon incitation, sont allés acheter chacun un exemplaire du n° 12 (avis aux curieux). C'est, pour ce bureau-là, une aubaine. Que si ma conjecture est fausse, j'en fais bien mes excuses à MM. Baillière, avec tout le respect que je leur dois et que je leur porte.

Quoi qu'il en soit, la soi-disant *comparaison* des deux dictionnaires consiste à faire au *Dictionnaire usuel* des reproches dont vous admirerez tout à l'heure ou la niaiserie ou l'audace; si bien que, à la fin de l'article, l'auteur ne peut s'empêcher d'écrire : « *Nous avons laissé le Littré;* c'est qu'il est bien connu, et que chacun a pu apprécier la netteté, la... et le... qui en font le *vade mecum*... des gens du monde. » Le *Littré!* Il faut dire sur ce titre toute la vérité; elle est odieuse. Ce dictionnaire, qui porte en tête le nom de Littré, c'est un reniement absolu, une profanation de Littré, et c'est pour cela que le professeur Robin s'en est éloigné avec indignation. Toute la doctrine du savant illustre à qui ses concurrents d'aujourd'hui gardent la même déférence, la même vénération qu'ils lui portaient pendant sa vie; cette doctrine, qui était sa foi, à laquelle il avait tout sacrifié, pour laquelle il avait bravé tant d'injures, tant de sourdes persécutions, on l'a altérée, détruite; et à ce penseur convaincu, inébranlable, on fait, pour ainsi dire, signer de sa main de cadavre des articles qu'il eût répudiés. Vous êtes libres, ô éditeurs sans préjugés, qui affectez d'ôter votre chapeau devant cette grande renommée, de biffer sa doctrine, que le *Dictionnaire usuel* n'a pas non plus épousée; mais il fallait biffer aussi son nom, au lieu d'en faire un écriteau

par la sueur. — 1° Les substances *minérales* normalement contenues dans la sueur sont, comme on le sait, surtout formées de chlorure de sodium, en quantité prédominante, de phosphates terreux et alcalins, d'un peu de fer et de traces de sulfates (Gautier, *Chimie phys.*, II). Mais les méthodes employées pour provoquer et recueillir la sueur, pouvaient encore laisser quelque hésitation dans l'esprit, car le liquide se modifie non seulement quant à la proportion de ses composants, mais aussi quant à la nature même de ses réactions; aussi est-il intéressant de signaler, à ce propos, les principaux résultats obtenus par M. Aubert, depuis une dizaine d'années, avec la méthode des empreintes dont nous avons déjà dit un mot. En imprégnant des feuilles de papier de différents réactifs, suivant le procédé du professeur Merget, on devait arriver à déterminer la nature des substances réductrices contenues dans la sueur, et cela avec une sécurité et une facilité beaucoup plus grandes qu'avec les procédés ordinaires : on conçoit aussi que cette même méthode permet de déterminer très simplement le passage dans la sueur des substances médicamenteuses minérales administrées aux malades. La présence du chlorure de sodium s'est révélée par la réduction du nitrate d'argent pur ou ammoniacal; mais on doit se demander, avec M. Aubert, si une double décomposition n'intervient pas aussi entre les sudorates alcalins signalés par Favre dans la sueur et le nitrate d'argent du papier; il se formerait ainsi du nitrate de potasse ou de soude et un sudorate d'argent encore plus sensible à la lumière que le chlorure.

La présence des sels alcalins se révèle mieux encore avec le papier au protonitrate de mercure. En comparant la facilité de la réduction obtenue dans différentes conditions, on pourra prendre une idée de la richesse variable de la sueur en sels alcalins, point aussi important en clinique qu'en physiologie; d'autre part la réaction sur le papier mercuriel obtenue avec la plaie non lavée, mais sèche et conservant le résidu d'une sudation antérieure, établit mieux encore que ne l'avaient fait les recherches de Favre, la nature alcaline du résidu accumulé sur la peau.

2° La présence dans la sueur de produits *organiques*, tels que l'urée, est établie depuis les recherches de Favre, Funke, Picard, Meyer, et aujourd'hui toute contestation paraîtrait superflue; toutefois l'auteur de l'un des plus récents traités de physiologie, M. Michael Foster, met formellement en doute l'existence de l'urée dans la sueur normale en disant que « l'expérience tend à montrer que ni l'urée, ni aucun composé ammoniacal n'existe à aucun degré dans la sécrétion normale ». Cette assertion n'étant accompagnée d'aucun commentaire expérimental ou historique, nous nous bornons à la mentionner en regard des conclusions opposées non moins affirmatives des auteurs précédemment cités. Nous ajouterons seulement que dans ces dernières années, M. Alb. Robin a noté ce fait intéressant, nullement prévu par la théorie, à savoir que dans la sécrétion sudorale exagérée, très diluée, provoquée par le jaborandi, la sueur, au lieu de renfermer 1 à 2 grammes sur 1000 d'urée, en contient jusqu'à 2 et 2 1/2 et plus. Ce fait montre qu'on ne doit pas admettre nécessairement de rapport inverse entre l'abondance de la sueur et sa richesse en matériaux excrémentitiels, et que, par suite, les grandes spoliations imposées aux sujets sains ou malades par des diaphorèses abondantes, ne consistent pas seulement en déperditions aqueuses excessives, mais encore en pertes abondantes de matières salines organiques et minérales.

3° Les éléments *organisés*, les micro-organismes (bactéries, etc.) qu'on a signalés dans la sueur peuvent-ils être considérés comme le résultat d'une élimination véritable ou ne sont-ils qu'accidentellement déposés à la surface du corps et de provenance extérieure? De toutes les recherches exécutées sur cette question et que nous avons résumées dans l'article d'ensemble du *Dictionnaire* (p. 81-82), on peut conclure que les bactéries trouvées dans la sueur *normale* ne sont pas éliminées de l'organisme, dans lequel leur présence à l'état physiologique n'est pas démontrée, mais qu'elles se trouvent fixées accidentellement soit à la surface de l'épiderme, soit même dans les replis glandulaires de la peau qui communiquent librement avec l'extérieur.

Dans certaines conditions pathologiques, au contraire, l'existence de micro-organismes dans le sang et dans les interstices des tissus est un fait scientifiquement établi; rien de plus logique, dès lors, que de supposer que ces éléments puissent être entraînés au dehors par la sueur, qui deviendrait ainsi d'une part un moyen d'élimination et d'autre part un agent de contamination. On a montré, récemment (*Babès*, Soc. Biol., avril 1883), les migrations des bacilles de la lèpre et de la tuberculose dans le derme; ces éléments peuvent donc s'engager dans les tubes sudoripares et se retrouver dans le liquide qui s'en écoule. Il y aurait, à ce point de vue, quelque raison de considérer la sueur comme l'un des contages de la tuberculose et, de plus, ces considérations donneraient à la doctrine des *crises*, dans

---

fallacieux. Ce qu'est aujourd'hui l'ancien Dictionnaire Littré et Ch. Robin, je vais le dire. Ces « additions nombreuses qu'a *subies* (sic) la quinzième édition, et qui l'ont véritablement mise au courant de la science et des besoins de la pratique journalière », elles sont l'œuvre combinée des éditeurs et d'un jeune docteur en médecine, instruit, je le veux bien, très honorable, je n'en doute pas, mais qui n'a pas même été interne des hôpitaux. Il s'est résigné, je ne sais trop pourquoi, à cette tâche à tant de feuillets par semaine. Le jour n'est peut-être pas éloigné où il regrettera le temps et la peine qu'il y a consacrés. Le Dictionnaire dit de Littré est le *Dictionnaire Baillière-Decaye;* c'est le nom que je lui donne et que je recommande à tous ceux qui ont le souci des convenances et de la vérité.

Je vais plus loin, et je dis que le Dictionnaire Baillière-Decaye ou Decaye-Baillière.....

. . . . . Car il n'importe guère
Que tel nom soit devant ou tel nom soit derrière,

ne s'est modifié qu'avec l'évidente préoccupation de calquer le *Dictionnaire usuel*. Les deux savants éminents qui avaient continué le Dictionnaire de Nysten, étrangers l'un et l'autre à la pratique, n'avaient pu surveiller de très près la médecine clinique: de là, dans cet ouvrage, dont le *Paris médical* vante la *pondération admirable*, un certain défaut de proportions, que les auteurs eux-mêmes n'ignoraient pas, qui leur avait été amicalement signalé, et qu'ils se promettaient bien de faire disparaître. Eh bien, c'est cette partie clinique, celle qui réclame de l'expérience, la longue fréquentation des malades, c'est elle qui a été mise au courant de « la pratique journalière » par M. Decaye, avec une inclination bien pardonnable à son âge, à se guider sur le *Dictionnaire usuel*.

Tel est, cher confrère, l'ouvrage publié à la librairie J.-B. Baillière. Vous allez voir maintenant ce que *Paris médical* essaye de faire de celui qu'édite la librairie G. Masson. Vous allez entrer avec moi dans le comique, un peu dans le burlesque; mais vous avouerez que ce n'est pas ma faute.

les maladies infectieuses, une certaine base scientifique.

4° La sueur a-t-elle réellement des propriétés toxiques et sa rétention ou son introduction expérimentale dans l'organisme peut-elle donner lieu à des accidents d'empoisonnement?

Pour répondre à cette question, que certains auteurs ont tranchée par l'affirmative, il nous paraît nécessaire de distinguer : 1° la sueur *normale*, non altérée par l'adjonction accidentelle de principes étrangers; 2° la sueur *pathologique*, contenant des substances organiques variées, éliminées au cours d'une maladie infectieuse; 3° la sueur, normale du reste, mais renfermant des principes minéraux ou organiques éliminés après absorption préalable. Cette distinction étant admise, on peut formuler les propositions suivantes qui correspondent aux trois conditions de la recherche : 1° la sueur *normale* ne représente nullement une humeur dont la rétention dans l'organisme soit capable de provoquer de véritables accidents toxiques : les troubles observés chez les animaux dans les veines desquels de la sueur humaine a été injectée, peuvent résulter, non de la toxicité primitive du liquide, mais des altérations qu'il aura subies au contact de l'air ou des effets purement accidentels des injections veineuses (arrêt du cœur).

2° Certaines sueurs pathologiques, renfermant des substances organiques (élimination supplémentaire) ou des produits septiques, pourraient, au contraire, entraîner des accidents soit par leur rétention dans l'organisme, soit à la suite de leur injection dans le sang des animaux. 3° Les sueurs chargées de principes minéraux toxiques éliminés après absorption préalable, peuvent aussi provoquer des accidents, si la quantité injectée chez les animaux est suffisante.

A la question de la nature toxique de la sueur, se rattacherait tout naturellement celle des accidents résultant de la suppression de la perspiration cutanée, par les enduits imperméables ou par un autre procédé. Ce que nous venons de dire nous dispense d'entrer, à ce sujet, dans de longs détails : nous rappellerons seulement l'hypothèse de la *rétention de produits nuisibles* qui ne peut se soutenir en présence de ce fait que la peau, à l'état normal, ne laisse rien transsuder de toxique — l'hypothèse de l'*asphyxie* qui est aujourd'hui abandonnée, — enfin celle de la *réfrigération* qui, modifiée, paraît la plus plausible : cette dernière peut se défendre, en effet, si l'on admet que la production de calorique diminue par suite des troubles fonctionnels du système nerveux central que produit l'irritation cutanée dans le vernissage. C'est dans la même catégorie des influences nerveuses à distance, des phénomènes de suspension ou d'exagération d'activité nerveuse (*inhibition* et *dynamogénie* de Brown-Séquard), que nous paraissent devoir rentrer les accidents provoqués par la suppression brusque de la sudation que cause le froid; mais il faut se borner au simple énoncé d'une relation entre la réfrigération de la peau par l'évaporation exagérée de la sueur et la production de troubles fonctionnels du système nerveux, si l'on veut rester dans la limite des déductions logiques; énoncer la nature de ce rapport, ce n'est nullement fournir l'explication du mécanisme des accidents.

II. — Résumé de l'innervation sudorale

Comme nous l'avons dit au début, l'histoire détaillée des rapports de la fonction sudorale avec le système nerveux a été déjà trop longuement faite ailleurs (voy. *Dictionn. encycl.*, Sueur, p. 112-141) pour qu'on puisse, dans un article d'ensemble comme celui-ci, faire autre chose que d'en présenter un aperçu sommaire, en se bornant à n'insister que sur les points les plus nouveaux.

Dans la *période des hypothèses*, qu'on peut faire commencer à Jean Müller (1844) et conduire jusqu'aux travaux récents (1877-1880), on voit tous les physiologistes frappés des mêmes faits : sueur sans chaleur de la peau ou chaleur périphérique sans sudation; apparition de sueur sous l'influence des émotions; sudation provoquée par l'excitation de certains nerfs sensoriels ou par l'irritation douloureuse des nerfs de sensibilité générale; suppression de la sueur par l'altération destructive de certains nerfs ou, au contraire, sudation exagérée, altérée, dans les névrites traumatiques ou spontanées, etc. En un mot, la clinique et l'observation quotidienne fournissaient un ensemble d'éléments plus que suffisants pour autoriser à émettre l'opinion exprimée, avec un degré de conviction variable, par tous les auteurs : tous ont admis la dépendance directe de la sécrétion sudorale par rapport au système nerveux, et son indépendance relative par rapport aux variations circulatoires.

La question en était encore dans sa phase théorique quand l'observation faite incidemment par Goltz (1875), de production de sueur sur les pulpes digitales des animaux dont il excitait le sciatique, ouvrit la voie aux expériences : alors commença la *période de démonstration* qu'on peut considérer, sauf sur certains points de détail, comme complètement close aujourd'hui. Ce sont les résultats principaux de

---

Et d'abord Dechambre (car l'article lui fait un honneur qu'il serait assurément bien fier de pouvoir accepter, celui d'être rendu nominativement responsable de tout l'ouvrage), Dechambre ne sait pas écrire le français. Cela eu effet a dû lui arriver quelquefois, mais plus particulièrement dans les articles qui ne sont pas de lui. Jugez donc : il a mis *anabaine* au lieu de *anabène*, *anapnographe* au lieu de *anapnéographe*; *anchylostôme* au lieu de *ankylostôme*. Vous ne saviez pas que la science du style était toute dans l'étymologie, mais voici autre chose que vous pourriez ignorer encore : 1° *anabaine*. Bory de Saint-Vincent, créateur de ce genre d'algues, a écrit *anabaina*, de ἀναβαίνω, je monte (*Dictionnaire classique d'histoire naturelle*, I, 306). Focillon et Deschanel, écrivent *anabaine*. Cette orthographe n'a été modifiée que plus tard par l'Allemand Kutzing, qui a écrit *anabœna*; 2° *anapnographe*. Nom donné par les inventeurs, MM. Bergeon et Kastus, au spiromètre écrivant (*Gaz. hebd.*, 1868, p. 581); 3° *anchylostôme*, orthographe de Dubini, créateur du genre, et que Davaine a voulu respecter dans le *Dictionnaire encyclopédique*, comme dans la dernière édition du *Traité des entozoaires*.

Mais Bory de Saint-Vincent et Davaine ne savaient pas le français. Que ne peuvent-ils plus l'apprendre dans l'article même du *Paris médical!* En y lisant que le *Dictionnaire usuel* décrit trop *compendieusement* les cercopithèques, ils ne commettraient plus l'erreur de croire que la manière compendieuse de traiter un sujet est celle de l'abréger et que c'est pour cela qu'on a inventé le *Compendium*. Mais c'est surtout aux œuvres du rédacteur en chef de *Paris médical* que je les renvoie. Ils y rencontreront de petits chefs-d'œuvre de pensée et de style, des aphorismes surtout, dont le souvenir s'est perpétué, de génération en génération, dans les salles de garde et que même un étudiant loustic a ornés de réflexions sur les marges d'un exemplaire mis quelque part à la disposition du public. J'ouvre d'abord *l'Hygiène de la première enfance*, édition de 1862.

ces études que nous indiquerons, dans une série de propositions, sans entrer dans aucune discussion critique, à propos de la plupart d'entre eux.

§ 1. *Topographie générale des nerfs sudoraux.* — La démonstration directe, expérimentale, de l'existence de nerfs spéciaux se distribuant aux glandes sudoripares et provoquant la sécrétion sudorale, donnée d'abord par Goltz, a été depuis confirmée par tous les physiologistes, et notamment par Vulpian qui avait déjà théoriquement considéré cette influence comme nécessaire, par Luchsinger, Ostrowmow, Nawrocki, Adamkiewicz, etc.

On a déterminé successivement l'action excito-sudorale du nerf sciatique et de ses branches pour le membre postérieur, des nerfs médian et cubital pour le membre antérieur, du nerf sous-orbitaire pour la face.

Quand il s'est agi de préciser la provenance des filets sudoraux associés aux filets moteurs, sensitifs, vaso-moteurs, dans les nerfs mixtes, pendant un certain temps on a admis sans réserve que ces filets excito-sudoraux sont *originairement* contenus, d'une façon exclusive, dans le grand sympathique. Mais une opposition s'est produite : M. Vulpian, tout en reconnaissant qu'en effet le sympathique renferme des nerfs sudoraux, a conclu de ses expériences qu'on trouve la majorité de ces nerfs *dans les racines* mêmes des nerfs mixtes dont l'excitation provoque la sudation. Cette affirmation ayant déterminé les physiologistes étrangers à répéter leurs expériences à ce point de vue spécial, ils ont reconnu qu'ils avaient émis une opinion trop exclusive et ont admis le bien-fondé des conclusions de M. Vulpian. Toutefois, il faut reconnaître que, malgré les concessions faites de part et d'autre, on tient toujours à l'étranger pour le passage *prédominant* dans le sympathique des filets sudoraux ; c'est dans le même sens que plaident aussi les expériences les plus récentes faites en France.

De l'opinion qu'on se fait au sujet des lieux de passage des nerfs sudoraux à leur émergence des centres nerveux (dans le sympathique ou dans les racines mêmes des nerfs dans lesquels on les retrouve), résulte nécessairement une divergence de vues très accusée au sujet du *niveau d'origine* des nerfs sudoraux des membres; néanmoins, en tenant compte de ce fait que de part et d'autre on admet avec une répartition différente, le *double passage* des nerfs sudoraux par le sympathique et par les racines des nerfs des membres, on arrive aux résultats généraux suivants : *toutes* les racines sacrées, lombaires et les dernières dorsales contiennent, en proportion variable, des filets excito-sudoraux pour les membres postérieurs; les 5 ou 6 premières dorsales, les dernières cervicales, renferment des filets sudoraux pour les membres antérieurs. D'où il résulte déjà que presque toute la série des racines médullaires (sauf les premières cervicales qu'on n'a pas étudiées et les 7e et 8e dorsales) renferment des fibres sudorales : autant vaut dire, pour donner une formule générale, qu'on trouve ces filets *dans toutes les racines médullaires,* car chez l'homme et les animaux qui, comme le cheval, suent de toute la surface du corps, il est bien évident que les premières racines cervicales et les racines dorsales moyennes en contiennent aussi.

S'il a été relativement facile de fixer le trajet de la provenance des nerfs sudoraux des membres, la détermination du trajet des mêmes nerfs pour la face a été autrement laborieuse : le fait de la production de la sueur à la suite de la section du sympathique cervical devait engager à rechercher le passage des nerfs excito-sudoraux de la face, soit dans le trijumeau, soit dans le nerf facial. C'est dans ce dernier nerf surtout que tendirent à les admettre MM. Vulpian et Raymond, sans exclure cependant d'une façon complète le trajet par le sympathique du cou ; de leur côté, Luchsinger et Nawrocki établirent leur présence dans les branches facilement accessibles du trijumeau, dans le nerf sous-orbitaire. Mais cette constatation laissait subsister une lacune dans la systématisation générale du trajet des nerfs sudoraux : pourquoi n'en pouvait-on déceler sûrement la présence dans le sympathique céphalique, alors que partout ailleurs on en avait montré le passage dans les branches du même système? La difficulté provenait de ce que la section même du cordon cervical est suivie de sudation; or il advint que sur le cheval *chloralisé ne présentant pas de sudation* cervico-céphalique à la suite de la section du sympathique au cou, l'excitation du segment périphérique de ce nerf provoqua une abondante sudation (Luchsinger).

Cette observation, bientôt renouvelée sur d'autres animaux (par Nawrocki, etc.), établit donc la fonction excito-sudorale du sympathique au cou comme ailleurs et la *topographie sympathique* de l'appareil nerveux sudoral fut dès lors complétée.

C'est même par ce cordon que la plus grande partie des nerfs sudoraux de la face arriverait au trijumeau, tout comme la majorité des nerfs sudoraux des membres est fournie aux nerfs mixtes de ces membres par les branches des ganglions de la chaîne. Toutefois, on n'en doit pas conclure que les

---

Des coliques. « Les nouveau-nés ont quelquefois, dans le premier mois, des coliques très fortes avec ou sans projection de gaz par la bouche ou par l'anus. Cela s'observe chez des enfants en apparence très bien portants; ils crient on ne sait pourquoi, car ils ont bien tété et n'ont pas de dévoiement, mais ils se tordent en criant, puis un vent *sort* de l'anus et tout *rentre*... dans le plus grand calme. » (P. 329.)

Des vomissements. « Contre leurs coliques, il faut leur *leur frotter le ventre* avec l'huile de camomille laudanisée, *ou avec* un lavement de trois cuillerées d'eau tenant en dissolution une goutte de laudanum. » (P. 331.) Le difficile est de savoir s'y prendre.

Des rapports sexuels chez les nourrices. « Quand on a une nourrice sur lieu, il faut tâcher de la surveiller..... Cette observation me conduit à parler de l'espèce de *privauté* dans laquelle il faut tenir les nourrices. » Vous vous dites, cher confrère, qu'encourager les privautés chez les nourrices, c'est un moyen douteux de les rendre sages; mais rassurez-vous, il s'agit au contraire de les *priver* de leur mari ou de leurs « mauvaises connaissances ».

Je passe au *Traité des maladies des nouveau-nés.*

Aphorisme 303 : « Toute diarrhée un peu considérable doit être aussitôt combattue *par les moyens susceptibles de la guérir.* »

Aphorisme 306 : « On peut changer plusieurs fois de nourrice *jusqu'à ce qu'on ait trouvé celle qui convient aux besoins de l'enfant.* »

On pourrait relever un assez grand nombre d'aphorismes de cette force; mais ils ne vaudraient pas mieux que les phrases suivantes, enchâssées, comme des perles qu'elles sont, dans le texte : « Chez les enfants qui ont eu la diarrhée *pendant la vie,* on rencontre souvent (après la mort) une altération de l'intestin (p. 527). — L'érythème des fesses et des cuisses débute *avec* la maladie et paraît invariablement plusieurs jours *avant son invasion* (p. 548). — Il faut intervenir (dans l'entéro-colite) avec les divers moyens que la

nerfs sensitivo-moteurs de la face n'empruntent pas de filets sudoraux *directement* aux centres nerveux : l'analogie porte à l'admettre et une simple expérience d'ablation du ganglion cervical supérieur chez le cheval suffirait à juger la question. En attendant jusqu'à ce que la dégénération des fibres fournies au trijumeau par le sympathique cervical fût complète, on verrait les excitations du nerf sous-orbitaire rester sans effet excito-sudoral si le trijumeau reçoit tous ses filets sudoraux du sympathique, ou, au contraire, continuer à produire la sudation si ce nerf en reçoit du bulbe par ses propres racines.

§ 2. *Centres sudoraux.* — Si l'on veut conserver au terme de *centres sudoraux*, la signification large qui leur a été attribuée par les physiologistes qui s'en sont occupés, c'est-à-dire comprendre par là seulement les *régions* de la moelle d'où émanent les nerfs sudoraux, on se verra forcé de conclure que les délimitations précises qu'on a tenté d'établir dans la moelle pour y déterminer des centres sudoraux, sont forcément arbitraires : en réalité, *tout l'axe gris de la moelle joue le rôle de centre pour les nerfs sudoraux*, puisque c'est tout le long de la moelle qu'émergent les nerfs destinés aux glandes sudoripares de la tête et des membres. Toutefois cette conception d'une série de points centraux superposés dans la longueur de la moelle n'a pas été acceptée par tous les physiologistes : on voit, par exemple, Nawrocki insister, contre Luchsinger, sur l'existence d'un seul centre sudoral, qu'il place dans le bulbe. C'est la question des centres vaso-moteurs en quelque sorte retournée : tandis qu'on en arrive pour les vaso-moteurs à accepter la multiplicité de centres médullaires après avoir admis d'abord un centre vasomoteur unique dans le bulbe, ici on tendrait à récuser la présence de centres médullaires multiples pour ne plus conserver qu'un point de départ bulbaire commandant aux irritations sudorales. Nous pensons que M. Vulpian a très judicieusement exprimé l'opinion à laquelle on doit s'arrêter, aussi bien au sujet des influences vaso-motrices que des influences sudorales centrales, en attribuant depuis longtemps aux centres médullaires la production des actions partielles et au bulbe le pouvoir de déterminer les effets d'ensemble.

Il ne nous paraît pas nécessaire d'insister sur la critique trop aisée d'une localisation *cérébrale* des centres sudoraux. L'opinion que certains points de l'écorce du cerveau sont en rapport direct avec la fonction sudorale, n'a pour elle aucun fondement expérimental ou clinique sérieux.

François-Franck.

(*A suivre.*)

Contributions pharmaceutiques.

L'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE EST-ELLE L'ANTIDOTE DU PHOSPHORE?

L'Académie de médecine, en décernant un prix à Personne pour son mémoire sur la guérison, au moyen de l'essence de térébenthine, de l'empoisonnement par le phosphore, a donné naturellement crédit à l'opinion de ce chimiste distingué, malgré les efforts que M. le docteur Curie et moi nous avons faits pour la combattre.

Nos expériences n'ayant jamais été sérieusement contredites, nous restons toujours convaincu que l'essence de térébenthine n'est pas le contrepoison du phosphore. Personne croyait à tort que les animaux empoisonnés par le phosphore mouraient par asphyxie.

Il répéta lui-même l'expérience typique que nous avions indiquée, du lapin de 3 kilogrammes tué infailliblement par 8 milligrammes de phosphore, malgré l'emploi exagéré de l'essence de térébenthine, et reconnut qu'il avait été induit en erreur par la non-surveillance des chiens empoisonnés. Ces animaux avaient rejeté le poison sur la paille abondante de leur chenil, et avaient ainsi échappé à la mort.

La question passionna un instant les toxicologues. Quelques-uns prétendirent que notre insuccès provenait de ce que nous avions employé l'essence rectifiée, au lieu de celle du commerce, qui était la seule active. Cette essence française, disaient-ils, contient un corps oxygéné qui fait passer le phosphate à l'état d'acide térébenthino-phosphorique, corps inoffensif.

Le malheur pour leur doctrine, c'est que nous avions déjà expérimenté les deux essences et sans aucun résultat. Cet acide térébenthino-phosphorique n'est autre chose qu'un mélange pâteux d'acide phosphorique et d'essence. Il prend naissance quand on dissout du phosphore dans de l'essence de térébenthine au contact de l'air. Ceux que ces études intéressent pourront consulter le mémoire que j'ai publié dans les *Annales de chimie* (août 1867) sur le phosphure de sodium. Ils y trouveront l'examen d'un acide toluo-phospho-

---

science met à notre disposition (p. 551). — Quand un enfant est exposé au prolapsus du rectum, il conviendrait de soutenir les bords de l'anus pendant la défécation. Si l'enfant n'est pas *assez âgé ni assez intelligent* (il s'agit des nouveau-nés et des enfants à la mamelle) pour remplir cette prescription, *on peut y employer un domestique.* » Vous reconnaîtrez que voilà de petits modèles qui n'ont pas leurs pareils dans la littérature médicale ni dans aucune littérature, et qu'il serait malaisé d'imiter. Je viens de l'essayer pourtant par manière de distraction; mais j'y ai mal réussi et je ne livre qu'avec crainte les deux aphorismes suivants, que je serais bien aise de voir introduire dans la prochaine édition des *Maladies des nouveau-nés*. J'en fais cadeau à M. Bouchut.

Aphorisme 1. « L'existence du sein chez la femme est l'indice que l'enfant a été destiné par la nature à téter. »

Aphorisme 2. « Les cris de l'enfant peuvent amener des convulsions. Quand l'enfant crie, il faut le faire taire. »

Je continue. Cet affreux *Dictionnaire usuel* qui parle si mal le français est, de plus, émaillé « de *lapsus énormes*..... dont la présence *choque le bon sens* ». Exemples : « Tampons de *liége* et de charpie, au lieu de tampons de *linge ;* Mal de Bassine, mal de *nerfs*, au lieu de mal de *vers*. » Une aussi abominable substitution d'un *e* à un *n* et d'un *n* à un *v* crie vengeance contre le typographe, c'est vrai, mais il est bon de vous avertir que ce mal de *nerfs* est immédiatement qualifié : *maladie éruptive des doigts et de la main.* C'est égal, nous avons tort. Comme le dit le grand écrivain de *Paris médical*, un auteur doit corriger ses placards, et c'est pour avoir pris assez habituellement ce soin que nous n'avons pas écrit comme lui *chelopodes* pour *chetopodes* ou bien *physodéine* au lieu de *physodénie*, et que nous avons même corrigé pas mal de fautes de cette nature échappées au vrai Littré ("αμπτελως, pour "αμπελος, etc.). C'est aussi pour cela peut-être que nous n'écrivons pas *nouveauX-nés*, comme le faisait M. Bouchut dans les premières éditions de son traité; ni

rique qui est analogue à celui dont nous parlons plus haut. D'ailleurs tous les hydrogènes carbonés liquides se comportent de la même façon avec le phosphore, et c'est sans doute cette réaction qui a trompé les expérimentateurs.

Nous avons montré d'une manière irréfutable que l'essence de térébenthine n'avait aucune action sur l'huile phosphorée En a-t-elle une plus efficace sur le phosphore en nature? Nous ne le pensons pas, et nous croyons que son action est dissolvante, dangereuse dans l'économie. Mieux vaut, ce nous semble, l'expulsion du poison par tous les moyens possibles, qu'une dissolution qui rendrait nécessairement son absorption plus facile et son action plus énergique.

Quel que soit le procédé employé, nous n'avons jamais pu sauver un lapin empoisonné par le phosphore, parce que cet animal, comme chacun le sait, à cause de la conformation particulière de son estomac, ne rejette jamais rien de ce qu'on lui fait avaler.

Pour nous, nous n'attribuerons qu'aux vomissements le salut des personnes qui ont échappé à la mort après l'ingestion d'une matière contenant du phosphore.

Les observations médicales publiées sur ce sujet ne suffisent pas pour trancher cette question. La physiologie seule peut la résoudre.

Avec notre *lapin réactif*, nous avons fait pendant plusieurs années de nombreuses expériences en changeant constamment de théorie et de pratique, et rien n'a pu empêcher notre animal de mourir à l'heure prévue. Nous faisons humblement aujourd'hui cette déclaration d'impuissance dans l'espérance que d'autres seront tentés de chercher la solution de cet intéressant problème, et qu'ils seront peut-être plus heureux. En attendant, ne nous fions pas à l'essence de térébenthine comme contrepoison du phosphore.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Étude clinique sur la sclérose pulmonaire, par M. le docteur Du Castel, médecin de l'hôpital Tenon (1).

(M. Du Castel rappelle, tout d'abord, les différents symptômes sur lesquels il a longuement insisté dans sa première communication, et insiste sur les accidents auxquels le développement de la sclérose pulmonaire semble prédisposer.)

« L'association de ces différents symptômes, l'évolution particulière de chacun d'eux constituent un ensemble pathologique assez caractérisé pour permettre de reconnaître pendant la vie le développement de la sclérose pulmonaire. Il est certain que fréquemment ces symptômes se trouvent confondus avec ceux d'une maladie première dans le cours de laquelle la sclérose a pris naissance et qu'il est difficile en pareil cas de discerner la part qui revient à l'une et l'autre affection dans la constitution du tableau clinique : les malades ne sont cependant pas rares chez qui les accidents de la sclérose existent seuls avec leur allure particulière indiquant que cette lésion est le seul accident dont souffrent les patients.

Cette sclérose simple peut se développer dans deux conditions différentes : soit primitivement, lentement, insidieusement à la suite d'irritations pulmonaires répétées; soit secondairement à la suite d'une affection pulmonaire aiguë, bronchite, bronchopneumonie, etc., dans qui la cirrhose trouve son origine et à l'extinction de laquelle elle survit. Mais quel qu'ait été le mode de début, quel qu'ait été le point de départ des accidents, une fois que le malade est entré dans la voie de la sclérose, il est appelé aux mêmes aventures, au même avenir pathologique; aventures, avenir qui constituent un tout distinct et bien réglé, méritant au malade, qui en est atteint, une place à part dans nos descriptions : son histoire ne doit pas être confondue avec celle d'affections qui le touchent de près assurément, telles que la *dilatation des bronches*, l'*emphysème*, la *phthisie pulmonaire*, mais dont il se distingue par nombre de côtés.

I. — Fondre l'histoire de la sclérose pulmonaire dans celle de la dilatation bronchique, c'est mettre l'effet au premier plan et reléguer l'affection causale au second. Assurément la dilatation des bronches ajoute quelque chose à l'avenir pathologique du malade; les modifications de la muqueuse, les altérations des sécrétions au niveau de la bronche dilatée ne sont pas phénomènes indifférents qui puissent être négligés; mais ce ne sont là que des accidents secondaires et la sclérose, quand elle existe avec l'ectasie bronchique, quand elle lui a donné naissance, reste l'accident principal et doit être tenue en grand compte, car c'est pour la plus grande partie de l'évolution du processus scléreux que dépendra le plus souvent l'avenir du malade.

II. — L'emphysème, quand il s'observe avec la sclérose, semble, plus encore que la dilatation des bronches, devoir être habituellement rejeté sur un second plan.

Il est deux manières d'être emphysémateux. L'une, qu'on pourrait appeler vraiment médicale, la grande, est celle des sujets chez qui on voit l'affection pulmonaire se développer

(1) Extrait d'un mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux dans les séances des 14 et 28 mars 1884, et publié *in extenso* dans les *Bulletins* de la Société.

---

chromhydrose ou chromocrynie, comme dans un autre ouvrage édité par les expurgateurs de Littré.

Ce *chelopode* de *Paris médical* ouvre, avec *cheval*, la série des griefs relevés contre la brièveté des articles du *Dictionnaire usuel* dans les matières qui intéressent plus spécialement la médecine. Ce que je vous disais tout à l'heure vous explique l'intention du reproche; vérification faite, voici comment je répondrais, si j'étais à la place de MM. Dechambre, Duval et Lereboullet.

Demande. Le cheval étant beaucoup plus gros qu'un *chelopode*, pourquoi avez-vous consacré 24 lignes seulement au premier et 45 au second? *Réponse.* Parce que le cheval est un *genre* et ne sert guère au médecin que pour conduire sa voiture, tandis que le chetopode forme la moitié d'une classe et comprend plusieurs ordres et des genres nombreux. Que ne nous reprenez-vous d'ailleurs à propos de l'*âne*, qui tient également plus de place dans le dictionnaire Baillière que dans le nôtre? — *D.* Comment se fait-il que *Ciguë* n'ait que dix lignes? *R.* Parce que l'article Cicutaire a, chez nous, 24 lignes et chez vous une seule; parce que nous renvoyons à Æthuse, Phellandre, Conium; parce que notre article, conforme à la classification botanique, décrit au genre *Conium*, dont vous ignorez l'existence, non seulement les caractères de la grande ciguë, mais encore son emploi thérapeutique. — *D. Gastralgie* est traité en 27 lignes; la raison? *R.* C'est que les 27 lignes suffisent et que nous avons un article Dyspepsie qui, sauf les renvois, manquait dans le Littré et que vous n'avez introduit dans le *Baillière* que par imitation de l'*Usuel*. — *D.* Vous confondez *Ambi* avec *Banc* d'*Hippocrate*. *R.* Ce serait un petit malheur, mais les deux choses sont soigneusement distinguées. Après Ambi, lisez Banc, s'il vous plaît. — *D.* Pourquoi un véritable traité des eaux minérales et le tableau le plus complet qui existe en ce moment des eaux minérales d'Algérie? *R.* Aucune réponse; c'est trop..... ah oui, décidément ça l'est trop! — *D.* Votre *cérébroscopie* ne donne pas une idée suffisante de la chose et

sous l'influence d'une altération générale de la santé, d'un état diathésique, arthritis, herpétis. En pareil cas le trouble trophique occupe toute l'étendue des deux poumons; l'atrophie des parois alvéolaires, la dilatation des alvéoles sont généralisées à toutes les portions de l'arbre pulmonaire.

La seconde manière d'être emphysémateux est celle des malades chez qui, à la suite d'une affection pulmonaire aiguë ou chronique, on voit survenir un emphysème limité, occupant une portion circonscrite d'un ou des deux poumons, modelant son importance et son étendue sur l'affection première dont il suit les péripéties et l'extension; c'est l'emphysème secondaire, dit vicariant, accident souvent sans importance, modifiant fort peu l'avenir pathologique du malade qui en est atteint.

Tous les auteurs qui se sont attachés à l'étude de l'emphysème chez les malades atteints de sclérose pulmonaire, sont d'accord sur ce fait qu'il appartient le plus ordinairement à la classe des emphysèmes secondaires; c'est donc un facteur d'importance tout à fait réduite dans l'histoire de l'affection.

III. — Les rapports de la sclérose pulmonaire avec la tuberculose sont beaucoup plus intéressants et beaucoup plus délicats à apprécier. Nous rappelions, au commencement de cette étude, qu'il n'est guère de tuberculeux avéré chez qui on ne rencontre un certain degré de sclérose, chez qui on ne trouve une plus ou moins grande quantité de tissu fibreux en voie de formation : en revanche, il n'est guère de scléreux chez qui on ne rencontre soit quelques foyers caséeux enkystés, soit quelques-uns de ces grains crétacés qu'on s'accorde généralement à considérer comme d'anciens foyers caséeux ayant subi la transformation calcaire. Est-on en droit de dire que ces tuberculeux, chez qui on rencontre un peu de sclérose, et ces scléreux, chez qui on rencontre quelques masses caséeuses, sont les mêmes malades dont les uns ont tourné plus franchement vers la caséification, les autres vers la cirrhose? A l'époque où l'on croyait qu'il existe une caractéristique anatomique de la tuberculose, où la matière caséeuse était réputée spéciale à la maladie et désignée sous le nom de matière tuberculeuse, le doute ne semblait plus permis; les masses caséeuses, les grains calcaires, trouvés au milieu des nappes de cirrhose, étaient déclarés tubercules de guérison et on rapprochait sans hésitation les malades atteints de sclérose pulmonaire des malades affectés de tuberculose : l'évolution différente de la maladie dans les deux cas, les différences de lésions et les différences cliniques étaient regardées comme le résultat des modifications apportées au développement d'une même maladie par les qualités dissemblables du terrain sur lequel elle avait pris naissance. Malheureusement les notions récemment acquises sont venues jeter le doute sur la légitimité de cette assimilation.

Plus on s'est efforcé de déterminer la caractéristique anatomique de la tuberculose, plus le but poursuivi a paru s'éloigner; et les observations en s'accumulant semblent démontrer de plus en plus la non-spécificité des lésions. La cellule géante, le follicule tuberculeux qu'on avait pu pendant quelque temps considérer comme la caractéristique si avidement recherchée, n'ont eu, comme autrefois le corpuscule tuberculeux de Lebert, qu'un règne éphémère; ces lésions peuvent se rencontrer plus fréquentes, plus nombreuses dans les affections tuberculeuses, elles ne leur sont pas absolument spéciales. Aussi sommes-nous aujourd'hui beaucoup plus timorés que nos devanciers, quand il s'agit d'affirmer la nature tuberculeuse de certaines lésions, et les esprits rigoristes ne reconnaissent plus comme probants que les résultats de l'inoculation, procédé malheureusement souvent peu pratique, ou bien encore la découverte du bacille.

En présence de ces observations, qui s'accumulent chaque jour pour démontrer que les lésions anatomiques de la tuberculose sont loin de lui appartenir en propre et d'avoir une valeur absolument spécifique, il me semble plus que jamais permis de se demander si les rares foyers caséeux, si les grains calcaires trouvés à l'autopsie des malades morts de sclérose pulmonaire sont bien, comme on l'a admis pendant longtemps, les analogues des masses caséeuses de la tuberculose vraie; s'ils reconnaissent la même origine, s'ils sont de même nature? Les analogies anatomiques de l'une et l'autre lésion sont-elles à ce point accusées, qu'elles imposent la réunion en un seul faisceau de deux affections qui naissent, évoluent et finissent si différemment.

La phthisie pulmonaire, quelle que soit la forme qu'elle revête, emprunte toujours à la caséification, à la pneumonie caséeuse, sa caractéristique anatomique et la plus grande part de son tableau clinique. Les lésions sont avant tout intra-alvéolaires : la maladie est essentiellement une affection parenchymateuse; elle en a les allures rapides comme elle en a les lésions; la tendance ulcéreuse est toujours nettement accusée.

Bien différentes sont la tendance et l'allure de la sclérose; ses lésions sont des altérations interalvéolaires du tissu conjonctif; son domaine est le tissu interstitiel; sa tendance est éminemment organisatrice et non ulcéreuse; son aboutissant est la production du tissu fibreux; sa marche est essentiellement lente comme l'est celle de tous les processus sclérogènes.

Les inflammations intra-alvéolaires peuvent apparaître, nous l'avons vu, avec une certaine facilité dans le cours de la sclérose; mais, en pareil cas, les phlegmasies ne montrent pas les tendances dégénératives et ulcéreuses de la pneumonie caséeuse; ce sont des broncho-pneumonies franchement inflammatoires qu'on observe; ce sont, on pourrait dire, des inflammations de meilleur aloi que dans la tuberculose. C'est

---

vous ne nommez pas l'inventeur, pas plus du reste que « *vous ne prononcez le nom de* » Laennec à propos de l'auscultation. *R.* La cérébroscopie n'avait pas besoin de nous pour être connue, depuis qu'à la dernière Exposition universelle des affiches ont couvert les murs, jusque dans les Batignolles, pour annoncer les exhibitions de M. Bouchut au Trocadéro. Néanmoins nous lui avons consacré 10 lignes et vous 3; il est vrai que ces trois lignes valent leur pesant d'or. La cérébroscopie, c'est-à-dire l'*examen* du cerveau, est « un *jugement* sur l'état du cerveau, dans le cours des maladies, porté d'après l'*examen* ophthalmoscopique des *vaisseaux rétiniens.* » Je ne m'attarderai pas, pour le moment du moins, à signaler les prétentions et les erreurs de celui qui se croit l'inventeur d'une méthode diagnostique nouvelle parce qu'il a baptisé d'un mot impropre l'examen ophthalmoscopique dans les cas de maladies du système nerveux. Je me borne à renvoyer M. Bouchut à la critique faite par des savants *autorisés* des planches qu'il a publiées et dont il a si souvent utilisé les projections. Il conviendra, après cet examen de conscience, que l'article Cérébroscopie du *Dictionnaire usuel* était des plus modérés. Quant à citer Laennec, quant à dire qu'il est l'inventeur de l'auscultation médiate, le *Paris médical* en parle à son aise: il aurait fallu connaître ce trait d'histoire; mais on ne nous y reprendra plus; et, si nous parlons quelque jour des *Coaques*, nous aurons soin de nous informer si le livre est d'Hippocrate. — *D.* Il n'est pas parlé des travaux de M. Pasteur à l'article Bactérie, ni à l'article Bacille? — *R.* Parce que *Bactérie* et *Bacille* sont, n'en déplaise à MM. Baillière ou à M. Bouchut, des *vibrioniens*, et que nous avons renvoyé à ce mot, où sera exposée et discutée toute la doctrine de M. Pasteur. — *D.* Mais ailleurs vous ne dites rien non plus des travaux de M. Pasteur? — *R.* Excepté à Fermentation, Microbe, Micrococcus, Puerpéral, Septicémie, etc. — *D.* Mais le *choléra des poules?* — *R.* Lisez Micrococcus. — *D.* Puisque nous voilà dans l'histoire naturelle, la singulière idée que vous avez eue

là un fait considérable qui me paraît bien nettement indiquer les différences de tendance des deux maladies.

L'ulcération elle-même peut se montrer chez le scléreux comme chez le tuberculeux, bien que beaucoup plus rarement; mais ici il semble que ce soit plutôt par la voie de la suppuration ou de la gangrène que par celle de la caséification que l'ulcération se produise.

Enfin le tableau de la tuberculose finit par la cachexie, par la fièvre hectique; celui de la sclérose, par les troubles de la circulation du cœur droit ou les inflammations pulmonaires aiguës.

. . . .

La tuberculose est une maladie virulente, comme l'a démontré le premier le professeur Villemin; c'est une affection parasitaire, comme paraissent l'avoir établi les recherches les plus récentes, et on sait jusqu'à quel point le mot tuberculose tend à devenir synonyme de celui de bacillose; la tuberculose a son origine dans une infection de l'économie.

La sclérose, tout au contraire, semble, dans nombre de cas, trouver son origine dans une inflammation simple; elle succède à des irritations pulmonaires répétées, ou bien encore elle s'observe à la suite d'inflammations pulmonaires aiguës, dont la résolution s'est imparfaitement opérée; rien d'étonnant dès lors qu'on ne rencontre pas le bacille de la tuberculose dans cette classe de scléreux, comme nous le disaient MM. Debove et Bucquoy, et comme j'ai pu le constater plusieurs fois moi-même.

C'est donc dans une différence de nature et non dans une différence de terrain que semble se trouver la raison de l'allure si dissemblable de la maladie en pareils cas; ainsi s'explique la tendance ulcéreuse et l'allure habituellement rapide de l'une, la marche essentiellement chronique et la tendance organisatrice de l'autre.

C'est sans doute aussi dans cette différence de nature que se trouve l'origine de l'efficacité si inégale de la thérapeutique. Autant le tuberculeux se montre habituellement résistant, souvent rebelle aux médications auxquelles il se trouve soumis, autant le scléreux répond, dans la plupart des cas, avec une certaine facilité, aux efforts que nous dirigeons contre son affection.

Dans les crises aiguës, le malade semble retirer les plus grands bénéfices de l'emploi des décongestionnants, application de ventouses sèches ou scarifiées, administration de l'ipécacuanha à doses nauséeuses (poudre d'ipécacuanha, 50 à 75 centigrammes dans une potion de 125 grammes); sous l'influence de ce traitement, on peut voir souvent les phénomènes de congestion pulmonaire s'amender rapidement.

Les applications répétées de pointes de feu ont eu plusieurs fois une action très manifeste, elles ont amené une diminution considérable et immédiate de la fréquence et de l'intensité des quintes de toux coqueluchoïde; c'est un fait noté par mon interne M. Dautel, et dont j'ai pu à plusieurs reprises constater l'exactitude.

Dans les périodes de calme, les bains chauds procurèrent à quelques malades un bien-être tout particulier.

Les médicaments capables de provoquer l'éréthisme pulmonaire paraissent, au contraire, devoir être employés avec grande prudence; ils semblent susceptibles de réveiller les poussées congestives, qui constituent un accident toujours imminent; c'est à ce titre que les sulfureux ne doivent être conseillés qu'avec grande réserve, et au moment seulement où l'accalmie paraît complète et la tendance congestive à son minimum; en pareil cas, les sulfureux pourront être employés avec quelque utilité contre l'inflammation bronchique, qui accompagne toujours à un certain degré la sclérose pulmonaire, mais qui ne constitue, chez la plupart des malades, qu'un accident tout à fait secondaire.

En résumé, Messieurs, l'étude détaillée d'un certain nombre de faits observés dans ces dernières années m'a conduit à cette conviction que la sclérose pulmonaire simple, non tuberculeuse, est loin d'être une affection absolument rare. Cette sclérose présente une allure, des tendances, des complications qui constituent un ensemble distinct et caractéristique lui méritant une place à part dans nos descriptions des maladies du poumon, au même titre que nous en accordons une à la cirrhose atrophique dans les affections du foie, à la néphrite interstitielle dans les maladies du rein.

Née sous l'influence d'excitations répétées du poumon ou à la suite d'inflammations aiguës dont la résolution s'est imparfaitement accomplie, la sclérose revêt une marche essentiellement lente et envahissante.

Une toux coqueluchoïde et partant très pénible, des hémoptysies à répétition, des signes d'induration pulmonaire, souvent aussi de dilatation bronchique, sont les symptômes principaux de la maladie.

La reproduction facile de poussées aiguës de congestion pulmonaire constitue une des particularités les plus remarquables de son évolution.

La gêne de la circulation du cœur droit est une complication hâtive et souvent très accusée; elle est l'origine de la dyspnée considérable dont les malades sont atteints.

Elle peut être la cause de la terminaison fatale, qui d'autres fois survient à la suite d'une poussée inflammatoire dépassant les limites d'intensité ordinaires et aboutissant à la broncho-pneumonie ou à la gangrène.

Dans ces dernières années, la sclérose pulmonaire simple a souvent été confondue avec les formes lentes de la tuberculose vraie dans les descriptions de la phthisie fibreuse, de la phthisie fibroïde. Cette confusion me paraît regrettable; le

---

de laisser de côté la médecine vétérinaire? — *R.* C'est peut-être que cela n'avait pas bien réussi à MM. Baillière, à qui précisément la partie vétérinaire du Dictionnaire de Nysten a procuré certain désagrément légèrement coûteux.

Mais en voilà assez. Je demande pardon à messieurs du *Dictionnaire usuel* de les avoir compromis dans une conversation aussi ridicule; et je veux finir, cher confrère, à propos de plagiat, par une petite anecdote. Le *Dictionnaire usuel* en était à son deuxième fascicule quand MM. Baillière demandèrent à l'éditeur de conférer avec lui au sujet de prétendus emprunts faits au Dictionnaire Littré et Robin par les auteurs du *Dictionnaire usuel*. C'était un moyen ingénieux de réparer le préjudice qui vient d'être rappelé. MM. Dechambre, Lereboullet et Duval firent savoir à MM. Baillière, par l'intermédiaire de M. Masson, qu'ils leur refusaient toute explication. Jusqu'ici MM. Baillière se le sont tenu pour dit.

Ecole normale d'institutrices. — M. le docteur Dujardin-Beaumetz est nommé membre de la commission administrative de l'Ecole normale supérieure d'institutrices de Fontenay-aux-Roses et de l'école Pape-Carpentier.

Bibliothèques publiques. — M. le docteur Vallin, professeur au Val-de-Grâce, est nommé membre de la commission des bibliothèques populaires, communales et libres, et des bibliothèques des écoles publiques.

Le microbe du choléra. — Suivant le *Calcutta Englishman*, les recherches faites pour découvrir les causes du choléra viendraient d'aboutir à un résultat. Un chirurgien civil de Goalundo (Inde anglaise) aurait produit la maladie artificiellement, et, après maints essais, communiqué à un porc le vrai choléra (?).

qualificatif phthisie entraîne fatalement, depuis Laennec, l'impression de tuberculose; il devrait dès lors être réservé exclusivement aux affections d'origine tuberculeuse; appliqué à la sclérose pulmonaire simple, il donne une impression fautive sur la nature et l'origine du mal.

Je crois qu'il est, dans beaucoup de cas, possible de distinguer les uns des autres, pendant la vie, les malades atteints de sclérose pulmonaire simple et ceux affectés de phthisie fibreuse; c'est à établir nettement cette distinction utile, nécessaire au point de vue du pronostic et du traitement, que nous conduira la réunion d'observations recueillies avec toutes les ressources de la médecine moderne, comme le fut celle de M. Debove; l'établissement définitif de cette distinction ne sera pas un des résultats les moins précieux de l'application de la doctrine microbienne. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 24 MARS 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

Recherches expérimentales sur l'influence des très hautes pressions sur les organismes vivants. Note de M. *P. Regnard*. — Dans la dernière séance de l'Académie, M. Certes annonçait que son intention était d'entreprendre, avec l'appareil de M. Cailletet, un certain nombre de recherches sur la vie des microbes et des ferments aux grandes profondeurs. Or, depuis longtemps déjà, M. Regnard possède une presse permettant d'obtenir plus de 1000 atmosphères, qui lui a été confiée par MM. Cailletet et Ducretet, et avec laquelle il a pu faire un assez grand nombre d'expériences, dont voici le résultat :

En portant aux hautes pressions, qui correspondent à celles que supporte le fond de l'Océan, des ferments, des plantes, des infusoires, des mollusques, des annélides, des crustacés, nous les avons vus tomber dans un état de sommeil, de vie latente dont ils pouvaient encore sortir plus ou moins vite quand la pression avait cessé. Chez les poissons, animaux à phénomènes vitaux plus actifs, nous avons eu non seulement le sommeil, mais la mort.

L'auteur a cherché à analyser le mécanisme de cette mort si rapide, et, frappé par la rigidité du corps, il a fait agir la pression sur les muscles eux-mêmes. Des pattes de grenouille ont été introduites dans l'appareil. A 100 atmosphères, la contractilité et l'excitabilité semblent normales; à 200 atmosphères, le muscle est déjà un peu moins excitable, la contraction est lente, durable, peu étendue; à 300 atmosphères, le muscle est à peine excitable et à peine contractile. A 400 atmosphères, plus rien; le muscle est inexcitable et tellement rigide, qu'on casse le membre plutôt que de le faire ployer. En analysant le phénomène, on constate que le muscle, en devenant rigide, a augmenté de poids. Des cuisses de grenouille qui, avant d'entrer dans l'appareil, pesaient 15 grammes, en pesaient 17 à la sortie. La cause de cette augmentation de poids nous est inconnue, et nous ne savons même pas encore si elle est d'ordre physique ou d'ordre chimique. Des expériences en cours d'exécution éclaireront sans doute ce point.

De l'action du froid sur les microbes. Note de MM. *R. Pictet* et *E. Yung*. — Une première expérience, faite l'an dernier, ayant montré qu'un froid de — 200 degrés obtenu par l'évaporation de l'acide sulfureux et du protoxyde d'azote liquide, agissant durant quatre heures, sur différentes espèces de microbes, ne les détruit pas, les auteurs ont procédé récemment à une nouvelle expérience qui, par sa durée et l'intensité du froid obtenu, paraît sans précédent. Les organismes (bacilles, microcoques, vaccin) dont il s'agit ont subi un froid minimum de — 70 degrés durant cent huit heures, porté à — 130 degrés pendant vingt heures.

De la transfusion péritonéale. Note de M. *G. Hayem*. (Voy. le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire*.)

Du mécanisme médullaire des paralysies d'origine cérébrale. Note de M. *Couty*. — L'auteur a cherché à prouver, dans diverses communications précédentes, que les excitations ou les lésions du cerveau agissent sur les muscles par l'intermédiaire du seul organe nerveux, directement moteur, la moelle, comme aussi il a essayé de démontrer que les paralysies d'origine corticale ou sous-corticale coïncident avec un trouble des diverses fonctions spinales, toniques ou réflexes; mais il n'avait pas fourni de moyens simples de constater et même de mesurer ce trouble produit dans un côté de la moelle par une lésion cérébrale du côté opposé. Des expériences plus récentes lui permettent de combler cette lacune.

« De ces nouvelles recherches il conclut que la paralysie produite par une lésion cérébrale était bien une paralysie médullaire, malgré son origine apparente; et, se réservant de faire bientôt l'étude des cas complexes, comme les contractures et les hyperesthésies, il croit pouvoir affirmer déjà que les lésions du cerveau agissent à distance sur le côté opposé de la moelle pour y déterminer un état de paralysie fonctionnelle analogue à celui que produirait une lésion directe. Le cerveau n'est donc pas directement moteur, et son influence sur les muscles s'exerce par l'intermédiaire du bulbe et de la moelle. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 1er AVRIL 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ALPHONSE GUÉRIN.

M. *Siredey*, élu membre titulaire dans la deuxième section, est admis à prendre place parmi ses collègues.

M. *Laboulbène* présente : 1° au nom de M. le docteur *L. Boucher*, une *Étude historique sur la Salpêtrière;* 2° de la part de M. le docteur *A. Laveran*, un *Traité des fièvres palustres*.

M. *Villemin* dépose un mémoire manuscrit de M. le docteur *Burlureaux*, sur *les maladies observées en Tunisie de* 1881 *à* 1883. (*Commission des épidémies*.)

M. *Brouardel* fait hommage, de la part de M. le docteur *Hallopeau*, d'un *Traité élémentaire de pathologie générale*.

M. *De Villiers* dépose un mémoire manuscrit de M. *Delisle* sur *la statistique des nourrissons dans le département d'Eure-et-Loir en* 1881. (*Commission de l'hygiène de l'enfance*.)

M. *Billod* présente, au nom de M. le docteur *Tamburini*, plusieurs brochures, en langue italienne, sur *l'aliénation mentale et la législation relative aux aliénés*.

M. *Chatin* dépose, de la part de M. *C. Husson*, une brochure sur *les champignons comestibles et vénéneux*.

Sur la proposition du Conseil, l'Académie décide de se faire représenter au troisième centenaire de l'Université d'Edimbourg par M. H. Gueneau de Mussy.

Chromhidrose. — M. *Dechambre* fait une communication sur un cas de chromhidrose (son travail sera publié dans le prochain numéro).

M. *Le Roy de Méricourt* insiste de nouveau sur la réalité des faits de chromhidrose qui ont été décrits par divers auteurs et en particulier par lui-même. On a semblé contester la valeur de l'observation prise autrefois sur une jeune femme de Brest, et dont il a été question à plusieurs reprises devant l'Académie, et l'on a paru assez disposé à suspecter chez elle un certain instinct de coquetterie; toutefois cette jeune femme perdit quelques années après une jeune enfant; ses taches de chromidrose se montrèrent pendant tout le temps de cette période de chagrins; elle est morte depuis de phthisie à Paris, et jusqu'à son dernier jour elle présenta ce curieux phénomène. D'ailleurs l'analyse, faite sur la matière colorante par M. Charles Robin, fut pratiquée avec toutes les garanties désirables, et l'on peut remarquer que les taches

de chromidrose sont souvent par elles-mêmes une véritable infirmité, que les malades n'ont aucun intérêt à imaginer.

M. *Dechambre* dit avoir voulu seulement rappeler que les circonstances dans lesquelles cette observation s'était présentée ne pouvaient entraîner complètement la conviction.

M. *Colin* (d'Alfort) pense qu'il faudrait rechercher si ces taches ne seraient pas produites par l'excrétion de la matière colorante jaune de la bile, capable de bleuir, en certains points, sous l'influence des acides de la sueur.

Locomobilité du cerveau. — A propos de la communication, faite dans la dernière séance par M. Luys sur la locomobilité du cerveau, M. *Colin* (d'Alfort) se déclare disposé à admettre les changements de position de cet organe observés par son collègue suivant les diverses attitudes du corps; il croit toutefois devoir les réduire à leurs véritables proportions. Tous ces déplacements ont été en effet vus maintes fois et depuis longtemps sur les animaux morts; en est-il de même chez les animaux vivants? Si l'on enlève la boîte crânienne d'un cheval vivant, on constate que ces mouvements, nuls à la partie antérieure du cerveau, existent, au contraire, au niveau des lobes occipitaux; ils ont une amplitude de 4 centimètres environ, aussi bien dans le sens antéro-postérieur que dans le sens transversal, et il est facile de les distinguer des mouvements qui sont sous la dépendance de la respiration et du pouls. M. Luys a constaté des déplacements plus étendus; mais il étudiait le phénomène sur le cadavre, alors qu'il y a réduction des divers organes contenus dans la boîte crânienne et disparition partielle du liquide céphalo-rachidien; le cerveau y doit donc être plus mobile. De plus, M. Luys a expérimenté, après avoir sectionné la dure-mère; en agissant ainsi, il était forcé de rompre un certain nombre de filaments étendus de la dure-mère à l'arachnoïde, et dont la présence contribue à fixer le cerveau dans la position qu'il occupe, l'empêche de se déplacer suivant la pesanteur. Enfin, sur le cadavre, le sang coagulé que contiennent les sinus ne peut se déplacer sous l'influence de la pesanteur; les choses sont tout autres sur le vivant, et ce sang qui vient ainsi occuper les parties déclives y forme au cerveau une sorte de coussinet qui limite ses déplacements.

M. *Luys* objecte que les observations de son contradicteur ont été prises sur les animaux, chez lesquels les conditions statiques de l'axe cérébro-spinal sont différentes; la masse encéphalique y est également installée de toute autre manière dans la cavité crânienne, en raison de la configuration spéciale de celle-ci. Il rappelle aussi qu'afin d'éviter les causes d'erreurs dues à la facilité des déplacements du cerveau par suite de l'affaissement de ses parties sur le cadavre, il a eu soin d'injecter dans les vaisseaux crâniens une substance coagulante suffisante pour leur redonner leur volume normal; l'amplitude des déplacements observés a toujours été en pareil cas de 6 à 7 millimètres; elle doit être moindre chez le vivant.

M. *Béclard* se réserve de présenter de nouvelles observations à ce sujet dans la prochaine séance.

Recherches expérimentales sur l'alcoolisme chronique. — M. Dujardin-Beaumetz, au nom de M. *Audigé* et au sien, rapporte les résultats des expériences qu'ils ont entreprises depuis trois ans sur l'alcoolisme chronique. Antérieurement ils avaient montré que la dose toxique des alcools était proportionnelle à leur solubilité ou à leur volatilité, ainsi qu'à l'élévation de leur poids atomique; on lui avait objecté que leurs expériences, étant faites sur des chiens, n'étaient pas comparables avec ce qui se passe chez l'homme; les recherches nouvelles ont été pratiquées sur dix-huit porcs.

Après avoir fait ingérer à ces animaux 1 à 2 grammes d'alcool par kilogramme de l'animal, et par jour depuis le 1er juillet 1879, jusqu'au 20 du même mois de la même année, les résultats suivants ont été obtenus : 2 morts sans alcoolisme, 2 morts par intoxication; 14 ont été sacrifiés à la fin des expériences; les autopsies ont été faites par M. Cornil. Les conclusions suivantes semblent pouvoir ressortir de cette première partie des expériences :

Quant aux effets généraux des alcools : système digestif : diarrhée sanguinolente glaireuse, vomissements, congestion hémorrhagique de l'intestin, peu ou pas de gastrite; — système hépatique : congestion du foie, pas de cirrhose; — système rénal : pas d'albumine, pas d'hématurie, rein gras (état normal chez le porc); — système respiratoire : congestion qui se produit pour une double cause : irritation par l'alcool, immobilité des animaux; — système circulatoire : essoufflement, rien au cœur, dégénérescence athéromateuse de l'aorte; — système nerveux : ivresse chez le porc, tremblement et faiblesse, hyperesthésie, pas de lésions appréciables; — nutrition : augmentation de poids, mauvais état du tissu cellulaire.

M. Dujardin-Beaumetz, après avoir donné ces résultats généraux, expose ceux fournis par l'administration des diverses variétés d'alcool; il conclut à l'innocuité relative de l'alcool éthylique, à la nocuité certaine de l'alcool de pomme de terre, etc. Il recherche enfin quelles sont les modifications que subit l'alcool dans l'organisme. Ici deux opinions sont en présence : l'une qui soutient que la combustion de l'alcool dans l'organisme se fait d'une façon plus ou moins complète (Bouchardat), l'autre qui veut que l'alcool traverse l'organisme sans subir de modification. M. Maurice Perrin, défenseur de la seconde théorie, croyait pouvoir donner, en 1860, les conclusions suivantes : 1° l'alcool n'est pas un aliment; 2° l'alcool n'est ni détruit ni transformé dans l'organisme; 3° l'alcool est éliminé de l'économie en nature et en totalité. Dans des recherches qu'il a entreprises avec MM. Lextrait et Jaillet, à l'aide d'un appareil dont on trouvera la description dans la thèse de M. Toffier, M. Dujardin-Beaumetz n'a jamais trouvé dans l'organisme que l'alcool en nature et jamais les produits d'oxydation, ce qui semble donner raison à MM. Perrin, Duroy et Lallemand. En dehors de l'organisme cependant, et en se plaçant dans certaines conditions, cette transformation se produit. Si dans un flacon à trois tubulures on met du sang et de l'alcool, de façon que l'alcool ne dépasse pas 10 grammes pour 800 centimètres cubes; si l'on maintient le vase à 38 degrés et si l'on fait passer un courant d'oxygène, on voit l'alcool se transformer complètement en acide acétique. Les liquides albumineux de l'organisme ne produisent pas cette acétification de l'organisme, qui est due à l'hémoglobine. L'auteur admet l'hypothèse suivante pour expliquer les résultats différents obtenus dans l'organisme et ceux observés *in vitro* : l'acide acétique trouvant le sérum alcalin se transformerait en acétate de soude, puis en carbonate suivant la théorie de Wöhler. Mais tout l'alcool n'est pas ainsi transformé : à faible dose l'alcool subit d'abord l'influence des sucs intestinaux et gastriques, qui lui font subir un certain degré d'acétification, et cet acétate passe dans le sang; une autre partie de l'alcool passe dans le sang, se fixe sur les globules et y subit les modifications en aide acétique et en acétate. Enfin une très faible partie d'alcool pénètre en nature jusqu'à l'axe cérébro-spinal et produit des actions de tonicité. A haute dose l'alcool dissout l'hémoglobine; il se produit des hémorrhagies; la transformation de l'alcool en acide acétique ne se fait plus; l'alcool se diffuse dans toute l'économie et passe en nature.

En résumé, l'alcool serait un aliment, mais un aliment spécial, un aliment d'épargne, qui, au lieu d'activer les combustions, les ralentit au contraire, en soutirant une certaine quantité d'oxygène aux globules sanguins; de là le pouvoir antithermique des alcools, qui atteint son maximum avec les doses toxiques puisqu'il y a alors destruction de l'hémoglobine et des globules eux-mêmes. L'alcool aurait, en outre,

une action directe sur les centres nerveux déterminant ici des effets de tonicité, là des effets d'ivresse selon les doses administrées.

Eaux minérales. — M. *Bouchardat* (Gustave) donne lecture du Rapport général sur le service médical des eaux minérales en France pendant l'année 1881.

Société médicale des hôpitaux.

Séance du 28 mars 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

Présentations d'ouvrages : MM. Laveran, Sevestre. — Ulcérations tuberculeuses de la voûte palatine : M. Sevestre. — De la sclérose pulmonaire : M. Du Castel. — Appareil à micro-photographie M. Damaschino. — Valeur de l'auscultation et des bacilles pour le diagnostic précoce de la phthisie pulmonaire : M. Grancher. — Réflexe douloureux du nerf cubital dans certaines dyspepsies gastro-intestinales (M. Treille) : M. Lereboullet. — Anévrysme de l'artère pulmonaire. Hémoptysie mortelle : M. Du Castel.

M. *Laveran* offre à la Société son *Traité des fièvres palustres*. Il rappelle que, en 1880 et 1882, il a communiqué le résultat de ses recherches sur les parasites du paludisme; l'ouvrage qu'il vient de publier complète sur bien des points ses travaux antérieurs. Il a été entraîné à écrire un traité complet du paludisme, l'histoire des parasites du sang, auxquels il attribue les accidents palustres, étant inséparable de l'étude des manifestations cliniques et de l'anatomie pathologique de cette affection.

— M. *Sevestre* fait hommage à la Société des *Leçons sur les maladies des enfants*, professées à l'hôpital des Enfants-Malades par le regretté Archambault.

— M. *Sevestre* présente les pièces anatomiques recueillies à l'autopsie d'un homme atteint d'*ulcérations tuberculeuses de la voûte palatine*, et dont M. Dujardin-Beaumetz a rapporté l'histoire clinique dans la séance du 28 décembre dernier. Ce malade a succombé, il y a deux jours, dans le service de M. Sevestre. A l'autopsie, on trouve sur la muqueuse du palais les ulcérations observées pendant la vie, et qui ont subi, depuis l'époque où M. Dujardin-Beaumetz les a signalées, un accroissement considérable; il n'en existe pas sur la langue ni dans le pharynx, mais elles se montrent de nouveau très prononcées dans l'intérieur du larynx. Les poumons renferment des lésions tuberculeuses à diverses périodes.

— M. *Du Castel* achève la lecture de son mémoire intitulé : *Etude clinique sur la sclérose pulmonaire* (voy. un extrait de ce travail, p. 227).

— M. *Damaschino* présente à la Société des *micro-photographies* relatives à l'histologie normale et pathologique. Grâce à l'appareil qu'il a successivement perfectionné depuis trois années, on peut obtenir de bonnes épreuves et un grossissement variant depuis 2 diamètres jusqu'à 500, 1000 et même 1200 diamètres. Les exemplaires placés sous les yeux de la Société sont d'une grande netteté et très démonstratifs; ils représentent des coupes d'os d'embryons; des sections transversales de moelle épinière chez des ataxiques, dans des cas de paralysie infantile, etc.; des bacilles du charbon et les spores de ces bacilles; des micrococcus de la blennorrhagie, etc. L'appareil présenté par M. Damaschino est essentiellement composé : 1° d'une chambre noire à long tirage (2 mètres); 2° d'un microscope spécial construit par M. Verick, et dont le tube offre un diamètre relativement considérable; 3° enfin d'une source lumineuse fournie par la lumière oxhydrique, et dont les rayons, dirigés sur la platine du microscope, peuvent être rendus convergents, parallèles, ou même légèrement divergents, suivant qu'il est nécessaire selon l'objectif employé.

— M. *Grancher* fait une communication sur *la valeur de l'auscultation et des bacilles pour le diagnostic précoce de la phthisie pulmonaire*. Il possède en ce moment, dans son service, une jeune malade qu'il a pu observer avec ses internes depuis deux ans et demi, c'est-à-dire depuis le début même de son affection. Entrée à l'hôpital en octobre 1881, pour une fausse couche suivie d'une légère pelvi-péritonite, elle ne présentait alors aucun accident pulmonaire; à l'auscultation on ne constatait qu'un peu de rudesse de l'inspiration sous la clavicule gauche; elle avait du reste perdu deux frère et sœur de tuberculose. Elle quitta l'hôpital avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire probable; elle y rentra en 1882, après avoir eu deux hémoptysies, et fut admise successivement dans les salles en janvier 1883 et mars 1884. Actuellement, on constate sous la clavicule gauche une submatité très nette et une respiration rude soufflante; la malade a maigri, est sujette à des hémoptysies fréquentes, a de la toux et une expectoration assez abondante. Elle présente donc tous les signes de la tuberculose pulmonaire, et cependant l'examen minutieux de ses crachats, plusieurs fois répété, n'a jamais permis de constater un seul bacille. M. Grancher rapporte encore plusieurs observations analogues de malades offrant des signes indiscutables de tuberculose pulmonaire à la première période, submatité sous la clavicule, respiration rude, soufflante, augmentation des vibrations thoraciques, et dont l'expectoration n'a jamais montré aucun bacille. Ces faits, dit M. Grancher, ne prouvent pas, comme on pourrait peut-être le croire, que la recherche du bacille n'a pas la valeur diagnostique qui lui a été attribuée. Il est pleinement convaincu que le bacille est absolument caractéristique, et que sa constatation est plus précieuse pour le diagnostic de la tuberculose que tous les signes d'auscultation. Mais il croit que chaque moyen d'investigation doit conserver sa valeur propre; en effet, le bacille semble n'apparaître que tardivement dans l'expectoration de la tuberculose commune à forme chronique; en outre, certains malades n'ont pas d'expectoration pendant un temps assez long, et il importe de faire le diagnostic dès le début de l'affection, afin d'instituer le traitement à une époque où il peut être efficace. Du reste, si le bacille apparaît d'une façon bien plus précoce dans les crachats des malades atteints de tuberculose rapide à forme pneumonique, il ne reste pas moins d'assez grandes difficultés à surmonter pour constater sa présence; il faut l'habitude de ce genre de recherches, une certaine habileté de main, surtout pour obtenir la décoloration convenable des autres microbes de la préparation par le bain d'acide nitrique, sans décolorer le bacille spécial, les réactifs doivent être très purs et tout récemment préparés, enfin l'examen de chaque lamelle demande une minutieuse attention et un temps assez considérable. En résumé : 1° Les signes précoces de la tuberculose pulmonaire commune (altération de la respiration, particulièrement de l'inspiration) précèdent quelquefois de longtemps la toux et l'expectoration, la submatité, la bronchophonie, etc. Ces signes appartiennent à la période de germination de la tuberculose pulmonaire, ce que Bayle appelait : phthisie occulte. — 2° La présence bien constatée des bacilles tuberculeux dans les crachats est un signe *certain* de tuberculose, mais ce n'est pas un signe *précoce*. Le plus souvent les signes physiques et rationnels sont antérieurs à l'apparition des bacilles dans les crachats, et le médecin ne doit pas attendre la présence des bacilles pour instituer un diagnostic et une thérapeutique. — 3° Si le diagnostic par les signes physiques et rationnels offre des incertitudes et des écueils, la recherche du bacille n'est pas exempte de causes d'erreur qui sont inhérentes à la méthode, aux réactifs, à l'observateur.

— M. *Lereboullet* donne lecture de son rapport sur le mémoire de M. Treille intitulé : *Note sur un réflexe douloureux du nerf cubital dans certaines dyspepsies gastro-intestinales* (Ce rapport sera prochainement l'objet d'un

article spécial dans la *Gazette*. Nous ne donnons ici qu'une rapide analyse du mémoire de M. Treille). M. le docteur Treille a pu déterminer chez vingt malades atteints de dyspepsie gastro-intestinale, sur vingt-neuf observés, un réflexe douloureux dans le territoire du nerf cubital gauche par la pression exercée avec les doigts sur la peau de l'abdomen au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure du même côté. On peut, d'ailleurs, obtenir un résultat identique en faradisant la même région de l'abdomen. Le réflexe douloureux cubital présente ordinairement deux points d'intensité *maxima :* l'un derrière l'épitrochlée, l'autre sur le bord interne du petit doigt. Si l'on augmente l'énergie de l'excitation faradique abdominale, on voit le réflexe douloureux se produire également dans le cubital du côté opposé à celui sur lequel porte l'excitation cutanée. M. Treille s'était demandé tout d'abord s'il s'agissait d'un phénomène intimement lié à l'état morbide connu sous le nom de diarrhée de Cochinchine, tous les malades observés ayant été atteints de cette affection ou de dysentérie; mais il a rencontré le même réflexe chez un malade souffrant de dyspepsie flatulente simple. Il fait d'ailleurs remarquer que chez ces individus, évidemment névropathes, la moindre irritation du tégument abdominal, et même, dans un cas, l'encombrement intestinal lors de constipation, suffisent à déterminer le réflexe cubital plus ou moins accusé, et qui revêt alors l'apparence de la spontanéité. Il ne veut pas formuler de conclusions hâtives, mais il pose en terminant cette question : « Dans l'ordre des névropathies susceptibles d'être expliquées par des troubles viscéraux éloignés, existe-t-il un état névropathique strictement limité à la sphère du nerf cubital gauche, dont la pathogénie soit directement liée aux troubles chroniques des fonctions digestives de l'intestin? »

— M. *Du Castel* présente des pièces anatomiques sur lesquelles on peut constater, dans la paroi d'une vaste caverne tuberculeuse, un anévrysme de l'artère pulmonaire du volume d'une petite noix. Le malade, à l'autopsie duquel cette lésion a été reconnue, était tuberculeux depuis plusieurs mois, et, en dépit d'une amélioration assez marquée des phénomènes généraux et locaux, a succombé à une hémoptysie presque foudroyante résultant de la rupture de cet anévrysme pulmonaire de Rasmussen. M. Du Castel insiste sur un détail curieux, à savoir que, au cours de la seconde reprise de l'hémoptysie, le malade cracha des caillots cruoriques provenant, selon toute probabilité, de la caverne pulmonaire, où ils s'étaient formés depuis le début de l'hémorrhagie.

— A cinq heures et quart la séance est levée.

André Petit.

Société de biologie.

SÉANCE DU 29 MARS 1884. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT, VICE-PRÉSIDENT.

Action du chlorure d'éthylène et du tétrachlorure de carbone : M. Rabuteau. — Discussion : M. Blanchard. — Kyste de l'antre d'Hygmore : M. Galippe. — Mode de formation des kystes des mâchoires : M. Aguilhon. — Fièvre nerveuse traumatique : M. Ch. Richet. — Action des hautes pressions sur les cils vibratiles : M. Régnard. — Diffusion des carbonates par les branchies : M. Régnard. — Analyse des paralysies psychiques : MM. P. Richer et Gilles de la Tourette. — Pathogénie de l'endartérite : MM. Lépine et Blanc. — Variations de l'heure du sommeil : M. Staseano. — Réactions médullaires motrices : M. Couty. — Immunité conférée par le cuivre : M. Burq.

— M. *Rabuteau*, à l'occasion du procès-verbal, communique ses recherches sur les propriétés physiologiques du chlorure d'éthylène et du tétrachlorure de carbone ; il conclut aux propriétés nuisibles des dérivés de radicaux d'alcools diatomiques.

M. Blanchard ajoute à ce propos qu'il a fait, il y a plusieurs années, sous la direction de M. Bert, des expériences avec le tétrachlorure de carbone. Ce corps, essayé sur le chien, provoquait de violentes convulsions, mais n'amenait pas de véritable anesthésie. Peut-être faut-il attribuer ce fait à l'impureté du produit qui était de fabrication allemande.

— M. *Galippe* présente une malade atteinte d'un kyste du maxillaire supérieur (antre d'Hygmore). (Voy. le *Compte rendu officiel.*)

— M. *Aguilhon* communique une note sur l'origine des kystes des mâchoires, pour faire suite aux précédentes communications de MM. Nepveu, Magitot, Malassez sur cette question. Il résume ses recherches en admettant que les kystes des maxillaires sont analogues aux autres kystes formés dans les différents tissus, et se développent autour de corps étrangers non irritants en les isolant. Il insiste sur ce point que l'épithélium observé sur la paroi kystique peut être fourni par la tunique interne des vaisseaux.

A ce propos, M. Malassez fait cette juste remarque qu'on ne peut admettre la transformation d'un endothélium vasculaire en un épithélium pavimenteux semblable à celui qui tapisse la paroi du kyste.

— M. *Ch. Richet* a provoqué de grandes élévations de la température, une véritable fièvre traumatique nerveuse, chez des animaux, en irritant les régions les plus superficielles du cerveau. Ces élévations de température qui allaient en quelques heures à 1, 2 et 3 degrés au-dessus de la normale, ne peuvent être imputées à des accidents d'encéphalo-méningite en raison de la rapidité de leur apparition.

— M. *Régnard*, continuant l'exposé de ses recherches sur les effets des hautes pressions sur les organismes inférieurs, confirme d'abord les résultats qu'il avait précédemment énoncés au sujet de la persistance des fermentations avec les ferments solubles et les ferments inversifs, sous les pressions les plus élevées, et annonce de nouveaux résultats obtenus sur les cils vibratiles des vorticelles : une lentille d'eau, munie de ses vorticelles avec leurs cils vibratiles, étant soumise à une pression de 600 atmosphères, est examinée au microscope au bout de dix minutes de compression : le fil de chaque vorticelle est déployé et les cils vibratiles immobiles ; c'est seulement au bout de deux à trois heures que les mouvements de ces appendices reparaissent et que les fils reprennent leur position d'activité et s'enroulent en spirale.

— M. *Régnard* fait une seconde communication sur ce qu'on pourrait appeler la *respiration des solides*. Le fait consiste en une élimination, par les branchies, de carbonates alcalins, s'accusant par l'accumulation, dans l'eau non renouvelée, mais aérée, d'une grande quantité d'acide carbonique combiné avec une base, la soude probablement. Pour établir la réalité de cette diffusion des carbonates par les branchies et la démontrer plus complètement qu'il n'avait pu le faire dans ses recherches antérieures avec M. Jolyet, M. Régnard a placé, dans un large tube recourbé, une anguille dont la tête plongeait dans un vase plein d'eau et la queue dans un autre : on trouva l'acide carbonique lié seulement dans le vase où s'effectuait la respiration branchiale ; il est donc impossible d'attribuer la présence de cet acide à une excrétion intestinale ou autre.

— MM. *P. Richer* et *Gilles de la Tourette* rappellent une leçon de M. Charcot à la Salpêtrière (7 mars 1884), dans laquelle le professeur a fait remarquer que tous les auteurs qui, jusqu'ici, se sont occupés des paralysies psychiques (par suggestion), ont eu surtout en vue la recherche des conditions productrices de ces paralysies, mais ont laissé dans l'ombre les phénomènes cliniques qui ont pour siège le membre paralysé. C'est pour combler cette lacune et pour préciser les signes à l'aide desquels on pouvait affirmer

l'existence de ces paralysies et les distinguer des paralysies dites organiques, que MM. Richer et Gilles de la Tourette ont étudié d'une façon spéciale les signes cliniques locaux; ils ont observé les faits suivants : 1° la *flaccidité* complète et l'abolition de la motilité et de la sensibilité dans le membre paralysé; 2° l'exagération considérable des réflexes tendineux du côté paralysé, comparé au côté sain; 3° la trépidation spinale, toujours plus appréciable au membre inférieur; 4° l'abolition complète du sens musculaire; 5° l'exagération de la secousse musculaire produite par les décharges d'induction; 6° l'augmentation de la secousse par l'application du pôle négatif et la fermeture du courant de pile; 7° des troubles vaso-moteurs multiples.

On voit en somme qu'à la notion étiologique près, ces paralysies par suggestion se rapprochent absolument des paralysies de cause organique.

— MM. *Lépine* et *Blanc* adressent une note *sur un point de la pathogénie de l'endartérite des petites artères*. Ils pensent que, sans réduire le rôle des autres facteurs, on doit attribuer une plus grande importance qu'on ne l'a fait à l'*influence mécanique du tiraillement de l'artériole*.

— M. *Stassano* (de Naples) adresse une note sur les conditions qui peuvent faire varier l'heure du sommeil; il a constaté que l'exagération de la proportion d'acide carbonique dans le milieu où étaient placés des oiseaux a avancé l'heure du sommeil, et qu'au contraire le sommeil a été plus tardif quand on a diminué la proportion d'acide carbonique.

— M. *Bochefontaine* dépose un mémoire de M. Couty sur l'analyse d'un grand nombre de réactions médullaires et cérébrales motrices, laquelle a conduit l'auteur à différencier les mouvements, non plus d'après leur origine cérébrale ou périphérique, mais d'après leur mécanisme médullaire plus ou moins compliqué. M. Couty se réserve de déduire les conséquences théoriques de ses observations quand il les aura poussées plus loin; c'est seulement un exposé de faits qu'il présente dans son travail.

— M. *Burq* revient sur la question de l'immunité des ouvriers saturés de cuivre, et discute les conclusions opposées précédemment émises par M. Bochefontaine. On trouvera l'exposé des documents sur cette question dans le compte rendu officiel; la vivacité des termes employés par M. Burq dans sa discussion orale aura vraisemblablement disparu de la communication écrite, à laquelle nous ne pouvons que renvoyer.

REVUE DES JOURNAUX

Ablation d'un testicule en ectopie périnéale et rattaché au péritoine par un diverticulum, par M. Flaganase. — Le malade, âgé de vingt et un ans, avait le testicule gauche placé dans le sillon génito-crural; il y éprouvait constamment des douleurs qui rendaient tout exercice impossible. On s'était décidé à l'enlever et on disséquait sa face superficielle, lorsqu'on s'aperçut qu'un prolongement du péritoine l'entourait. On passa outre et on fit l'extirpation de l'organe. Pansement antiseptique. Guérison en cinq semaines. Le malade a pu reprendre son métier de militaire. L'auteur fait remarquer qu'il n'est probablement plus menacé de hernie, grâce aux adhérences qui se sont faites entre les parois du canal péritonéal. (*The British medical Journal*, 5 janvier 1884, p. 7.)

Un cas de phthisie traitée par les inhalations antiseptiques, par M. Burney Yeo. — Jeune fille de quinze ans, présentant tous les attributs de la phthisie avec des signes stéthoscopiques d'induration pulmonaire et de cavernes. On la soumit à des inhalations d'eucalyptol d'abord et de créosote ensuite. Après quelques semaines de ce traitement, l'état général s'améliora considérablement, les signes stéthoscopiques restant les mêmes. L'auteur ne pense pas que ce traitement guérisse la phthisie, mais il croit qu'il en entrave la marche. Il s'attache à réfuter les deux principales objections qu'on a faites contre l'emploi des inhalations antiseptiques : la première est que les inhalations déterminent des inflammations du parenchyme pulmonaire; la seconde, que c'est folie de penser que les inhalations ont quelque influence sur les poumons. L'auteur n'a jamais constaté la moindre irritation pulmonaire; si on la redoutait, il faudrait habituer peu à peu le malade à cette médication en modérant d'abord les doses des substances et la durée des séances. (*The British medical Journal*, 12 janvier 1884, p. 43.)

Goitre congénital guéri par simple application de pommade au mercure biiodé, par M. Werthington. — Il s'agit d'un enfant de trois mois et demi présentant sur le côté droit de la trachée un petit goitre mou, fluctuant, ne déterminant aucun trouble fonctionnel, mais alarmant beaucoup la famille par sa difformité. L'auteur prescrivit une pommade au mercure biiodé et axonge en friction deux fois par jour. Après onze jours de ce traitement la guérison était complète. L'enfant n'avait pas eu de salivation ni aucun autre accident mercuriel. (*The medical Record*, 29 décembre 1883, p. 708.)

Amputation partielle des deux pieds pour une gangrène sénile, par M. Keall. — Il s'agit d'un homme grand, maigre, sobre (l'auteur ne dit pas son âge), n'ayant aucun antécédent morbide dans sa famille, qui, après avoir eu les deux pieds gelés pendant le rigoureux hiver de 1880-1881, vit, dans le milieu de l'année 1882, se gangrener d'abord les quatrième et cinquième orteils du pied droit. Tout le pied était œdémateux, mais la sensibilité y était conservée et les artères tibiales antérieure et postérieure étaient saines. On enleva les parties mortifiées, les circonscrivant par une incision passant dans les tissus œdématiés; les métatarsiens furent sectionnés avec une pince coupante; une ulcération siégeant sur le troisième orteil fut grattée avec la cuiller tranchante. Tout alla bien, un mois après le malade quittait l'hôpital guéri, se plaignant seulement de douleurs dans le pied gauche. L'année suivante, onze mois après l'opération il revenait à l'hôpital. La guérison s'était maintenue du côté du pied droit, mais l'orteil du milieu du pied gauche était gangrené. Le sphacèle envahissant chaque jour, on pratiqua l'amputation en enlevant avec le métatarse le cunéiforme et le cuboïde. Trois mois après, le malade sortait cicatrisé et six mois après la guérison se maintenait encore. C'est là un exemple encourageant pour le traitement de la *gangrène sénile* (?). D'après l'auteur, cette affection est entretenue et se propage par le contact des parties gangrenées avec les parties saines. (*The Lancet*, 12 janvier 1884, p. 61.)

Tumeurs malignes et parasitisme, par M. Henry T. Butlin. — La théorie du parasitisme appliqué aux tumeurs a été, pendant de long siècles, plus ou moins en faveur près des chirurgiens, mais dans ces derniers temps cette théorie a perdu du terrain, lorsque le microscope est venu démontrer que les éléments des tumeurs malignes ont leurs analogues dans les tissus normaux. Prise au pied de la lettre, cette expression de parasitisme est en effet incorrecte. Les récentes découvertes des organismes inférieurs permettent de penser que, si ces parasites ne produisent pas les néoplasmes, ils s'y rencontrent cependant quelquefois. L'assimilation des tumeurs malignes à des tumeurs parasitaires a quelque apparence de raison d'être : des tumeurs infectieuses que l'on sait aujourd'hui manifestement produites par des micro-organismes présentent dans leur évolution les mêmes caractères que certains néoplasmes, tel est le tuber-

cule ; la propagation rapide et fatale aux ganglions des tumeurs malignes plaide en second lieu en faveur de cette opinion ; en troisième lieu certaines contrées plus que d'autres voient leurs habitants atteints de telle ou telle tumeur. Quant aux objections que l'on peut faire, à savoir : que jusqu'ici on n'a pas trouvé d'organisme inférieur dans ces tumeurs ; qu'elles ne sont pas inoculables ni contagieuses ; qu'elles débutent quelquefois dans la profondeur des tissus, etc., etc., l'auteur n'a pas de peine à les réfuter. (*The British medical Journal*, 12 janvier 1884, p. 45.)

BIBLIOGRAPHIE

Rapports sur les maladies régnantes de la ville de Lyon, faits à la Société de médecine pour les années 1881-1882-1883, par le docteur J. Teissier, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté.

Depuis plus de vingt ans la Société de médecine de Lyon publie sans interruption une série de Rapports remarquables sur les maladies régnantes, qui sont assurément au nombre des meilleurs titres de cette Compagnie savante à l'attention et à la considération des médecins et du public. Conduites parallèlement avec une œuvre semblable produite par la Société médicale des hôpitaux de Paris, à l'instigation de Lailler, ces publications ont acquis une importance que méconnaissent seuls les médecins que ne préoccupe pas le sentiment des besoins réels et immédiats de la médecine publique. Je ne saurais trop hautement, ni trop vivement exprimer le regret qu'au moment même où la Société de médecine de Lyon apporte à ces travaux le plus grand soin, et s'attache à leur donner tous les développements que réclament les progrès et les méthodes nouvelles de la science épidémiologique, la publication des Rapports médicaux sur les maladies régnantes à Paris soit abandonnée ; c'est là un fait absolument fâcheux à tous égards.

Les rapports épidémiologiques de la Société de médecine de Lyon, commencés par Faivre, continués par le regrettable Fonteret (1), puis par P. Meynet, sont aujourd'hui rédigés par un jeune et laborieux savant, M. J. Teissier, qui suit très heureusement la tradition paternelle dans la brillante phalange des maîtres de l'Ecole de Lyon.

Dès son premier travail, le nouveau rapporteur a saisi avec beaucoup de bonheur le sens réel que les progrès contemporains de la science devaient donner aux publications épidémiologiques, et il a mis en œuvre tous les procédés scientifiques et précis qui peuvent mener à la connaissance exacte des lois qui régissent les maladies épidémiques. Chaque trimestre, l'auteur met sous les yeux de ses collègues et du public une série de *tableaux* et de *graphiques* relatifs au mouvement hebdomadaire de la *mortalité urbaine* pour les principales maladies régnantes ; au mouvement de la *morbidité* pour les mêmes maladies (étude dont l'importance est capitale, ainsi que je n'ai cessé de le montrer pendant de longues années pour la ville de Paris). Il y joint enfin (innovation des plus importantes) un plan de la ville de Lyon, où sont indiqués avec grand soin les points qui ont servi de centre de rayonnement aux affections épidémiques, en tenant compte de la densité de la population, de la situation des divers quartiers, etc., de façon à pouvoir juger le rapport qui existe entre la diffusion de ces maladies et la distribution des nappes et des cours d'eau, des égouts, des foyers insalubres, etc.

L'un des tableaux de ce genre les plus intéressants qu'ait produit M. J. Teissier est le *Plan topographique* du 1er arrondissement de Lyon, indiquant le développement chronologique de l'épidémie de variole à Lyon en 1883. L'examen le plus superficiel montre au lecteur que l'épidémie s'est limitée à un foyer très restreint, ayant pour centre l'hôpital des Colinettes, et que, dans cet espace limité, il se forme des foyers plus limités encore, où la variole sévit avec une excessive intensité.

Dans tous ses rapports, l'auteur donne le plus grand soin aux questions d'étiologie générale, surtout en ce qui concerne nos grandes endémo-épidémies : la fièvre typhoïde et la diphthérie ; ses tracés, régulièrement poursuivis, fixent définitivement le rôle des variations de la nappe d'eau souterraine dans le développement de la fièvre typhoïde à Lyon, et démontrent très nettement que la *loi* de Pettenkofer est une vérité toute locale.

Parmi les nombreux faits importants que mettent en relief les études de M. J. Teissier sur la diphthérie, je signalerai particulièrement, dans le rapport sur le deuxième semestre de l'année 1883, l'exposé de données dignes d'attention sur l'*origine de la diphthérie* et sur l'*influence des poussières atmosphériques* dans sa diffusion, conformément aux vues du professeur Klebs (de Zurich), dont les recherches les plus récentes sont sommairement exposées.

Ce remarquable rapport renferme, en outre, l'histoire de la dernière épidémie de variole qui s'est développée à Lyon, étudiée d'une manière complète dans ses causes, dans ses débuts, dans ses voies de propagation. Plus de trois cents faits ont été soumis à une enquête sévère, et M. J. Teissier a pu retrouver la filiation directe qui réunit, par voie de contagion, les foyers épidémiques développés soit dans la ville, soit dans la banlieue. Cette histoire n'est pas seulement un résumé chronologique ; les questions de doctrine y sont abordées résolument, et des faits d'un grand intérêt y sont relatés. Entre autres, les observations qui démontrent la contamination intra-utérine du fœtus sans évolution variolique chez la mère.

Toutes ces études et tous ces faits mériteraient assurément d'être ici exposés en détail, car ils sont l'œuvre d'un médecin de talent, qui met lui-même en action les éléments statistiques qu'il recueille en savant, et qu'il interprète, apprécie et utilise en médecin, c'est-à-dire de la seule manière qui soit véritablement et directement utile aux progrès de la science et aux nécessités immédiates de la pratique médicale et de la prophylaxie publique. Mais force nous est de nous borner — et si peu que nous ayons pu dire, nous en aurons dit assez, je l'espère, pour montrer toute l'importance de l'œuvre d'utilité publique si heureusement instituée et poursuivie par la Société de médecine de Lyon — et pour faire pressentir tout ce que l'on peut attendre encore du savant médecin qui a mis, sans contestation possible, au premier rang, les *Rapports sur les maladies régnantes de la ville de Lyon.*

Ernest Besnier.

Hygiène des saisons, par le docteur Foissac. 1 vol. in-8°. Paris, 1884. — J.-B. Baillière et fils.

La vie a ses *saisons* comme la terre. M. Foissac est dans la saison qui comprend l'âge de quatre-vingt-quatre ans ; et en le voyant produire encore dans celle-là des fruits agréables, on peut présumer qu'il a suivi, dans les précédentes, une bonne et sage hygiène ; ceux d'ailleurs qui en douteraient n'auraient qu'à lire ce qu'il disait il y a près de trente ans de *l'influence du moral sur le physique*, et, vers la même époque, de *l'hygiène philosophique de l'âme.* Mais,

(1) Les rapports sur la période qui s'étend de 1864 à 1873 ont été réunis et publiés en 1873 sous le titre de : *Etude générale des maladies régnantes, et des constitutions médicales observées à Lyon, de* 1864 *à* 1873, par A.-L. Fonteret. In-8°. Paris, G. Masson ; et Lyon, Mégret. Il serait bien à désirer qu'une publication de même genre réunît les travaux de la période qui s'étend de 1873 à 1880. Sa non exécution constituerait une véritable lacune, dans une série qui ne doit pas être interrompue, pour prendre dans la science la place qui revient à d'aussi utiles travaux.

cette fois, c'est des vraies saisons, de celles qui sont réglées par la révolution annuelle de la terre autour du soleil, que s'occupe notre respecté confrère. Voilà du moins ce qu'il affirme sur la couverture; mais il agit à peu près comme un auteur qui, après avoir annoncé une description du Havre, n'y conduirait son lecteur qu'après un tour du monde et une description minutieuse du département de la Seine-Inférieure. Dans cette *Hygiène des saisons*, qui se compose de 275 pages, il commence à être question des saisons à la 182e. Tout ce qui précède est consacré à des *considérations générales sur la médecine*, à la classification et à l'étude des matières afférentes à l'hygiène privée : *circumfusa, habitata, ingesta, excreta, applicata, gesta* et *percepta*. Mais n'allez pas trop vous plaindre : ceci prépare cela. Si l'on ne possède pas suffisamment cette science générale de l'hygiène qui permet d'en bien comprendre les explications particulières, on les a sous la main séance tenante. Aussi le livre sera-t-il plus particulièrement utile aux gens du monde instruits et éclairés; d'autant plus que M. Foissac n'a rien perdu de son goût, ni de son talent pour la décoration littéraire des œuvres scientifiques. Ici, par exemple, le chapitre concernant les *percepta* est presque entièrement composé avec des souvenirs historiques, et, dans la plupart des autres, ils sont répandus en abondance comme pour servir d'exemples à l'appui des préceptes. En somme, le nouveau produit de la plume de M. Foissac n'est pas seulement à consulter, comme le sont la plupart des ouvrages de ce genre, mais à lire pour son agrément comme pour son instruction.

Index bibliographique.

Étude physiologique et thérapeutique de la caféine, par le docteur E. Leblond. Broch. in-8°. Paris, O. Doin. — Expériences nombreuses faites sur des grenouilles, le cobaye, le lapin, le chat, le chien, l'homme (l'auteur lui-même), et dont les résultats sont exprimés par de nombreux tracés. Voici les conclusions générales à tirer de ces expériences :

A dose physiologique : 1° la caféine est un excitant du système nerveux et musculaire; 2° elle diminue la fréquence du pouls en augmentant l'énergie des battements cardiaques, et la pression sanguine par constriction vaso-motrice; 3° elle fait tomber la température périphérique; 4° elle n'influe en rien la formation et l'excrétion de l'urée.

A dose toxique : 1° la caféine exagère le pouvoir excito-moteur de la moelle, paralyse les nerfs sensitifs périphériques et agit aussi sur le pneumo-gastrique, dont elle diminue l'excitabilité; 2° elle fait rapidement baisser la pression sanguine par paralysie des vaso-moteurs; 3° le cœur chez les animaux à sang froid se ralentit de plus en plus et s'arrête en systole; chez les animaux à sang chaud, il s'accélère sur la fin de l'empoisonnement et s'arrête en diastole; 4° elle produit une action tétanisante sur les muscles; 5° elle fait rapidement baisser la température; 6° elle augmente la dénutrition.

Pour ce qui est de l'*emploi thérapeutique* de la caféine : 1° elle est en général beaucoup mieux supportée que la digitale, et, en débutant par de faibles doses, on n'a pas à craindre les fâcheux effets provoqués souvent par cette dernière; 2° elle régularise le cœur, augmente sa force d'impulsion et le ralentit; 3° elle provoque une diurèse plus ou moins abondante; 4° non seulement c'est un succédané de la digitale, mais il faut *toujours* l'administrer dans les cas graves et qui peuvent devenir promptement mortels, car alors son action se manifeste plus sûrement et surtout beaucoup plus rapidement que celle de la digitale; 5° il faut administrer la caféine à doses fractionnées en potion ou en injections sous-cutanées, et ne jamais débuter par une dose plus forte que 20 centigrammes pour tâter la susceptibilité des malades et augmenter rapidement la dose, s'il y a lieu, jusqu'à 50 à 75 centigrammes; il est inutile de dépasser 1gr,50; 6° pour résumer les indications de la caféine dans les affections du cœur, nous dirons qu'elle doit être administrée toutes les fois que, pour une cause quelconque, l'état des malades oblige à suspendre l'emploi de la digitale, ou que celle-ci ne serait pas supportée sans inconvénients; 7° la caféine semble faire baisser la température dans les pyrexies; de plus, elle est très utile dans ces cas comme tonique du cœur; 8° dans les albuminuries d'origine cardiaque ou autres, elle peut être souvent d'un grand secours; 9° c'est elle enfin qui semble agir sur la contractilité musculaire de l'intestin dans les cas de hernies étranglées.

VARIÉTÉS

Nécrologie : Clavel. — Nous apprenons à l'instant la mort de M. le docteur Clavel, un des praticiens les plus estimés de Paris, que son état de santé avait récemment obligé à se retirer en province.

Simonin. — Nous apprenons la mort de M. Edmond Simonin, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Nancy, ancien directeur de l'Ecole de médecine, correspondant national de l'Académie de médecine, etc., etc.

Rouffy. — M. le docteur Rouffy vient de mourir à Draveil (Seine-et-Oise), où il exerçait depuis plus de quarante ans. L'estime dont on l'entourait s'est traduite par une affluence considérable de population. Plus de deux mille personnes accompagnaient son cercueil. Notre célèbre romancier, M. Alphonse Daudet, avait connu cet honnête homme, et lui a consacré dans le *Journal de Paris* (25 mars), sous la forme d'une lettre adressée à un des rédacteurs, une courte note où nous relevons cette phrase : « Il dormira sous son nom de saint et de héros : *Docteur Rouffy, médecin de campagne*. » M. Rouffy avait servi de modèle à M. Daudet pour son roman de *Jack*.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Fontan, médecin à Essey-et-Mézerais (Meurthe-et-Moselle); du docteur Rigaut, de Chaumont (Haute-Marne); de M. Barrière, des Esynes (Gironde); du docteur Frese, de Saint-Pétersbourg; du docteur Hall Davis, chirurgien do l'hôpital de Middlesex.

— M. Bondet, professeur de pathologie interne, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique médicale, en remplacement de M. Teissier, nommé professeur honoraire.

Légion d'honneur. — Est nommé chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur : M. le docteur Doumie (Paul-Arthur), ancien médecin sanitaire sur les paquebots de la Méditerranée.

Viandes salées américaines. — La commission commerciale de la Chambre des représentants a adopté le bill relatif à l'inspection des viandes salées pour l'exportation et à la prohibition de l'importation d'aliments et de boissons falsifiés, conformément au texte déjà adopté par le Sénat, moins l'article autorisant les représailles.

Bienfaiteurs de l'Association générale des médecins de France. — M. le docteur Brun, trésorier de l'Association, a reçu les dons suivants de : MM. les docteurs Bourdin (de Choisy-le-Roi), 80 fr.; Levavasseur (de l'Indre), 100 fr.; Pfeiffer, 100 fr.; Siredey, 500 fr.; Amodru, 500 fr.; Cazeneuve (de Lille), 500 fr.; Durand-Fardel, 100 fr.; Foville, 100 fr.; Cordès (de Genève), 80 fr.; Brun (Auguste), 100 fr.; Bucquoy, 100 fr.; Georges Wickham, 25 fr. Total, 2285 fr.

Assistance a domicile. — MM. les médecins du XIe arrondissement de Paris sont informés que, le jeudi 17 avril 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin du bureau de bienfaisance. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

Faculté de Lyon. — La chaire de pathologie interne est déclarée vacante.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 11 avril). — *Ordre du jour :* M. Laveran : Observation pour servir à l'histoire du son tympanique dans la pneumonie. — M. Debove : Fractures spontanées chez les syphilitiques. — M. Sevestre : Présentation de pièces anatomiques.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies. A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 10 avril 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LOCOMOBILITÉ DU CERVEAU. — DES NODOSITÉS SOUS-CUTANÉES RHUMATISMALES.

Académie de médecine.

Nous sommes, avec le séduisant orateur qui a ouvert mardi la discussion sur la locomobilité du cerveau, nous sommes, avec M. Béclard, d'avis qu'aucune des expériences qui, sur les animaux vivants, mettent en évidence un double mouvement du cerveau sous l'influence de l'inspiration et de l'expiration, et un autre mouvement sous l'action directe de la pulsation artérielle, ne suffisent à prouver l'existence de ces trois mouvements chez l'homme adulte, dont le crâne est devenu inextensible par la soudure de toutes ses parties. La preuve à laquelle on prétend n'est pas faite et ne peut l'être, par cette raison bien simple que les expériences, commençant par mettre l'intérieur de la boîte crânienne en communication avec l'atmosphère, détruisent par là même la condition de laquelle la théorie déduit l'impossibilité des mouvements cérébraux, c'est-à-dire l'inextensibilité du crâne. Or, vraie ou fausse, une théorie n'a rien à souffrir de contradictions qui ne s'attaquent pas à son principe. On a beau montrer sur un tube fiché dans le crâne une colonne de liquide montant pendant l'expiration et descendant pendant l'inspiration, on peut toujours soutenir que, dans un crâne fermé, le contenu remplit toujours le contenant, et que la turgescence cérébrale amenée par l'expiration n'a d'autre effet que d'appliquer plus fortement l'organe contre les parois de la boîte osseuse, sans lui imprimer aucun mouvement.

Les observations faites sur l'homme vivant, dans les cas de perte d'une portion du crâne, ont le même défaut que les expériences sur les animaux.

Maintenant, l'inextensibilité de la cavité crânienne condamne-t-elle la théorie à nier l'existence, chez l'homme vivant, de réels mouvements d'expansion et de retrait de la masse cérébrale, s'accomplissant sous l'influence de la respiration et ayant pour effet, sinon un déplacement de totalité, tout au moins une augmentation et une diminution alternatives de l'aire occupée par le cerveau, dont la surface, par un mouvement de va-et-vient, se rapprocherait ainsi ou s'éloignerait de la paroi interne du crâne? La théorie est-elle même condamnée à contester absolument la *locomobilité* du cerveau telle que l'entend M. Luys? C'est cette dernière question qui est posée devant l'Académie, et M. Béclard sans doute ne s'est arrêté un peu longuement à la première, que parce que ce sont les discussions physiologiques auxquelles celle-ci a si souvent donné lieu qui doivent servir également aujourd'hui à l'examen de la seconde.

Il est certain que les physiologistes ont été un peu émus de la formule de M. Luys, parlant d'*espaces libres* qui se formeraient entre le crâne et le cerveau par le déplacement total de celui-ci, et qui devraient se former aussi bien sur l'homme vivant que sur le cadavre, puisque la réplétion des vaisseaux cérébraux par une injection de matière coagulable n'empêche pas le déplacement. Qu'est-ce que ces espaces libres? Est-ce un vide? Chose impossible dans la cavité crânienne aussi bien que dans les autres cavités splanchniques. Et voilà les orateurs lancés dans le *vide virtuel*, la *tendance au vide*, le *vide relatif*, et M. Colin (d'Alfort) va même jusqu'au *vide réel*, mais comblé par la formation de vapeurs. L'argumentation de M. Béclard sur ce point, celle aussi de M. J. Guérin, sont sans réplique. Non, jamais, à aucun moment, chez personne, le cerveau ne peut s'éloigner de la paroi crânienne en y laissant un vide véritable, et on peut douter qu'il y soit remplacé par une vapeur. D'où la conséquence que la locomobilité du cerveau serait impossible; et c'est bien au fond ce que disait nettement M. Béclard et ce qui ressortait des arguments de M. J. Guérin.

Eh bien, cela suffit-il à juger la question? Pendant toute cette partie du débat, nous attendions une expression qui eût pu y mettre fin, et qui, sous-entendue ou non par les orateurs, n'a pas été clairement prononcée: c'est celle de *corps immergé* appliquée à la masse cérébrale. Sans doute, si tout ce qui est contenu dans le crâne y est tassé et fixe, le cerveau ne peut s'y déplacer; mais il le peut si la place qu'il quitte est remplie par autre chose. Or, si petite que soit, relativement au volume du cerveau, la quantité du liquide

encéphalique, celui-ci n'en constitue pas moins une sorte de bain dans lequel le cerveau est non pas flottant, dans le sens rigoureux du mot, mais comme nous venons de le dire immergé, avec une densité de très peu supérieure, il est vrai, au liquide qui le baigne, mais suffisante sans doute pour qu'il puisse déplacer ce liquide par la seule action de la pesanteur. Tout le monde sait que le feuillet viscéral de l'arachnoïde passant comme un pont d'une circonvolution à l'autre, et la pie-mère s'enfonçant dans les anfractuosités des circonvolutions, forment comme des canaux à travers lesquels circule le liquide encéphalique, lequel a même, à la base du viscère, des sortes de réservoirs connus sous le nom d'espaces sous-arachnoïdiens antérieur et postérieur. Y aurait-il donc difficulté à concevoir que le cerveau (toujours de dimensions inférieures à celles du crâne) puisse descendre dans la position verticale du corps, à la condition que le liquide refoulé remonte de la base à la face supérieure, ou qu'il puisse se porter d'un côté dans le décubitus latéral, à la condition que le liquide soit refoulé de l'autre? Dans quelle mesure? Dans une mesure variable et corrélative à la quantité actuellement existante de liquide encéphalique, mais, à notre avis, très restreinte. Avec M. Colin, nous craignons que les déplacements notés par M. Luys, expérimentant sur des cadavres dont le crâne avait été ouvert (5 ou 6 millimètres dans l'attitude verticale), ne soient supérieurs à ceux que permettent d'admettre les dispositions anatomiques du crâne et de son contenu.

Voilà ce que nous nous attendions à entendre dire dans la discussion de mardi dernier, à l'appui de la thèse de la locomobilité du cerveau. Il est vrai que nous ne l'attendions pas de M. Luys lui-même, qui, dans sa première communication, avait considéré le liquide céphalo-rachidien comme susceptible, non d'*annihiler* le déplacement de l'organe, mais d'en *modérer l'amplitude*, cerveau et liquide devant obéir ensemble aux lois de la pesanteur et se déplacer en même temps et dans le même sens, suivant les différentes situations de la tête. Il suffit, ce nous semble, de tenir compte des différences de densité entre l'un et l'autre pour concevoir autrement et rendre plus admissible la production du phénomène. On voudra bien seulement remarquer que notre intention est moins d'affirmer, pour l'homme vivant, l'existence d'un nouveau fait de physiologie, que d'en montrer la possibilité théorique.

A. Dechambre.

Des nodosités sous-cutanées rhumatismales.

I

La discussion qui s'est élevée au sein de la Société médicale des hôpitaux, à la suite de la récente communication de M. Troisier sur les nodosités sous-cutanées rhumatismales, a été quelque peu confuse à certains égards; mais elle n'en a pas moins eu pour résultat de montrer combien peu est fondée l'assimilation qu'on avait tenté d'établir entre ces néoformations et d'autres similaires, celles notamment que M. Féréol a décrites en 1878 sous le nom de nodosités cutanées éphémères chez les arthritiques. Celles-ci sont encore peu connues, vraisemblablement parce qu'elles appartiennent à la classe des raretés pathologiques; les nodosités sous-cutanées rhumatismales, au contraire, ont été, dans ces derniers temps, l'objet de plusieurs travaux importants, qui nous permettent, dès à présent, d'en tracer l'histoire à peu près complète.

Bien qu'elles eussent été signalées d'une manière fort explicite par M. le professeur Jaccoud, dans son *Traité classique de pathologie interne*, et par M. Besnier, dans son remarquable article du *Dictionnaire encyclopédique*, bien qu'elles eussent été étudiées avec soin dans une intéressante observation due à M. Meynet (*Lyon médical*, 1875) leur existence était restée méconnue du grand public jusqu'en 1881. A cette époque parurent simultanément le mémoire de Troisier et Brocq dans la *Revue de médecine*, et celui d'Hirschprung (*Jahrb. f. Kinderheilk.*). Peu après, au Congrès médical international de 1881, Barlow et Warner firent une substantielle communication sur « les nodules sous-cutanés en connexion avec le tissu fibreux chez les enfants rhumatisants ou choréiques »; dans ce travail se trouvait la relation succincte de vingt-sept cas, suivie d'un rapide historique de la question.

Signalons encore l'observation recueillie par Bourcy dans le service de M. Hérard (*Soc. clinique*, décembre 1881), qui a été reproduite dans la thèse de Chodorowski (Paris, 1882), les faits de Duckworth et S. Mackenzie (*The Lancet*, 1882 et 1883), enfin celui que F. Widal a publié dans ce recueil même (14 décembre 1883).

Reprenant alors la question, en utilisant tous ces documents, auxquels il joignit plusieurs observations inédites, M. Troisier se vit en mesure d'écrire une monographie des plus complètes, qu'il communiqua à la Société médicale des hôpitaux (16 octobre 1883), et à laquelle nous emprunterons les éléments de notre description; il nous sera permis d'être brefs, l'accord s'étant fait, chose trop rare en pathologie, sur presque tous les points.

II

Les caractères cliniques des nodosités sous-cutanées rhumatismales sont des mieux tranchés, ainsi qu'en témoigne la similitude des faits recueillis par les divers observateurs.

Elles se présentent sous l'aspect de petites tumeurs sous-cutanées, d'un volume assez variable, depuis celui d'un grain de moutarde, jusqu'à celui d'une amande. Sphériques ou ovoïdes, à bords bien délimités, elles ont une consistance particulière, ferme, élastique, fibromateuse, parfois cartilagineuse. Indépendantes de la peau, à la surface de laquelle elles ne font d'ordinaire aucun relief, elles adhèrent intimement au tissu fibreux de la région, tendons, ligaments périarticulaires, périoste, aponévroses superficielles. Comme il n'existe à leur niveau aucune rougeur des téguments, qu'elles ne déterminent pas de sensation franchement douloureuse, leur apparition pourrait souvent passer inaperçue.

D'habitude leur accroissement se fait très vite, et elles atteignent en quelques heures leur volume maximum. Après être restées stationnaires pendant deux ou trois jours, elles disparaissent peu à peu sans laisser aucune trace. Quelquefois tout le processus s'effectue en quelques jours, ce qui leur avait fait donner le nom de nodosités éphémères; mais souvent aussi elles persistent pendant plusieurs semaines, jusqu'à deux et même trois mois; dans ces cas même elles finissent par s'effacer progressivement.

On peut rencontrer ces nodosités dans toutes les régions du corps, mais elles se voient de préférence au niveau des articulations, des os superficiels et surtout de la boîte crânienne. Tantôt on n'en trouve qu'une ou deux; tantôt au con-

traire, en une ou plusieurs poussées successives, elles atteignent un chiffre considérable, de 50 à 60.

Ces caractères cliniques sont si nets que leur diagnostic ne saurait présenter aucune difficulté. Cependant Troisier dans son premier mémoire, Davaine dans sa thèse (Paris 1879), d'autres auteurs encore ont confondu les nodosités que nous venons de décrire avec celles dont M. Féréol a observé plusieurs exemples depuis sa première communication de 1878 (Association française pour l'avancement des sciences, Paris, 1879). Ce sont de petites saillies, de forme arrondie, plus indolentes encore que les nodosités que nous venons de décrire, adhérant à la peau, se montrant brusquement et disparaissant de même après quelques heures, un ou deux jours au plus. Leur siège dans la peau et non dans le tissu sous-cutané, leur évolution si rapide les distinguent nettement des nodosités type Meynet-Troisier.

L'enquête étiologique plaide d'ailleurs dans le même sens. Les nodosités de M. Féréol paraissent, autant qu'on peut en juger d'après un fort petit nombre de faits, relever de l'arthritisme; car deux de ses malades étaient migraineuses, et la troisième sujette à diverses manifestations cutanées qu'on pouvait rapporter à la même cause. Mais dans aucun cas les nodosités cutanées éphémères n'ont apparu au cours d'un rhumatisme aigu.

Il en est tout autrement pour les nodosités sous-cutanées, qui, elles, méritent bien la dénomination de « rhumatismales » que M. Troisier leur a imposée dans son second travail. Dans presque tous les cas, en effet, elles se sont montrées au moment d'une crise aiguë de la diathèse rhumatismale. Le plus souvent c'est au cours d'une attaque articulaire, plus ou moins vive, soit à la période d'acmé, soit pendant la convalescence. D'autres fois elles coexistent avec d'autres manifestations de la dyscrasie rhumatismale (érythème, torticolis, chorée) et cela surtout chez les enfants. Dans deux cas seulement de la statistique de Barlow, les accidents et même les antécédents de cet ordre faisaient entièrement défaut; résultat négatif qui doit d'autant moins infirmer la règle générale, qu'il s'agissait d'enfants; car l'on sait combien il est fréquent à cette période de la vie de voir la dyscrasie rhumatismale revêtir les apparences les plus trompeuses.

Les relevés étiologiques mettent encore en relief une particularité intéressante : la coexistence à peu près constante d'affections cardiaques, particulièrement mitrales. C'est ce dont témoignent non seulement les statistiques de Barlow et Warner où les valvules du cœur ont été trouvées malades vingt-six fois sur vingt-sept observations, mais encore les faits recueillis par les autres cliniciens. Il est permis d'en conclure, et à ce titre seul les nodosités sous-cutanées auraient une signification pronostique, que celles-ci se voient particulièrement dans les formes sévères du rhumatisme.

Quant au siège et à la structure des nodosités sous-cutanées, les autopsies d'Hirschprung et de Barlow et Warner nous ont donné des renseignements précis. C'est bien, comme les caractères séméiologiques l'avaient fait supposer aux premiers observateurs, c'est bien dans l'épaisseur ou à la surface des tissus fibreux, jointures, tendons, périoste, etc., qu'elles prennent naissance et qu'elles se développent.

Leur structure les rapproche des néoformations conjonctives, mais il est probable, comme le dit Troisier, qu'elles ne subissent jamais une évolution assez complète pour que l'on puisse les regarder comme du tissu fibreux proprement dit. Ainsi l'on pourrait comprendre leur existence passagère et leur tendance à disparaître spontanément

Mais on ne peut s'expliquer leur rapide accroissement qu'en admettant une infiltration séreuse dans les mailles de ce tissu cellulaire en voie de formation. Il s'agirait donc d'une hydro-phlegmasie, comparable à celles qu'on voit se produire dans la peau même, au cours du rhumatisme aigu et qui donnent lieu tantôt à des œdèmes durs, mal délimités, tantôt à des nouures cutanées bien circonscrites, ainsi que nous en observions ces jours-ci un exemple des plus nets. Les faits de cet ordre sont encore peu connus, comme du reste toute l'histoire du rhumatisme cutané; d'où l'intérêt des recherches auxquelles ont donné lieu les nodosités sous-cutanées, puisque on ne saurait y voir qu'une des manifestations, qu'une des modalités de cette dyscrasie.

L. Dreyfus-Brisac.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Observation de chromidrose; mémoire lu à l'Académie de médecine dans la séance du 1er avril; avec de nouvelles remarques et les résultats détaillés de l'examen chimique et microscopique de la matière colorante, par M. A. Dechambre.

Avant de relater une observation inédite de sueurs colorées, je demande la permission de présenter quelques remarques concernant l'état de l'opinion sur ce sujet.

C'est M. Le Roy de Méricourt qui a, non pas créé, mais réédité à son insu et popularisé le nom de *chromidrose*, par lequel on désigne généralement aujourd'hui l'affection dont il a entretenu tout récemment l'Académie. Il lui avait préféré tout d'abord celui de *chromocrinie*, et peut-être aurait-il dû le conserver; car l'expression chromocrinie indique simplement la *séparation* de matières colorées, tandis que l'expression chromidrose implique l'origine sudorale de cette matière; or notre distingué collègue connaît mieux que moi, pour y avoir pris part, les discussions dans lesquelles les glandes sébacées ont disputé aux glandes sudoripares la faculté de produire l'enduit coloré.

Quoi qu'il en soit, la chromidrose rencontre encore, même parmi les membres de l'Académie, des incrédules, dont quelques-uns paraissent bien tourner à l'impénitence définitive. A quoi cela tient-il? Je suis porté à croire que la cause en est en partie dans la manière, pourtant excellente en soi et pleine de franchise, dont M. Le Roy de Méricourt s'y est pris pour convaincre tout le monde. En 1861, M. de Méricourt envoie de Brest à Paris, pour la soumettre à l'examen de la *Société médicale des hôpitaux*, une pièce à l'appui : une jeune femme, de taille élégante, fort jolie, les yeux d'un bleu foncé bordés de cils noirs et longs; circonstance non indifférente, comme on va voir. Devant la Commission d'examen, elle est remarquablement à l'aise, cause librement, fait avec grâce le tour de la chambre au bras du rapporteur, qui était le regretté Béhier; bref, elle laisse à chacun l'impression que, dans l'hypothèse d'une supercherie, elle est femme à soutenir son rôle. Les deux paupières inférieures sont cernées d'un enduit noir, d'aspect légèrement granuleux, dont on retrouve des parcelles sur les cils des paupières, même de la supérieure. Dans trois séances de plusieurs heures, la matière noire essuyée ne se reproduit pas, bien que le mari eût déclaré qu'elle se reformait habituellement dans l'espace d'une à quatre heures. M. Roger emmène la dame chez lui à la campagne et, avec Mme Roger, la tient jusqu'à dix heures du soir sous son observation vigilante;

rien de nouveau n'apparaît aux paupières. Je viens de dire que la substance dont celles-ci étaient enduites avait, à l'œil nu, l'apparence granuleuse; M. Gubler la déclara, après analyse chimique et examen au microscope, *presque identique avec le noir de fumée.*

On comprend le sentiment que devait faire naître tout cet ensemble de circonstances dans l'esprit de la Commission. J'avais l'honneur d'en faire partie comme membre associé de la Société médicale des hôpitaux; et, bien que je me fusse, à diverses reprises, dans la *Gazette hebdomadaire*, constitué le champion de M. Le Roy de Méricourt, j'inclinai à porter le cas particulier au compte des petites mystifications; et j'allai jusqu'à communiquer à la société des expériences faites sur moi-même et destinées à montrer qu'il était possible, au moyen d'enduits mis sur les cils de la paupière *supérieure*, de produire par des clignements répétés un cercle noir à la paupière inférieure, de le renouveler autant de fois qu'on l'aurait enlevé, et que la dame s'y était mal prise. Cette conclusion dernière était-elle erronée? C'est possible; je dis seulement qu'elle était alors permise.

Ajoutez que la chromidrose régnait à Brest comme une sorte d'endémie; ce qui invitait à la classer parmi les *maladies d'imitation.*

Cet échec eut du retentissement et discrédita d'avance — injustement, je le reconnais — les observations ultérieures. Une autre cause de méfiance était que la plupart des cas publiés se rapportaient à la face, surtout aux paupières, surtout encore à la paupière inférieure, où un demi-cercle noir a des avantages particuliers. M. de Méricourt, dans sa correspondance avec M. Gintrac, tout en signalant la face comme le *siège de prédilection* de la chromidrose, rappelait bien les cas, relativement rares, où l'enduit occupait d'autres parties du corps; mais de ces cas on avait tenu si peu de compte, que certains auteurs désignaient la maladie sous le nom de *blépharomélanose* ou *blépharomelæna.* On ne voyait, je le répète, que les paupières. De plus, l'enduit y était toujours noir ou ardoisé; si bien que notre collègue lui-même, malgré la richesse de Brest en chromidrose, ne l'avait jamais vu que de cette couleur; de cette couleur, qui est celle du *Henné* ou du *Koheul* débités par les artistes en parfumerie. Là encore la critique trouvait son compte.

Enfin, ce sont des cas de chromidrose noire ou d'un bleu très foncé qui ont fourni la matière des examens microscopiques, et ont conduit M. Ch. Robin, par exemple, à attribuer comme caractères distinctifs au pigment accidentel d'être granuleux dans la profondeur et lamelleux à la surface de la peau. Ces caractères furent reçus comme étant ceux de la chromidrose en général, sans que l'on sût expérimentalement s'ils appartenaient à d'autres nuances de sueurs colorées. Je fais remarquer en passant qu'on exclut des exsudats chromidrotiques ceux qui renferment de l'hématosine, et que, néanmoins, Ordóñez dit l'avoir vue mêlée à la matière ordinaire de la chromidrose.

Il suit de tout ceci que, sous le rapport de la couleur, les couleurs bleues, vertes ou jaunes, et, sous le rapport du siège, les sueurs colorées du tronc et des membres n'ont pas tenu dans l'histoire récente de la chromidrose la place qu'elles méritent. Quant à moi, faisant la part de la fraude, supposant même qu'on pourrait y trouver l'explication de ce fait singulier que la chromidrose est ordinairement noire aux paupières, où elle n'est pas déplaisante et qu'on montre à tout le monde, tandis qu'elle est presque toujours bleue ou verte sur les parties du corps qu'on ne montre qu'à son médecin; quant à moi, dis-je, je n'ai jamais contesté l'existence des sueurs colorées. J'en ai été plus convaincu encore après avoir observé le fait suivant, que, détourné par des occupations nombreuses, je garde dans mes cartons depuis tantôt huit ans.

Obs. — Dans un ménage des plus honorables, voué à une piété profonde, tout entier aux soins du commerce, étranger aux plaisirs mondains, à toute fréquentation autre que celle de la famille, et que je connaissais depuis longtemps, je fus mandé le 4 août 1876, pour voir la jeune femme, alors âgée de vingt-sept ou vingt-huit ans. Elle était accouchée pour la seconde fois le 7 avril. L'accouchement avait été facile et avait eu des suites heureuses. Seulement, il était resté de la leucorrhée, avec un sentiment de faiblesse que n'avait pas laissé le premier accouchement. A part cela, la santé n'était nullement ébranlée; l'appétit était bon, la digestion normale. Il n'y avait pas eu trace d'ictère.

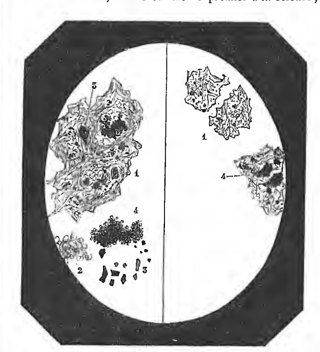
Vers le quatrième jour des couches, cette dame s'était aperçue qu'une petite chaîne d'argent touchant la peau avait bruni. A ce moment déjà des taches, les unes d'un bleu azur, les autres verdâtres ou jaunâtres, de formes irrégulières et de grandeurs inégales, existaient autour du cou, au dos et sur le devant de la poitrine, à l'exception des seins, recouverts de ouate. *Rien de pareil sur la face.* Peu à peu, les côtés de la poitrine, l'abdomen, les reins furent envahis. Toutes les taches persistaient lors de mon examen. La malade fit observer qu'elles étaient d'autant plus marquées que la sueur était plus abondante. Elles déteignaient fortement sur le linge de corps. Ces taches de linge disparaissaient entièrement au blanchissage.

Pour écarter à tout hasard les objections qu'on aurait pu tirer de quelque réaction chimique entre les sueurs et les substances laissées sur le linge par le blanchissage et l'amidonnement, je fis laver ce linge à la simple eau chaude, dans la maison même. Mis de nouveau en contact avec la peau, il prit les mêmes teintes que précédemment. La cliente m'avait déjà averti d'ailleurs que, étant allée passer quelques jours en province, son linge y avait été blanchi, et que cela n'avait rien changé à l'état de choses.

Je fis aussi enlever la ouate; les seins mis par là en contact avec la chemise restèrent indemnes.

Avec le doigt, avec un chiffon, avec un couteau à papier, la matière colorante s'enlevait aisément; mais le fond de la tache restait toujours visible. L'eau chaude la faisait disparaître presque complètement.

Je distribuai, pour les examiner, des morceaux de linge tachés à notre ancien collègue, M. Personne; à M. Vidau, pharmacien en chef du Val-de-Grâce, enlevé comme le premier à la science; à



Dessin à la chambre claire des débris épithéliaux recueillis dans la sueur : 1. Cellules épithéliales. — 2. Gouttelettes graisseuses. — 3. Cristaux bleus et rubis. — 4. Granulations pigmentaires, et cristaux bruns.

M. Schützenberger, professeur de chimie au Collège de France; enfin à M. le docteur Hénocque, dont tout le monde connaît la compétence en micrographie et en histologie pathologique.

Voici les notes qui m'ont été remises par les quatre observateurs.

M. Personne.

Le premier linge présentait d'abondantes taches jaune verdâtre, dont quelques-unes tellement vertes, que l'intensité de cette teinte a pu faire supposer la présence d'un sel de cuivre; mais l'examen a bientôt démontré qu'il n'en était rien.

Le second linge présentait des taches moins grandes et d'une teinte jaune assez pure, mais présentant cependant un léger fond vert.

Toutes ces taches ont été dissoutes dans l'alcool froid, et bien plus facilement dans l'alcool bouillant, qui enlève immédiatement la matière colorante du linge.

En faisant agir avec modération l'action dissolvante de l'alcool, on a observé que les taches jaune verdâtre prenaient une teinte bleue accusée, tandis que l'alcool dissolvait la matière jaune, ce qui démontre évidemment que la teinte verdâtre ou jaune verdâtre est produite par le mélange de deux matières colorantes distinctes : une jaune, très facilement soluble dans l'alcool, l'autre bleue, d'une moindre solubilité dans ce véhicule.

Par l'évaporation au bain-marie de la solution alcoolique, on a fait l'observation suivante : à mesure que l'alcool était éliminé, et que par conséquent la liqueur devenait plus aqueuse, il se séparait peu à peu une matière verte devenue moins soluble, tandis que la liqueur restait franchement jaune.

La matière colorante verte a été trouvée insoluble dans l'eau, mais soluble dans l'alcool et le chloroforme, tandis que la matière jaune est soluble dans ces trois véhicules, ce qui a permis de les séparer.

Ajoutons que, outre ces matières colorantes, ces taches renfermaient aussi une certaine quantité de matière grasse.

Quelle est la nature de ces matières colorantes? D'après la réaction de l'acide nitrique, il y a tout lieu de croire qu'elles proviennent de la bile : ce réactif a en effet fourni presque toutes les teintes qu'il fournit avec la bile, c'est cependant la teinte rose qui a été la plus manifeste, surtout en traitant les taches jaunes sur le linge même. Mais il est bien évident que, si ces matières colorantes proviennent de la bile, elles ont subi des altérations en traversant toute l'économie; modifications qu'on ne peut guère constater que par la différence de solubilité qui existe entre la matière colorante jaune examinée et celle de la bile.

M. Vidau.

J'ai examiné la matière colorante jaune déposée à la surface du tissu que vous m'avez remis. Une partie du linge a été lavée à l'eau alcoolisée *pure;* la couleur a été complètement dissoute; puis la solution filtrée, évaporée au bain-marie à siccité, pour chasser sûrement tout l'alcool. L'extrait repris par l'eau a fourni une solution jaune-paille à laquelle on a appliqué le réactif de Gmélin (acide azotique contenant un peu d'acide azoteux). En produisant plusieurs fois la réaction, on a évité d'agiter, afin que, les deux liquides n'étant pas mélangés, les colorations caractéristiques des matières colorantes de la bile, s'il s'en trouvait ici, pussent se montrer en même temps et superposées. Malgré toutes les précautions, il s'est bien formé au plan d'intersection des liquides une couche verdâtre, mais celle-ci n'a pas changé de couleur et n'est pas devenue bleue, violette, puis rouge et jaune, comme il est indiqué. L'absence de ce caractère, la solubilité parfaite et rapide des taches jaunes dans l'eau pure, leur presque insolubilité dans le chloroforme, etc., me font douter qu'elles soient produites par des pigments biliaires; je n'ai pu retrouver, soit l'indigo, soit la *pyoxanthose* (?), dont Fordos a indiqué la présence dans certains pus colorés par des corps organisés; de telle sorte que, pour moi, jusqu'à nouvel examen, les caractères des taches paraissent insuffisants pour assigner une individualité chimique à la substance qui les a produites.

M. Schützenberger.

J'ai examiné avec soin les taches jaune verdâtre du linge que vous m'avez remis. Elles présentent les caractères suivants :

Assez nettement circonscrites, de formes variées et irrégulières, plus ou moins étendues, et disposées sans ordre sur la surface du vêtement.

Nuance jaune verdâtre avec quelques points teintés en vert bleuâtre.

Non attaquables et insolubles dans le chloroforme froid ou chaud, acidulé ou non, ce qui exclut la présence de la bilirubine.

Solubles en jaune dans l'eau pure, l'eau alcalinisée; solubles dans l'alcool. Les points vert bleuâtre persistent après l'action de ces dissolvants et prennent une teinte bleue plus marquée.

L'acide nitrique et l'acide chlorhydrique concentrés font disparaître immédiatement la teinte jaune, qui résiste, au contraire, à l'action de l'eau de brome.

Les solutions aqueuses ou alcooliques évaporées laissent un résidu jaune qui ne m'a fourni avec l'acide nitrique chargé de vapeurs nitreuses aucun indice des colorations caractéristiques des matières colorantes de la bile.

D'après cela, il ne me semble pas que l'on puisse expliquer ces taches par la présence de ces matières colorantes.

Elles semblent plutôt se rattacher à la présence de l'uroxanthine ou indican, à moins que le pigment qui les forme ne soit un principe nouveau indéterminé. Si vous pouviez mettre à ma disposition une plus grande quantité de ces taches, je dirigerais de nouvelles expériences en vue d'en déterminer la véritable nature. Celles que j'ai pu faire sont insuffisantes pour arriver à une solution complète (1).

M. Hénocque : Examen des sueurs colorées.

Ayant examiné des linges colorés par la sueur de Mme X..., le résidu qui avait été remis par M. Personne, et enfin ayant recueilli directement de la sueur sur la peau, et même gratté quelque peu l'épiderme, j'ai trouvé dans ces divers examens des cellules épithéliales, des granulations et gouttelettes graisseuses en grande quantité, des cristaux et paillettes d'une coloration bleue, et des grains ou granulations pigmentées brunâtres.

1° Les cellules épithéliales sont très pigmentées; elles ont un aspect jaune ou brunâtre, et l'on y rencontre des gouttelettes huileuses brun jaunâtre, puis des *granulations* et des *cristaux ou paillettes*, soit dans les cellules mêmes, soit au milieu du magma formé par les cellules desquamées.

2° Les granulations graisseuses *sont colorées* et mises en évidence par divers réactifs : éther, glycérine, etc.

3° Les gouttelettes graisseuses présentent une teinte jaunâtre foncée; elles ont quelquefois des reflets verdâtres, et elles sont en nombre considérable relativement à la quantité minime de sueur qui était recueillie sur les plaques.

4° Les cristaux et les paillettes bleues sont de forme et de volume très variables, depuis 1 millième de millimètre et moins jusqu'à 1 ou 2 centièmes de millimètre; ils sont irréguliers, présentent des angles aigus, et tantôt sont d'un bleu noir ou d'un bleu vif, tantôt ont des reflets de rubis; les plus petits sont les uns bleus, les autres couleur de rubis. Ils sont rendus plus nets par la glycérine; ils résistent à l'action de l'acide azotique, de l'ammoniaque, du sulfure de carbone, de l'acide chlorhydrique, du permanganate de potasse. L'acide sulfurique amène des changements de teinte dans la préparation; les cellules, les granulations prennent des teintes rouges, roses, carminées, bleues, vertes, jaunes, puis se décolorent.

5° Les granulations brunes ou jaunâtres forment généralement des amas au milieu des cellules épithéliales ou dans leur intervalle; elles sont arrondies ou très irrégulièrement polyédriques.

En résumé, la coloration verte est due au mélange des granulations et des cristaux bruns et jaunes avec les cristaux et paillettes bleues, et nous retrouvons à l'examen microscopique de cette chromidrose les caractères qu'on connaît aujourd'hui à cet état pathologique.

En résumé :

M. Personne a conclu que la sueur charriait un principe colorant de la bile, mais plus ou moins modifié ou altéré dans son passage à travers l'économie.

Avec M. Vidau, j'avais eu d'abord une surprise. Il avait constaté la présence de l'iode dans l'exsudat. Ma cliente avait-elle donc subi un traitement iodé? Nous en étions aux conjectures, quand le garçon de laboratoire s'aperçut que le flacon où l'on puisait l'eau pour les expériences avait contenu une solution d'iodure de potassium et n'avait pas été lavé. Un examen ultérieur sur un autre morceau de linge a convaincu M. Vidau, on vient de le voir, que la matière colorante ne renfermait aucun principe biliaire, mais sans lui permettre de se prononcer sur le vrai caractère chimique de cette matière.

(1) J'ai fourni de nouvelles taches à M. Schützenberger; mais des circonstances inattendues l'ont empêché de poursuivre les expériences.

M. Schützenberger a rejeté également l'opinion de M. Personne et exprimé l'avis que la substance chromidrotique se rapprochait de l'uroxanthine.

Enfin, M. Hénocque, que j'avais prié de voir la malade, et qui, outre du linge taché, s'était procuré, on l'a vu, de la sueur recueillie directement sur la peau, avec léger grattage de l'épiderme, a trouvé au microscope des cellules épithéliales, des granulations graisseuses en grande quantité et colorées, des cristaux et paillettes bleus, et des granulations pigmentaires brunâtres. Ce sont bien les caractères signalés par M. Ch. Robin. Je dois ajouter que, postérieurement à ma communication académique, M. Hénocque m'a dit avoir reconnu, comme M. Personne, dans la matière des taches, les caractères chimiques d'un principe colorant de la bile.

Quelque temps après ces examens, malheureusement peu concordants et que je ne me charge pas de commenter, les taches disparurent peu à peu, sans aucun traitement.

Tel est le fait. Je n'ai voulu que le communiquer à l'Académie, sans en prendre occasion de discuter les opinions émises sur l'anatomie pathologique et sur l'étiologie de la chromidrose. Un mot seulement.

On assigne généralement à cet état pathologique un caractère névropathique, dérivant surtout, chez les femmes, de l'hystérie. Je ferai simplement remarquer que, chez ma cliente, le système nerveux était d'une placidité parfaite, et l'utérus n'était en jeu que par la circonstance d'un accouchement datant de quatre mois.

La plupart des auteurs également se rangent à cet avis de M. Ch. Robin, que la matière colorante est fournie sous forme de petits grains par les tubes sudoripares. Ceux qui la font venir des glandes sébacées se prévalent de la présence quelquefois notée de substances grasses; mais il ne faut pas oublier d'abord que les physiologistes admettent l'existence d'une petite quantité de graisse dans la sueur normale; ensuite, que la suractivité sécrétoire des glandes sébacées marche souvent de pair avec celle des glandes sudorales.

Néanmoins, je ne suis pas parfaitement convaincu que le système sébacé ne prenne jamais part à la production de la chromidrose. Il suffirait pour cela que les graisses de l'économie pussent être accidentellement colorées. Or c'est justement ce qui arrive quelquefois, suivant M. Ranvier. Colorées par quoi? M. Ranvier ne saurait le dire; il se contente d'affirmer le fait. Il y a dans la nature bien d'autres objets dont la couleur ne s'explique pas davantage. On remarquera que les granulations graisseuses mises en évidence par l'examen de M. Hénocque étaient colorées. L'étaient-elles par suite de leur mélange avec d'autres substances? On peut le penser; mais c'est douteux, et il y aurait là, suivant moi, matière à vérification.

Au reste, quand on considère l'ensemble des observations publiées sous le nom de *sueurs colorées*, on est bientôt convaincu qu'elles se rapportent à des faits de nature diverse, dont un certain nombre n'ont rien de plus singulier, de plus suspect qu'une foule d'autres faits pathologiques admis de tout le monde, ne sont pas davantage favorables à la coquetterie, et ne sont aucunement susceptibles d'être produits à volonté.

Tout le monde reconnaît que, dans l'ictère, le sang reçoit les matières colorantes de la bile; on va généralement plus loin et, après des discussions nombreuses, on admet que la bile pénètre en nature, avec ses éléments acides, dans la circulation. Le premier fait, qui est indéniable, suffit à faire comprendre l'existence de sueurs colorées, éparses sur diverses parties du corps; la sueur, aussi bien que la salive et les liquides des cavités séreuses, renferme de ces pigments biliaires; le linge de corps en est quelquefois taché en jaune; la couleur jaune de la sueur a été notée dans l'épidémie de Gibraltar; dans ces cas, il suffit d'une acidité prononcée de l'humeur sudorale pour produire sur la peau une couche de substance colorée qui variera du jaune au bleu, du bleu au vert. C'est ce qu'a dit M. Colin (d'Alfort) à la suite de ma communication. Que, si la bile entre en nature dans le sang, elle pourra agir sur les globules, les altérer, les dissoudre, ajouter l'*ictère hématique* à l'*ictère hépatique*, et diversifier encore les colorations du produit sudoral.

De plus, les sueurs colorées ont été observées au cours de certaines pyrexies. Argenti en a publié un exemple dans les *Annales d'Omodei* (1850) : il s'agissait d'un miliaire grave; la sueur laissait, sur diverses parties de la surface cutanée, des taches vertes ou bleues. La coloration bleue a été notée dans la sueur des pieds, et il ne se peut rencontrer de cas plus authentique que celui qui a été observé par le docteur Bleifuss sur lui-même, dont il a essayé de donner l'explication, et qu'il a regardé comme un *phénomène critique salutaire dans l'affection chronique du bas-ventre* dont il souffrait (*Journ. der chirur. und Augen-heilkunde* et *Gaz. méd. de Paris*, 1838, p. 308).

Mais les cas de dépôts colorés à la surface de la peau qui échappent le plus à l'accusation de supercherie sont ceux où le dépôt a été trouvé de nature parasitaire. Chez le jeune sujet présenté récemment à l'Académie par MM. Bergeron et de Méricourt, la couleur rouge de la tache cutanée a suffi pour éveiller la défiance, et je ne sais, du reste, ce que l'examen chimique ou microscopique a fait découvrir. Mais les observations intitulées *sueurs rouges* ne sont pas nouvelles dans les annales de la science et, dans quelques-unes d'entre elles, les taches ont été reconnues pour des amas de bactéries. On en trouvera un exemple peu sujet à contestation dans la *Gazette hebdomadaire* de 1882 (p. 469). Le même fait a été constaté dans certaines sueurs bleues ou jaunes. Quoi de moins surprenant? L'existence des schyzophites chromogènes n'est-elle pas tout aussi bien et mieux démontrée que celle des matières colorantes de la bile? En doute-t-on plus que de l'existence de tel ou tel corps chimique, de l'iode, du brome ou du bleu de Prusse, et ne connaît-on pas aujourd'hui, de la façon la plus claire, la nature parasitaire de la substance colorante du pus bleu? C'est sans doute, pour le dire en passant, cette nature particulière des taches cutanées qui donne l'explication de certains cas de transmission directe d'individu à individu dont on a cité des exemples.

On dira peut-être qu'il ne s'agit pas ici de *chromidrose* proprement dite. Cela est vrai, et le mot chromochrinie ne conviendrait pas davantage. Mais on voudra bien remarquer que ce qui est contesté encore par certains médecins, ce n'est pas l'explication des faits, ce sont les faits eux-mêmes, c'est l'existence de dépôts cutanés colorés, susceptibles d'être enlevés et de se reproduire après ablation. Aussi, à mon sens, et ceci me ramène à mes premières remarques, le rôle de l'observateur, dans l'état actuel de la question, est de rechercher l'existence d'abord, la valeur ensuite, des accidents colorés de la peau, sans se préoccuper autant qu'on le fait aujourd'hui d'un type quelconque, ni au point de vue des organes d'excrétion (glandes sudorales ou glandes sudoripares), ni au point de vue de la composition (granulations et paillettes). Quand les observations se seront multipliées, quand les analyses chimiques et les examens microscopiques auront donné des résultats plus précis, on sera amené certainement à faire entre les cas authentiques des distinctions fondamentales, parmi lesquelles on pourra alors juger de la part à faire à la chromidrose proprement dite.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 31 MARS 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

Sur l'origine du sucre de lait. Note de M. *Paul Bert*. — Une chèvre, les mamelles enlevées et bien guérie de l'opération, fut conduite au bouc en même temps qu'une autre chèvre laissée dans l'état normal. Les deux animaux mirent bas le même jour, 14 mars 1883. Or, tandis que l'urine de la chèvre non opérée ne contenait pas trace de sucre, on en trouva en abondance dans celle de la chèvre sans mamelles, les deux animaux étant nourris et soignés de même. Malheureusement, les efforts de succion faits par le petit chevreau sur les mamelons amenèrent, dès le troisième jour, une inflammation locale suivie d'un phlegmon, et tout naturellement le sucre disparut dès le début des accidents inflammatoires. On recommença l'expérience. Le 22 mars de cette année, une autre chèvre, à laquelle on avait enlevé mamelles et mamelons, mit bas, et ses urines, qui pendant la durée de la gestation ne contenaient pas trace de sucre, se montrèrent, aussitôt après avoir mis bas, capables de réduire avec énergie la liqueur cupropotassique. La proportion du sucre se maintint très forte pendant trois ou quatre jours, puis elle diminua, et aujourd'hui 31 mars le sucre a presque entièrement disparu.

Ces deux expériences, très nettes et très concordantes, autorisent l'auteur à conclure que *le sucre de lait est produit par l'excrétion mammaire du sucre fabriqué en excès par l'organisme après la parturition*.

Où se forme ce sucre? Très vraisemblablement dans le foie? Y apparaît-il de suite à l'état de lactose ou bien à l'état habituel de glycose, la transformation en lactose se faisant dans la mamelle? C'est une question qu'aidera à résoudre l'analyse soignée des urines sucrées, mais que M. Bert n'a pu aborder encore.

De l'influence des lésions du cerveau sur la température. Note de M. *Ch. Richet*. — Les expériences de Tschechischin, Naunyn et Quincke, Brück et Gunter, Schreiber, etc., guidés par des faits cliniques remarquables [observations de Brodie (1837), Frerichs, Billroth, etc.], ont établi que l'excitation ou le traumatisme de la moelle cervicale, de la protubérance ou du bulbe, déterminent, dans certaines conditions, une hyperthermie générale, la température du corps pouvant alors s'élever à 41, 42 et même 43 degrés. Les expériences de M. Ch. Richet tendent à prouver que l'excitation ou le traumatisme du cerveau (lobes antérieurs et couche corticale) exercent le même effet.

Si l'on pique avec une épingle d'acier le cerveau d'un lapin, dans les lobes antérieurs, en ayant soin de respecter les corps opto-striés, on voit très rapidement, sinon dans tous les cas, au moins dans la plupart des cas, monter la température générale (mesurée dans le rectum avec des thermomètres vérifiés).

En voici quelques exemples :

I. A 2 h., piqûre du lobe cérébral gauche (antérieur) : à 2 h., $T = 39°,6$; à 5 h., $T = 40°,7$.

II. A 1 h., piqûre du lobe cérébral droit (antérieur) : à 1 h., $T = 39°,7$; à 2 h. 30 m., $T = 40°,4$; à 4 h., $T = 40°,6$; à 5 h., $T = 41°,2$.

III. A 1 h., piqûre du lobe cérébral droit (antérieur) : à 1 h., $T = 39°,9$; à 2 h., $T = 40°,1$; à 6 h., $T = 40°,8$; à 8 h., $T = 39°,9$; le lendemain, $T = 39°,3$. Ces trois lapins sont encore aujourd'hui très bien portants.

IV. A 2 h., piqûre du lobe cérébral droit antérieur : à 2 h., $T = 39°,2$; à 2 h. 45 m., $T = 42°,8$; à 3 h. 45 m., $T = 42°,2$; à 5 h. 30 m., $T = 42°,5$. — Ainsi le traumatisme du cerveau détermine une ascension rapide, et quelquefois passagère, de la température générale.

En mettant à nu le cerveau et en le cautérisant soit avec le thermocautère, soit avec du phénol, soit avec du perchlorure de fer, on voit les mêmes effets thermiques se manifester.

Sur la distribution spéciale des racines motrices du plexus brachial. Note de MM. *Forgue* et *Lannegrace*. — En combinant les résultats de l'expérimentation sur les animaux avec les notions fournies par l'anatomie humaine, les auteurs sont arrivés aux conclusions suivantes, relativement à la fonction spéciale de chacune des racines motrices du plexus brachial chez l'homme.

La cinquième racine cervicale fournit les nerfs de l'angulaire et du rhomboïde, le nerf sus-scapulaire. (Les muscles auxquels se rendent ces nerfs sont les seuls, dans le membre supérieur, qui ne soient innervés que par une racine.)

La sixième racine cervicale concourt : 1° à la formation du musculo-cutané, et, par lui, à l'innervation du biceps, du coraco-brachial et du brachial antérieur ; 2° à la formation de la branche externe du médian, et ainsi à l'innervation du rond pronateur et du grand palmaire ; 3° à la formation du tronc commun des nerfs thoraciques antérieurs, et ainsi à l'innervation du sous-clavier et de la partie claviculaire du grand pectoral ; 4° à la formation du circonflexe, et, par lui, à l'innervation du deltoïde ; 5° à la formation du radial, et, par lui, à l'innervation du long supinateur et des radiaux ; 6° à la formation du nerf du grand dentelé, et ainsi à l'innervation des faisceaux moyens de ce muscle ; 7° à la formation du nerf phrénique, et, par lui, à l'innervation de la partie postérieure du diaphragme.

Les auteurs poursuivent ainsi l'étude des septième et huitième racines cervicales et de la première dorsale. Ces débats sont trop longs pour être reproduits ici. Nous renvoyons aux *Comptes rendus*.

Composition des vins. — M. *E.-J. Maumené* adresse une Note sur l'existence du manganèse dans les vins.

Anthropologie. — M. *Hartmayer* adresse une Note « Sur les richesses anthropologiques du cercle de Djelfa (subdivision de Médéah), et sur une station préhistorique découverte à 80 kilomètres au sud de Djelfa, sous les ruines de l'ancienne ville romaine de Messaad, station qui paraît tenir à la fois des stations de Solutré et de la Madelaine. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 8 AVRIL 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ALPHONSE GUÉRIN.

M. le docteur *Séjournet* envoie un mémoire *sur les vaccinations et revaccinations qu'il a pratiquées en 1883-84 à Revin (Ardennes)* (*Commission de vaccine*), ainsi que la relation d'une *épidémie de rougeole* dans cette localité en 1883. (*Commission des épidémies.*)

M. le docteur *Gerbault* adresse des *Notes* manuscrites *sur les vaccinations et revaccinations qu'il a pratiquées au 18e régiment de chasseurs pendant une période de trois années.* (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *Schreiber* (d'Aussee, Autriche) envoie un *Traité pratique de massage et de gymnastique médicale*, pour le concours du prix Desportes de 1884. (Inscrit sous le n° 3.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° aux noms de MM. *Armand Goubaux* et *Barrier*, le troisième et dernier fascicule de leur ouvrage ayant pour titre : *De l'extérieur du cheval* ; 2° de la part de M. le docteur *Muselli*, deux brochures intitulées : *Étude sur la transfusion veineuse et la transfusion péritonéale* et *Étude sur l'entéroclisme et ses indications* ; 3° au nom de M. le docteur *Vincenzo la Savio*, un mémoire imprimé, ayant pour titre : *Una revendicazione a proposito dell' osteoclasia strumentale.*

M. *Larrey* fait don, à la bibliothèque, d'un certain nombre de livres et brochures.

M. *Jules Guérin* présente : 1° de la part de MM. les docteurs *Lefèvre* et *Desbuissaux* (de Louvain), un *Cours de médecine opératoire* en deux volumes ; 2° la 27e *Année scientifique* de M. *Louis Figuier*.

M. *Marjolin* dépose sur le bureau un mémoire manuscrit de M. *H. Lefort* sur

l'influence de l'exécution de la loi Roussel sur la diminution de la mortalité des nourrissons dans le Calvados. (Commission de l'hygiène de l'enfance.)

M. Dujardin-Beaumetz fait hommage de son Rapport sur les cas de rage humaine qui se sont produits dans le département de la Seine pendant les années 1881-82-83.

Fièvre typhoïde. — M. le docteur *Maheut* (de Caen) lit un mémoire sur le *Danger de l'emploi des purgatifs après le troisième septénaire de la fièvre typhoïde*. Tout en déclarant que les purgatifs sont utiles, nécessaires dès le début de cette affection, ne fût-ce que pour enlever de l'intestin les matières organiques qui pourraient par leur altération donner lieu à l'infection putride, il est d'avis, d'après diverses observations, qu'ils doivent être administrés avec une sage réserve à une période avancée de cette maladie, alors qu'il y a lieu de supposer l'existence d'ulcérations intestinales et de craindre, par conséquent, la rupture des membranes affaiblies. — Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Marrotte, Proust et Peter.

Mouvements du cerveau. — Le cerveau se meut-il dans la cavité crânienne et y éprouve-t-il des déplacements notables; peut-il s'éloigner des parois suivant les attitudes? M. Luys a soutenu l'affirmative dans l'avant-dernière séance. M. *Béclard* combat très nettement cette opinion. La question des mouvements du cerveau est déjà vieille, dit-il; il y a plus de cinquante ans qu'elle reparaît dans tous les traités de physiologie; mais aujourd'hui l'accord est complet à son égard, pourvu que l'on reconnaisse qu'il ne s'agit pas de mouvements en réalité, mais d'ébranlements, de changements de volume effectués dans des limites très restreintes. Ces changements de volume n'ont rien de spécial au cerveau et ils existent dans tous les organes pourvus de vaisseaux, ainsi que M. Masso l'a constaté, non seulement dans tous les viscères, mais même dans les membres, et que l'a vérifié M. Marey; en un mot partout, dans toutes les parties du corps, il se fait des changements de volume en rapport à la fois avec les mouvements circulatoires et les mouvements respiratoires. — Ce qu'il y a seulement de spécial au cerveau, c'est qu'il est contenu dans une boîte inextensible; toutefois il n'est pas soustrait à cette loi générale. Quand, par exemple, sur un animal vivant, on enlève une rondelle osseuse du crâne, il est facile de voir à l'œil nu et mieux encore si l'on se sert d'instruments de précision, que le cerveau s'élève et s'abaisse alternativement, et que ces mouvements sont isochrones les uns avec les mouvements respiratoires, les autres avec les pulsations artérielles. Ce qu'on voit dans les expériences sur les animaux vivants, on peut le voir aussi chez l'homme, à la suite d'une opération de trépan par exemple, ou d'une plaie accidentelle avec perte de substance du crâne. On peut le constater aussi chez les enfants dont les fontanelles ne sont pas encore solidifiées. Les mêmes phénomènes se passent également chez l'homme adulte et dans des conditions physiologiques. Il y a, en effet, dans le système nerveux central des mouvements qui peuvent être rendus sensibles grâce au liquide céphalo-rachidien qui l'enveloppe et au lacis veineux qui à chaque inspiration augmente ou diminue de plénitude. — Ce n'est pas de ces mouvements rythmés qu'a parlé M. Luys, mais de déplacements en masse ou de totalité de l'encéphale, s'effectuant sous l'influence de la pesanteur et des changements d'attitude. Sa démonstration reposant uniquement sur les preuves anatomiques, ce sont aussi des preuves anatomiques que M. Béclard tient à lui opposer. L'encéphale, la moelle, le plexus veineux et le liquide céphalo-rachidien remplissent complètement la cavité crânienne et la cavité médullaire; il n'y a jamais de vide et il ne saurait en exister, car il faudrait, pour qu'il pût se produire, que le cerveau luttât contre la pression atmosphérique représentée par une colonne de mercure de 76 centimètres, ayant une base de 200 centimètres carrés, soit l'étendue d'une coupe horizontale moyenne de la surface crânienne; le poids d'une semblable colonne mercurielle représente 200 kilogrammes. D'autre part, l'expérimentation a déjà prononcé. M. Salaté a reproduit dans une thèse inaugurale, l'expérience suivante : un orifice étant fait à la paroi du crâne d'un animal vivant, on fixe dans cet orifice un tube de verre muni d'un manchon de gutta-percha dans lequel on verse de l'eau, on voit la colonne liquide osciller sous l'influence des mouvements respiratoires et des impulsions artérielles; mais qu'on place sur le trajet de la colonne liquide un robinet qui permette de fermer complètement la cavité crânienne, on a beau déplacer en tout sens la tête de l'animal, les oscillations du liquide ne se produisent plus. Il en serait tout autrement si, comme le dit M. Luys, il pouvait se faire un vide entre le cerveau et la paroi osseuse. En résumé, s'il existe dans le cerveau des changements de volume par le fait de la respiration et de la circulation, les mouvements en masse du cerveau sont encore à démontrer et même ils sont indémontrables.

M. *Luys* objecte qu'il n'a pas voulu parler des mouvements du cerveau en rapport avec la respiration ou la circulation, mais seulement de sa locomobilité sous l'influence des changements d'attitude. Il maintient les assertions qu'il a émises à ce sujet sur les variations de la cavité crânienne et il cherche à en fournir de nouvelles preuves. Si l'on pratique une petite ouverture sur le crâne d'un cadavre et si l'on y introduit un petit index indiquant la distance qui sépare la surface cérébrale de cet orifice, on voit que cette distance varie de 5 à 6 millimètres, selon que le cadavre est placé dans une position verticale ou horizontale. Matériellement parlant, ces variations de la cavité crânienne existent donc sur le cadavre; en est-il de même sur le vivant? Or l'arachnoïde est une séreuse et partout où il y a une séreuse il y a mouvement. M. Luys n'en veut pour preuve que la formation des bourses séreuses professionnelles dans des points où s'accomplissent des mouvements anormaux; cela seul signifie, suivant lui, que dans le cerveau il y a quelque chose qui remue, puisqu'il y a une séreuse. De plus, qu'il y ait vide ou non dans la cavité crânienne, il n'en est pas moins incontestable qu'elle a des dimensions plus considérables que celle du cerveau et que, partant, la masse cérébrale peut se mouvoir dans l'intérieur de cette cavité; s'il y avait une pression de la masse cérébrale contre la voûte crânienne, celle-ci devrait conserver les empreintes des circonvolutions cérébrales; or ces empreintes n'existent pas. Enfin M. Luys en appelle aux cas chirurgicaux dans lesquels on a maintes fois constaté que la poche fluctuante déterminée par un épanchement et appréciable par une perte de substance osseuse était plus ou moins saillante, suivant la position couchée ou assise du patient.

M. *Jules Guérin* rappelle une série d'observations et d'expériences qu'il a faites il y a quarante-cinq ans et qui lui semblent de nature à jeter un certain jour sur le sujet en discussion. Il était arrivé à démontrer que toutes les cavités closes sont le siège d'ampliations périodiques en vertu desquelles il se fait une tendance au vide, d'où résulte un défaut d'équilibre entre la pression intérieure et la pression extérieure ou atmosphérique. Si l'on introduit un tube rempli de liquide dans l'articulation d'un animal et si l'on fait exécuter ou l'on imprime à cet animal des mouvements de flexion et d'extension à l'articulation, il s'opère des changements de pression dans le tube et, par suite, des mouvements oscillatoires dans la colonne liquide. Pourquoi ce qui est vrai pour les cavités articulaires ne serait-il pas applicable à la cavité crânienne? Il n'y a pas de séparation entre le cerveau et cette cavité, il n'y a pas de vide, mais tendance au vide. M. Jules Guérin termine en disant qu'il a eu récemment l'occasion de vérifier le fait chez une femme syphilitique dont les os crâniens avaient été perforés en plusieurs points.

M. *Colin* (d'Alfort) défend l'opinion soutenue par M. Luys,

dont il a pu constater l'exactitude par des expériences sur les animaux vivants; toutefois les mouvements qu'il a observés étaient toujours bien moins étendus que le prétend ce dernier. Il s'attache surtout à montrer que c'est entre les deux feuillets de l'arachnoïde qu'existe un espace vide dans le cerveau, vide qui permet à celui-ci de se déplacer dans tous les sens. Sans doute, à l'état normal, cette cavité est remplie par un liquide, mais il y a une certaine quantité de « vapeur » qui joue le rôle d'un gaz et permet au cerveau de se déplacer. Ce phénomène est d'ailleurs général : aussi bien à la surface de la plèvre qu'à celle du péritoine, il existe une certaine quantité de sérosité réduite à l'état de vapeur; s'il n'en était pas ainsi, ni les poumons, ni les organes abdominaux ne seraient susceptibles de subir les déplacements que tous les auteurs s'accordent à leur reconnaître.

M. *Béclard* ramène le débat dans les limites qui lui ont été assignées par la communication de M. Luys. Il ne s'agit pas de mouvements de glissement du cerveau, mais de déplacements en masse. Or ceux-ci sont inadmissibles, aucun vide n'existe à aucun moment de la vie dans la cavité crânienne, et il n'est jamais résulté de l'interposition d'une séreuse entre deux organes, que ces organes pouvaient s'écarter l'un de l'autre, cesser d'être en contact.

M. *Lagneau* fait remarquer que Gratiolet a montré, contrairement à ce que vient de dire M. Luys, que la cavité crânienne peut présenter des empreintes des circonvolutions cérébrales; des crânes de certaines races humaines inférieures montrent nettement ce fait.

M. *Noël Gueneau de Mussy* désirerait savoir comment M. Colin (d'Alfort) a constaté l'existence de cette vapeur, dont il vient d'être question pour la première fois, dans les cavités séreuses, et notamment dans l'arachnoïde.

M. *Colin* (d'Alfort) répond qu'il suffit d'ouvrir l'une de ces cavités pour voir s'exhaler cette vapeur; on ne saurait comprendre autrement les mouvements de glissement entre les surfaces séreuses.

M. *Gariel* fait remarquer que c'est une erreur de croire que l'existence d'une vapeur soit nécessaire pour expliquer les mouvements de glissement entre deux surfaces; il suffit, pour que le glissement ait lieu, de l'interposition d'une simple couche liquide, ainsi que le prouve le mouvement d'une foule de machines industrielles.

M. *Colin* (d'Alfort) fait remarquer que, si l'on met en contact deux plaques de verre enduites d'un corps gras, il est très difficile de les déplacer. — Assurément, répond M. *Gariel*, s'il s'agit de leur séparation absolue, mais il est toujours facile de les faire glisser l'une sur l'autre, ce qui est bien différent.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 26 MARS 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Discussion sur l'infection purulente : MM. Després, Trélat, Verneuil, Berger. — Gastrostomie : M. Terrillon; discussion : MM. Berger, Tillaux, Després, Larger. — Goitre exophthalmique unilatéral : M. Berger; discussion : MM. Richelot, Tillaux, Marc Sée, Chauvel. —Anévrysme diffus : M. Houzel.—Ligature de l'iliaque externe dans les anévrysmes inguinaux : M. Kirmisson.

M. *Després* est étonné d'avoir entendu dire à la dernière séance par M. Verneuil, qu'on pouvait assainir en quelques mois le service chirurgical le plus infecté des hôpitaux de Paris, alors que, tout dernièrement encore, un malade d'un service, où les précautions antiseptiques sont observées dans toute leur rigueur, est néanmoins mort d'infection purulente.

M. *Trélat* répète ce qu'il a déjà dit, à savoir que l'infection purulente n'a pas disparu, qu'elle est toujours imminente, mais que l'antisepsie en rend les manifestations infiniment plus rares qu'autrefois.

M. *Verneuil* a, en effet, publié dans la *Revue de chirurgie* une observation d'infection purulente survenue chez une femme à la suite d'une cautérisation du col de l'utérus, mais il ne croit pas que ce cas doive porter atteinte aux bienfaits de la méthode antiseptique. Sans cesse menacés par cette grave complication, les chirurgiens qui usent des procédés antiseptiques, ont plus de chances d'y échapper que ceux qui les négligent.

M. *Després* a fait tout à l'heure allusion à un malade de M. Verneuil, mort d'abcès métastatique et de suppurations articulaires, après avoir subi une opération sur la langue; c'est à son sujet que M. Verneuil disait : « Il y a toujours de l'infection purulente et elle se révèle de temps en temps dans nos salles. »

L'année dernière, M. Després a eu dans son service trois morts par infection purulente : dans le premier cas, il s'agit d'une femme ayant une nécrose avec séquestre communiquant par une large plaie avec l'extérieur; le second est relatif à un abcès ossifluent provenant d'un mal de Pott spontanément ouvert; le troisième cas a trait à un phlegmon diffus. Ces trois malades ont été pansés de la même façon que les autres opérés du service, ce n'est pas le pansement qu'il faut incriminer, mais les conditions atmosphériques mauvaises et les conditions hygiéniques défectueuses de la clientèle ordinaire des hôpitaux.

M. *Després* fait aussi remarquer que les phlegmons diffus, si fréquents autrefois, semblent tendre à disparaître. Du reste, en rapprochant les registres de l'hôpital Cochin de ceux actuellement en cours d'établissement à l'hôpital de la Charité, on voit que beaucoup d'affections, rares autrefois, sont devenues communes et *vice versâ*.

M. *Berger* est surpris de voir M. Després considérer le phlegmon diffus comme rare, car dans le service voisin, dont il était chargé il y a quelques mois, il ne voyait à chaque instant que des angioleucites graves et même gangreneuses.

M. *Trélat* dit que les infections purulentes, actuellement observées par M. Després, s'observaient il n'y a pas longtemps dans tous les services, à la suite de lésions minimes, d'un simple panaris, par exemple; on pouvait alors les attribuer aux mauvaises conditions atmosphériques; aujourd'hui, les moyens antiseptiques, en les faisant disparaître, diminuent la prépondérance pathogénique des influences climatériques.

M. *Després* répond que la mauvaise constitution générale était alors la cause de la mortalité par infection purulente, comme elle l'est encore actuellement pour le croup et l'infection puerpérale. Cette semaine même sept décès de fièvre puerpérale se trouvent relevés sur le bulletin statistique de la ville de Paris.

M. *Trélat* ne croit pas qu'on puisse discuter à propos du croup, affection contre laquelle la thérapeutique est absolument désarmée. Pour ce qui est de l'infection puerpérale, personne aujourd'hui ne saurait nier les heureux effets de l'antisepsie contre les accidents puerpéraux; c'est dans cette branche de la chirurgie que la méthode antiseptique compte ses plus beaux succès.

— M. *Terrillon* a fait dernièrement une opération de gastrostomie pour un cas de cancer du pharynx, le malade est mort le troisième jour d'accidents urémiques. Il s'agissait d'un homme âgé de soixante et un ans, qui, au mois de juillet 1883, avait commencé à ressentir de la difficulté pour avaler, difficulté allant rapidement en croissant, au point

qu'au mois de janvier il ne pouvait seulement déglutir que les liquides. Entré d'abord dans le service de M. Féréol, le malade passa quelques jours après dans le service de M. Terrillon. Malgré la gêne de la déglutition, l'état général était excellent. L'exploration extérieure faisait reconnaître l'existence d'une petite tumeur derrière le larynx; pas de ganglions engorgés; le doigt introduit dans le pharynx rencontrait une masse mamelonnée et irrégulière; cathétérisme impossible. Le malade ne pouvant plus s'alimenter, était menacé de mourir d'inanition; l'intervention, que le malade lui-même réclamait, fut décidée, on choisit la gastrostomie. Opération classique et régulière faite suivant les règles posées par M. Labbé; après l'incision on reconnait l'estomac à son aspect lisse et à la direction de ses fibres; il est fixé à la paroi abdominale par de nombreux points de suture et sa cavité est ouverte; les parois en sont si minces, que l'on croit s'être trompé de viscère. Cependant une potion de Todd est injectée dans son intérieur à l'aide d'une grosse sonde. Le malade était très abattu, le soir il n'était pas encore revenu complètement à lui et on dut lui faire une injection d'éther. Le lendemain il était mieux, il ne présentait aucun phénomène abdominal et conservait les matières alimentaires introduites par la bouche stomacale. Le troisième jour, subitement, il fut pris d'hémiplégie, que l'on attribua à des accidents urémiques et, cinquante-deux heures après l'opération, il mourait dans le coma.

A l'autopsie on ne trouva pas de trace de péritonite adhésive autour de l'incision gastrique, qui répond à la partie antérieure de l'estomac tout près du pylore. Le pharynx était obstrué par des tumeurs multiples ulcérées. Rien d'anormal dans le cerveau; mais les reins étaient atteints de néphrite interstitielle, lésion plus que suffisante pour expliquer les phénomènes urémiques.

M. Terrillon, en résumé, a voulu faire une opération palliative, analogue à la colotomie dans le cancer du rectum; il est regrettable que l'état des reins, brusquement aggravé dans ses conséquences par le traumatisme opératoire, n'ait pas permis la guérison de l'opération. Un point important à noter dans ce cas particulier est l'extrême minceur des parois de l'estomac, qui, au cours de l'opération, fit craindre l'ouverture d'une tout autre portion du tube digestif.

M. *Berger*. Pourquoi M. Terrillon a-t-il préféré dans ce cas de tumeur pharyngienne la gastrostomie à l'œsophagotomie?

Ici, comme toujours, lorsqu'on opère suivant le manuel de MM. Labbé et Verneuil, l'estomac a été ouvert près du pylore. Si l'on voulait faire l'incision près du cardia, comme l'a dernièrement conseillé M. Larger, il faudrait tirailler sur le viscère et s'exposer dans la suite à des accidents, par suite des tractions exercées sur les sutures.

L'hémiplégie du malade de M. Terrillon peut être rapprochée de celles signalées par M. Nicaise, en 1873, dans les hernies étranglées, observations qui, malheureusement, n'ont pas toujours été suivies de l'autopsie.

M. *Tillaux* estime qu'il est toujours facile de reconnaître l'estomac, si on se rappelle qu'il est plat comme un galet, tandis que le côlon est toujours inégal et bosselé. La position de l'estomac reproduite dans les livres est erronée, et la véritable direction de cet organe permet de comprendre pourquoi l'ouverture porte si près du pylore; en effet, la petite courbure n'est pas transversale et horizontale, mais presque verticale, en sorte que la grande courbure est tout entière située à gauche sous les fausses côtes.

M. *Després* a vérifié ce fait chez un malade mort dans son service de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage et chez lequel il se proposait de faire la gastrostomie après distension de l'estomac par du gaz, suivant le procédé de M. Félizet, lorsqu'il succomba à une péritonite. Un bistouri enfoncé perpendiculairement, chez ce cadavre, dans le lieu ordinaire de l'incision de la gastrotomie, laissa à gauche l'estomac tout entier. Chez ces malades, dont l'estomac s'est rapetissé après un jeûne prolongé, il ne faut donc pas oublier que l'organe ne se présente pas de lui-même à l'opérateur et qu'il doit être recherché après écartement du côlon.

M. *Terrillon* répond à M. Berger qu'il a choisi la gastrostomie de préférence à l'œsophagotomie, parce qu'il ne savait exactement jusqu'à quel niveau descendait le néoplasme pharyngien. Comme M. Tillaux, il admet la direction verticale de l'estomac, et c'est même sur cette direction de la petite courbure qu'il s'est appuyé pour reconnaître l'organe. Enfin, il ne croit pas non plus prudent le précepte donné par M. Larger d'ouvrir l'estomac le plus près possible du cardia.

M. *Larger* regarde comme l'idéal l'incision près du cardia, mais il ne la recommande pas malgré tout, et si, pour l'obtenir, il faut tirailler l'estomac, on doit se contenter de l'ouvrir en face de la plaie pariétale.

— M. *Berger* présente un malade âgé de trente-cinq ans, portant, depuis l'âge de quinze ans, une tumeur située au côté droit du cou, sous le sterno-mastoïdien et dépendant manifestement du corps thyroïde. Depuis trois ans cette tumeur est devenue dure, irrégulière et s'est accompagnée d'exophthalmie unilatérale avec perte de la vision de l'œil correspondant. Les mouvements de l'œil sont conservés; ni battements, ni souffles; à l'examen ophthalmoscopique, œdème péripapillaire et points hémorrhagiques; déformation et obstruction de la narine du côté correspondant; rien au cœur.

Ce goitre unilatéral, accompagné d'exophthalmie, s'éloigne bien du goitre exophthalmique classique, et la nature des lésions est bien difficile à interpréter. S'agit-il d'une tumeur maligne du cou, ayant déterminé une tumeur secondaire au sommet de l'orbite? Cela n'est guère probable, car la tumeur primitive n'a pas les caractères d'une tumeur maligne. Il ne peut pas non plus être question d'un lymphadénome, à cause de la lenteur de l'affection. L'année dernière, M. Berger a observé également un goitre bizarre dans son évolution. Il s'agissait d'une femme portant une tumeur médiane du corps thyroïde et ayant en même temps une double exophthalmie. La ponction et l'électrisation parurent donner un coup de fouet aux accidents; l'exophthalmie se prononça, les yeux se luxèrent, les cornées s'enflammèrent et les deux globes se perdirent. On crut avoir affaire à une tumeur maligne, mais grand fut l'étonnement lorsqu'on vit la malade guérir. Pour la malade actuelle que faut-il faire?

M. *Richelot* pense que, peut-être, le goitre unilatéral explique l'exophthalmie et que, par conséquent, s'il en est ainsi, ce fait rentrant dans les cas classiques, on est autorisé à faire d'abord l'ablation de la tumeur du corps thyroïde, d'autant plus que l'ablation partielle n'offre pas la gravité de l'ablation totale.

M. *Tillaux* est aussi d'avis qu'il existe un rapport incontestable entre les tumeurs de la thyroïde et l'exophthalmie, l'observation qu'il a présentée à la Société, il y a quatre ans, en est une preuve : l'extirpation d'un goitre fut suivie, huit jours après, de la disparition de l'exophthalmie très prononcée avant l'intervention. Difficile à interpréter, le fait n'en commande pas moins l'opération, surtout dans ce cas particulier de tumeur unilatérale.

M. *Marc Sée* ne partage pas la même opinion au sujet des heureux effets de l'extirpation du goitre sur l'exophthalmie; il croit que ce sont deux manifestations d'un même état général, et il n'est pas prouvé pour lui que l'ablation de la tumeur de la thyroïde soit la cause du retrait de l'exophthalmie dans les cas cités.

M. *Chauvel* fait remarquer que l'oblitération des fosses

nasales et les douleurs éprouvées par le malade ne s'accordent guère avec l'hypothèse d'une maladie de Graves; il incline à penser à l'existence d'un néoplasme secondaire et conseille l'abstention.

— M. *Houzel* lit une observation intitulée : *Anévrysme diffus, abcès, tamponnements, guérison.*

— M. *Kirmisson* lit un travail sur la *Ligature de l'iliaque externe dans les anévrysmes inguinaux.*

A. Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 5 AVRIL 1884. — PRÉSIDENCE DE M. FRANÇOIS-FRANCK, VICE-PRÉSIDENT.

Paralysies par suggestion : M. Bernheim. — Préservation cuprique : M. Bochefontaine. — Conservation des cadavres : M. Philipeau. — Effets physiologiques de la paraldéhyde : M. Quinquaud. — Prédominance fonctionnelle du membre inférieur droit sur le gauche : M. Delaunay.— Recherche négative des microbes du xanthélasma : M. Hanot. — Colchicine cristallisée : M. Houdé. — Développement des kystes dentaires : M. Magitot. — Expériences sur les effets des hautes pressions : M. Certes. — Mode de pénétration du suc gastrique dans l'albumine : M. Herzen.

M. *Bernheim* adresse une note dans laquelle il fait remarquer que ni Reynold ni Erb n'ont parlé des paralysies *suggérées* soit à l'état de veille, soit à l'état hypnotique. C'est lui qui a établi, dans une note à la Société, qu'on peut, chez certains sujets, à l'état de veille, provoquer par simple affirmation et faire disparaître instantanément, des paralysies, des anesthésies, des contractures, des illusions sensorielles et même des hallucinations complexes. Quant aux caractères cliniques des paralysies par suggestion, M. Bernheim pense que ceux qui ont été énoncés par MM. Richer et Gilles de la Tourette ne sont pas constants : le réflexe tendineux peut manquer de même que le sens musculaire.

— M. *Bochefontaine* répond par de nouveaux faits aux assertions de M. Burq sur la question de la préservation cuprique. (Voy. le *Compte rendu* officiel de la Société.)

— M. *Philipeau* recommande, pour conserver les cadavres, de les envelopper de sciure de bois et d'emplir la bière avec du charbon de bois concassé.

— M. *Quinquaud* expose les résultats de ses expériences sur les effets physiologiques de la paraldéhyde. Les conclusions sont les suivantes : 1° La paraldéhyde diminue l'exhalation pulmonaire de l'acide carbonique. 2° Dans le sommeil paraldéhique, l'acide carbonique du sang diminue beaucoup plus rapidement que l'oxygène. Il en résulte que la paraldéhyde produit un ralentissement extrême de la nutrition, bientôt l'arrêt des échanges et la mort. 3° Le mécanisme de la mort s'explique par la destruction graduelle et progressive de l'hémoglobine transformée en méthémoglobine, puis en très fines granulations dans la cuve du spectroscope. 4° La capacité respiratoire reste longtemps normale pour diminuer un peu avant la mort.

— M. *Delaunay* présente une série de faits et de considérations sur les raisons de la prédominance fonctionnelle du membre inférieur ou postérieur droit sur le gauche.

— M. *Hanot* a recherché si, comme l'ont avancé plusieurs auteurs (M. Balzer, M. Korab entre autres), il existe des microbes dans les nodosités du xanthélasma. Sur aucune des préparations faites suivant des procédés dont il indique le détail, M. Hanot n'a pu observer de microbes de quelque forme que ce soit, ni dans les amas de cellules adipeuses, ni entre les faisceaux fibreux, ni dans les cellules de tissu conjonctif hypertrophiées accolées à ces faisceaux, ni à l'intérieur, ni au pourtour des vaisseaux. M. Hanot, sans vouloir conclure par une négation rigoureuse, donne le fait tel qu'il l'a observé, en ajoutant qu'on pourrait objecter qu'il s'agit là d'un xanthélasma *déshabité*, les microbes s'étant éliminés, ou bien encore qu'avec d'autres procédés de coloration on pourrait déceler le parasite.

— M. *Houdé* adresse une note sur la colchicine cristallisée, « principe actif de la colchique d'automne »; il insiste sur les propriétés, le mode de préparation et les réactions de la colchicine, se réservant de présenter plus tard une étude complète de cet alcaloïde au double point de vue chimique et physiologique.

— M. *Magitot* développe les opinions qu'il a déjà énoncées au sujet du développement des kystes dentaires, en insistant surtout sur les points de désaccord entre M. Malassez et lui; il accorde qu'on ne doit pas considérer comme un véritable périoste, mais plutôt comme un tissu fibro-ligamenteux, la membrane alvéolo-dentaire, et revient sur la question de l'épithélium des kystes, particulièrement étudiée par M. Malassez dans une précédente communication. (Voy. le *Compte rendu* officiel de la séance.)

— M. *Certes* rend compte de ses recherches sur les effets des hautes pressions sur les organismes inférieurs, en insistant sur les conditions de ses expériences, qui diffèrent de celles de M. Regnard. En opérant avec des appareils à double récipient, il a constaté que l'effet des hautes pressions varie non seulement d'espèce à espèce, mais, dans la même espèce, d'individu à individu. Il semble surtout qu'il n'est pas indifférent de produire la compression ou la décompression plus ou moins rapidement; il n'est pas impossible qu'avec des pressions plus fortes, prolongées plus longtemps, aucun des organismes de la superficie ne résiste, et que tous indistinctement ne soient tués. Dans aucune de ses expériences, M. Certes n'a abordé le problème de la fermentation ni celui de la putréfaction; il s'est proposé surtout de rechercher par quels procédés, dans les grands fonds de la mer, la matière organique était ramenée à l'état inorganique; n'ayant constaté, par l'examen microscopique direct, la présence d'aucun microbe dans les sédiments fixés par l'acide osmique et traités par les réactifs colorants, il s'est adressé à la méthode des cultures, en se préoccupant de replacer les organismes dont il recherchait l'existence dans leurs conditions d'activité habituelle, c'est-à-dire sous des pressions correspondant à celles des fonds dont ils pouvaient provenir. C'est pour cela qu'il a employé les appareils Caillette modifiés; son but était, comme on voit, tout différent de celui de M. Regnard.

— M. *Herzen* (de Lausanne) adresse une note sur la pénétration du suc gastrique dans l'albumine coagulée séjournant dans l'estomac. Il a utilisé pour ses expériences un sujet porteur de fistule gastrique, en introduisant simultanément dans l'estomac de petits cubes d'albumine et des flocons de fibrine de sang de bœuf enfermés dans des sacs en fil de soie à larges mailles. Il a vu ainsi que, dans certaines circonstances indéterminées, l'albumine peut séjourner dans l'estomac une heure ou deux sans être visiblement attaquée, malgré la présence d'un ferment dont elle s'imprègne. Poursuivant ses études sur la manière dont se produit habituellement la pénétration du suc gastrique dans les cubes d'albumine, M. Herzen arrive aux conclusions suivantes, qu'il rapproche de celles déjà énoncées par M. Ch. Richet : 1° le suc gastrique pénètre dans la profondeur des cubes d'albumine à raison d'environ 1 millimètre pendant la première heure, 3 millimètres pendant la deuxième heure; 2° dans cette pénétration, l'acide procède beaucoup plus rapidement que la pepsine, ce qui montre qu'il y a dans le suc gastrique actif de l'acide (chlorhydrique) libre, en outre de celui qui forme, avec la pepsine, l'acide chlorhydropeptique, et que l'acide libre est plus diffusible que le dernier.

— La Société s'ajourne au samedi 19 avril, en raison des vacances de Pâques.

Société médicale de Vienne.

SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1883.

Plaie par arme à feu.— Albuminurie dans l'étranglement herniaire.

M. *Kundrat* présente une préparation curieuse, provenant d'un cocher qui s'était tiré, pendant son ivresse, une balle dans la poitrine. La balle n'avait pas atteint le cœur et cependant l'autopsie démontre l'existence d'une dilatation des ventricules, d'une endocardite récente, d'une véritable rupture du ventricule gauche. L'auteur attribue tous ces désordres à l'ébranlement produit par le coup de feu.

— M. *Englisch* fait une communication sur l'*albuminurie dans les cas de hernie étranglée*. Le titre indique suffisamment l'objet de ce travail. Il est à noter que la quantité d'albumine n'est pas en rapport avec la gravité de la maladie, et que les hernies épiploïques ne s'accompagnent jamais d'albuminurie.

Le professeur *Nothnagel* fait observer qu'il s'agit ici d'un simple désordre de la circulation et non d'une lésion rénale.

SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1884

Myosite syphilitique. — Kystes des os.

M. le professeur *Neumann* fait une lecture sur la *myosite syphilitique*. L'auteur admet deux formes de cette affection : la forme *diffuse* et la forme *gommeuse*. Il cite trois observations personnelles dont les particularités essentielles étaient l'absence de douleurs et l'apparition de gommes dans un grand nombre de muscles.

M. *Kassowitz* décrit l'affection, chez les enfants. Il l'a toujours trouvée localisée au lieu d'insertion et seulement lorsque les os étaient eux-mêmes très malades, de sorte que l'on pouvait penser à une sorte de transmission par contiguïté. Parrot attribuait, en pareil cas, les paralysies à un décollement de l'épiphyse, mais ce décollement n'existe pas toujours, et la cause de la paralysie réside plutôt dans la lésion de l'os et des tendons que dans celle des muscles. Les contractures sont rares et siègent de préférence aux extrémités inférieures.

M. *Kaposi* a de la tendance à admettre que les paralysies dont il vient d'être parlé, sont d'origine centrale. Elles sont indolores et disparaissent souvent avec l'éruption de papules.

M. *Billroth* pense que la douleur et la contracture tiennent à une lésion de l'os et non à une altération des muscles.

M. *Neumann* est d'un avis opposé; toute irritation peut, dans la première période de la syphilis, engendrer des lésions syphilitiques, les sinapismes, par exemple. — De même, le surmènement des muscles peut engendrer des myosites.

— M. *Billroth* parle *de la formation des kystes dans les os*. La production de cavités kystiques au sein d'un os est toujours un fait curieux. L'auteur n'en a jamais vu dans le tissu compact, mais bien dans le tissu spongieux. Il en distingue deux types: dans l'un, le tissu osseux et médullaire disparaît par une sorte de ramollissement; dans l'autre, il y a accumulation de liquides qui possèdent une pression telle, que les couches osseuses sont poussées vers la périphérie.

Pour le premier mode, on peut citer comme types la formation des articulations, de l'antre d'Hyghmore, des sinus frontaux. Le même processus s'observe dans les enchondromes et les sarcomes.

Quant au second mode, on en trouve un exemple dans les kystes dentaires, autrefois appelés hydropisies de l'antre d'Hyghmore. Un autre exemple est fourni par les échinocoques osseux.

REVUE DES JOURNAUX

Deux cas de carcinome du larynx avec remarques, par M. H. Butlin. — L'auteur fait suivre la relation de ces deux observations peu intéressantes en elles-mêmes des remarques suivantes. Pour assurer le diagnostic, il conseille d'enlever un fragment de la tumeur avec la pince coupante de Mackensie; cette petite opération, d'après lui, est toujours facile et elle amènerait même un soulagement en créant une voie plus large au passage de l'air. L'engorgement ganglionnaire, regardé comme exceptionnel par Krishaber, est au contraire fréquent et devient un bon signe de la dégénérescence cancéreuse de l'appareil laryngien. Quant à l'excision du larynx partielle ou totale, elle est inutile, dangereuse et condamnable, surtout lorsqu'il existe de l'engorgement ganglionnaire. (*The British medical Journal*, 8 mars 1884, p. 457.)

Traitement du diabète par la noix vomique et les acides minéraux, par M. S. Wilks. — Ce traitement a été appliqué chez trois jeunes malades atteints de diabète, concurremment avec le régime ordinaire, c'est-à-dire usage de viande et de légumes verts et abstinence de farineux, tous les trois en ont retiré le plus grand bénéfice. L'auteur pense que l'action de ces substances est due à ce qu'elles réveillent l'atonie de l'estomac. Outre les trois cas qu'il rapporte, il dit l'avoir aussi employé plusieurs fois avec succès, soit à l'hôpital, soit en ville. (*Medical Times*, 8 mars 1884, p. 320.)

Travaux à consulter.

Un cas de chylurie, par M. Siegmund. — Homme de quarante-cinq ans, n'ayant jamais quitté l'Allemagne. Sur 428 mictions, 46 fois l'urine était chyleuse. L'auteur n'admet aucune relation entre la chylurie et l'état des reins. Il s'agit d'un simple mélange de liquides qui s'opère par un mécanisme qui ne nous est pas connu. A certains moments, les lymphatiques laissent probablement échapper la lymphe ou le chyle. (*Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 10.)

Un cas de névrite disséminée, par M. Roth. — A la suite d'une plaie pénétrante de l'abdomen se manifeste une tuméfaction de la région parotidienne le treizième jour. Incision, amélioration. Apparition subite de difficultés de déglutition, paralysie du voile du palais, paralysie des extrémités inférieures, du tronc et des bras. Au bout de quelques jours, sans fièvre, accélération du rythme cardiaque, progrès de la paralysie, mort. — Moelle intacte; dégénérescence avancée des faisceaux nerveux périphériques; infiltration du tissu cellulaire interstitiel, surtout du *nerf facial*. (*Corr. Blatt für Schweiz. Aertzte*, 1883, n° 13.)

Un cas de maladie de Thomsen, par M. Schönfeld. — Soldat de vingt ans, n'ayant jamais été malade avant l'âge de quatorze ans. A la suite d'une violente terreur, se développe une raideur insolite de la musculature, et tout l'appareil symptomatique de la maladie en question (*dysmyatonie congénitale*). L'absence d'hérédité et la cause invoquée constituent deux particularités fort intéressantes de cette affection. (*Berl. klin. Woch.*, 1883, n° 27.)

Un cas de leucocytose hydrémique, par M. Eschvich. — L'augmentation du nombre de corpuscules blancs que l'on observe dans plusieurs maladies doit être considéré comme l'expression d'une modification qualitative ou quantitative de la lymphe. On peut distinguer une leucocytose *inflammatoire* (lymphe concentrée, riche en cellules; sang normal) et une leucocytose *cachectique* (sang hydrémique, renforcement du courant lymphatique).

Dans ce dernier cas, les leucocytes contiennent de l'hématurie et ont les mouvements amœboïdes très marqués. La première leucocytose a des effets fâcheux pour la nutrition; la seconde, au contraire, est un phénomène utile. (*Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 10.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques et thérapeutiques sur la tuberculose parasitaire, faites à la clinique de la Pitié par M. le docteur Debove, et recueillies par M. le docteur Faisans. — Paris, 1884. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

M. Debove a eu la bonne pensée de réunir en un volume les leçons qu'il a professées à la clinique de la Pitié, et qu'il avait déjà publiées dans le *Progrès médical*. Ces leçons, très intéressantes et par la nature du sujet qu'elles traitent et par le point de vue spécial auquel s'est placé notre savant collègue, seront lues avec fruit non seulement par les étudiants, mais encore par tous les médecins. Ce n'est point à dire que nous partagions sans réserves toutes les idées qui s'y trouvent défendues. L'aphorisme qui sert de titre à la deuxième leçon : « Toute phthisie est due à la contagion, » nous paraît, au contraire, très contestable. Mais quand on se reporte à moins de vingt années en arrière, lors de la discussion qu'ont soulevée à l'Académie de médecine les mémorables expériences de M. Villemin, on ne peut s'empêcher de reconnaître que les doctrines alors considérées comme révolutionnaires sont aujourd'hui universellement admises, et que des découvertes plus récentes apportent aux affirmations de M. Debove un contingent d'arguments dont il a su tirer grand parti. Et cependant ni les expériences d'inoculation, ni l'observation de ce qui se passe à l'hôpital de Bicêtre, ni les cas de contagion directe cités par l'auteur ne nous ont convaincu. Si la phthisie était toujours due à la contagion, comment expliquerait-on les faits si nombreux de tuberculose consécutive aux maladies chroniques contractées par des sujets jusqu'alors indemnes de toute diathèse, et placés dans des milieux où seuls ils sont frappés? Comment comprendre que la tuberculose atteigne surtout les jeunes gens et épargne si souvent les vieillards ou même les adultes, quelle que soit leur débilité, dans quelque milieu qu'on les place? Comment surtout ne pas admettre l'hérédité et l'influence de causes étrangères à toute contagion directe, lorsque l'on voit, dans certaines familles, tous les individus d'une même lignée succomber à la tuberculose alors que leurs parents, leurs amis, leurs domestiques, tout en vivant dans le même milieu, en les assistant jusqu'à leur dernier jour, échappent à la maladie? Les faits de contagion tuberculeuse directe sont rares et difficiles à affirmer; les observations qui montrent que, dans une même famille, quatre ou cinq sujets succombent à la maladie alors que d'autres sont épargnés, se comptent par centaines. La question du terrain, de la prédisposition individuelle prime toujours celle de l'infection virulente, et si l'on pouvait préciser les chiffres, nous sommes convaincu qu'on parviendrait sans peine à montrer que les garde-malades, les infirmiers, les médecins même, dans les hôpitaux où les phthisiques sont en majorité, ne payent pas un bien lourd tribut à la maladie. Mais il est impossible de discuter en quelques lignes une question d'une importance aussi capitale. Aussi bien n'avons-nous comme but que de montrer les qualités maîtresses d'un recueil de leçons qui fait grand honneur à celui qui les a professées. M. Debove a étudié successivement la théorie parasitaire de la tuberculose; il a cité des faits de contagion des plus remarquables; il a appuyé sa doctrine de tous les arguments que son esprit ingénieux et critique pouvait lui suggérer. Passant à l'étude étiologique de la maladie, il s'est appliqué à prouver que sa doctrine peut rendre compte de l'influence exercée par un rhume négligé, une atteinte de rougeole, de coqueluche, etc., sur le développement de la maladie. Nous n'étonnerons personne en disant que le chapitre consacré à l'anatomie pathologique de la tuberculose est un des plus sérieusement étudiés de ce livre. Arrivant à la question du diagnostic, M. Debove a décrit avec minutie les procédés qui permettent de retrouver les bacilles dans les produits de l'expectoration tuberculeuse. Bien que nous ne puissions méconnaître l'utilité de cette recherche au point de vue du diagnostic, il nous sera permis de faire remarquer : d'une part, que la technique microscopique indiquée par notre distingué confrère est assez compliquée pour ne pas être accessible à tous les praticiens, et, d'autre part, que l'absence si fréquente des bacilles chez certains tuberculeux, soit qu'ils ne crachent point, soit que leur expectoration soit d'origine exclusivement bronchitique, enlève à cette recherche l'importance exclusive que certains médecins lui ont attribuée. Les derniers chapitres sont consacrés au traitement de la phthisie. A ce propos encore, s'il ne s'agissait de leçons cliniques destinées surtout à exposer des idées personnelles et des aperçus nouveaux, nous aurions quelques réserves à faire. La phthisie est curable; mais les méthodes de traitement ne sont vraiment efficaces que si elles sont modifiées suivant les manifestations cliniques de la maladie. Il n'en est point, en effet, de la tuberculose pulmonaire comme de la syphilis ou d'autres maladies manifestement virulentes, dont une médication spécifique peut toujours amener la guérison. C'est au point de vue thérapeutique surtout que l'auscultation et l'examen clinique du malade sont préférables à la recherche des bacilles tuberculeux. M. Debove ne pouvait, nous le comprenons, aborder l'examen de cette question si complexe et pourtant si importante. Promoteur de la méthode de suralimentation et des procédés qui mettent en usage la sonde œsophagienne pour combattre certains accidents de la phthisie, il devait à ses élèves l'exposé de ses recherches à cet égard. A tous les points de vue, par conséquent, ce recueil de leçons mérite d'être recommandé comme une œuvre aussi personnelle que méritoire.

L. L.

Index bibliographique.

Étude sur l'élimination des kystes hydatiques du foie a travers les voies biliaires, par le docteur J. Berthaut, ancien interne des hôpitaux. — Thèse de Paris, 1883. Alex. Coccoz. — L'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires donne lieu à des lésions et à des symptômes très analogues à ceux que produit la migration des calculs biliaires; on observe, en effet, des coliques hépatiques, de l'ictère, et la présence des hydatides au milieu des matières fécales. Mais les lésions hépatiques sont toujours beaucoup plus graves, dans le cas de kyste, que dans celui d'obstruction calculeuse, et l'angiocholite aiguë, rare au cours de la lithiase, est au contraire fréquente lorsque la bile altérée et les vésicules hydatiques séjournent dans les canaux biliaires. D'autre part, la tumeur peut s'ouvrir dans les veines ou se rompre dans le péritoine, et amener fatalement la mort; l'évacuation dans l'intestin ou dans les bronches constitue, par contre, un mode de terminaison ordinairement favorable. L'auteur étudie principalement la question de thérapeutique, et se prononce en faveur d'une intervention chirurgicale hâtive, lorsqu'on peut déterminer exactement le siège de la tumeur. Il trace d'ailleurs les règles opératoires auxquelles il faudra se conformer, suivant la circonstance, et prescrit l'emploi de la méthode antiseptique dans toute sa rigueur.

De la démence précoce chez les jeunes aliénés héréditaires, par le docteur G. Gauthier. — Thèse de Paris, 1883. A. Dcreune. — L'auteur établit, d'après ses observations personnelles et d'après l'analyse des faits épars dans la littérature médicale, qu'il existe un certain nombre d'aliénés héréditaires qui offrent des signes

physiques et psychiques de dégénérescence héréditaire, et qui sont atteints pendant leur jeunesse de démence précoce. Ce fait vient d'ailleurs contredire l'opinion jusqu'alors admise que, si les folies héréditaires offrent moins de chances de guérison que les autres, du moins elles n'amènent la démence que tardivement, et souvent même ne la produisent jamais. Dans les divers cas rapportés par l'auteur, l'accès vésanique qui a précédé la démence a revêtu presque constamment la forme dépressive et mélancolique; cependant toutes les formes de délire peuvent conduire au même résultat. Peut-être, d'après M. Gauthier, tous ces jeunes héréditaires, qui versent aussi rapidement dans la démence vésanique à la première atteinte de folie, sont-ils des *cérébraux* héréditaires, prédisposés par ce fait aux désorganisations physiques de l'encéphale. C'est, du moins, une hypothèse séduisante qui s'appuie sur un certain nombre de faits consciencieusement observés.

La longévité et les moyens de l'acquérir, par le docteur J. Richardson, professeur d'hygiène à l'Université de Pensylvanie (traduit de l'anglais par M. P. Barrué). — Paris, 1884. Asselin et Cie. — Ce petit manuel d'hygiène renferme d'utiles enseignements pratiques relatifs aux diverses circonstances de notre vie civilisée, et propres à prévenir, autant qu'il est possible, le développement des maladies de cause externe et la propagation des affections épidémiques. Partant de ce principe que « l'homme ne devrait mourir que de vieillesse », l'auteur attribue aux règles hygiéniques une importance que l'on peut, à bon droit, regarder parfois comme exagérée; et, si la définition originale qu'il donne de l'hygiène en ces termes : « Dix grammes de précautions préventives valent mieux qu'un kilogramme de traitement, » est exacte à coup sûr, il n'en est pas moins certain que l'hygiène, quelque bien entendue qu'elle soit, sera souvent bien impuissante en présence des causes multiples de maladies auxquelles nous sommes exposés. L'auteur traite successivement de la température, des vêtements, de l'air atmosphérique, des boissons, des aliments, de l'exercice, du sommeil, etc.; il accorde un chapitre spécial à « nos ennemis parasites », et termine par un certain nombre de règles judicieuses auxquelles doivent se soumettre les vieillards, pour ne pas tomber dans un état de décadence physique et intellectuelle qui transformerait pour eux l'existence en un pénible fardeau.

Des ostéites du bassin au point de vue de leur pathogénie et de leur traitement, par le docteur P. Goullioud, ancien interne des hôpitaux de Lyon. — Paris, 1883. Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier. — Frappé des dangers inhérents à l'intervention chirurgicale dans les ostéites du bassin, en même temps que de l'extrême gravité de cette affection lorsqu'on l'abandonne à elle-même, M. le docteur Goullioud a entrepris, sous l'inspiration du professeur Ollier, de déterminer dans quelle mesure les progrès de la méthode antiseptique permettraient d'obtenir la cure d'une maladie jusqu'alors regardée comme mortelle dans la majorité des cas. Il classe les ostéites du bassin en deux groupes correspondant à deux périodes du développement de l'os iliaque, ces ostéites étant alors constamment le résultat de l'inflammation des cartilages juxta-épiphysaires : de l'enfance à la puberté, on observe des ostéites péri-cotyloïdiennes ou intra-cotyloïdiennes (coxalgies acétabulaires primitives), siégeant au point de rencontre des trois pièces non encore soudées de l'os iliaque; plus tard, jusque vers trente ans, l'ostéite se montre au niveau des épiphyses marginales. Si le bassin, après son développement complet, peut encore être le siège d'ostéites, celles-ci sont alors toujours imputables à la tuberculose ou à la carie osseuse. L'auteur formule ensuite les principes du traitement auquel on pourra recourir pour combattre les dangers inhérents à la suppuration, aux séquestres ou à la carie. Il prescrit la méthode antiseptique rigoureuse, et formule, à juste titre, comme règle générale que « l'intervention la plus dangereuse est l'intervention insuffisante, qui ne désinfecte pas le foyer purulent et permet l'entrée de l'air ».

VARIÉTÉS

L'assistance et le traitement à domicile à Paris. Recrutement des médecins.

Dans sa séance du 31 mars, le Conseil municipal a commencé la discussion du rapport du docteur Fiaux sur l'assistance à domicile. Cette question si importante et si difficile, qui a été l'objet des préoccupations des philanthropes aussi bien que des médecins, des économistes et des administrateurs présente un intérêt tout spécial lorsqu'il s'agit de l'assistance et du traitement à domicile dans la ville de Paris.

Avant de venir devant le Conseil municipal, elle avait été longuement étudiée par la commission ministérielle instituée par décret du 4 mai 1880 et aussi par le conseil de surveillance publique.

Tout ce qui se rattache aux bureaux de bienfaisance a été l'objet de longues discussions qui ont révélé de grandes divergences d'opinions; aussi n'est-il pas surprenant de trouver des interprétations et des conclusions différentes, sur les mêmes points. Il serait certainement très intéressant d'examiner les solutions diverses qui ont été successivement adoptées pour l'ensemble des problèmes se rattachant à l'assistance à domicile, mais le cadre serait trop vaste et dépasserait les limites possibles dans les colonnes d'un journal. Je vais restreindre mon sujet pour n'examiner que ce qui touche spécialement aux intérêts professionnels.

La question essentielle, et pour ainsi dire capitale, c'est le mode de recrutement des médecins de bureaux de bienfaisance. Avant de dire les solutions adoptées successivement, il est indispensable de faire connaître le mode mis en pratique avant le décret de M. Herold du 15 février 1879.

Jusqu'à ce moment, la nomination des médecins des bureaux de bienfaisance se faisait sous l'influence du règlement administratif promulgé par M. Husson, le 20 mars 1860, et approuvé par M. Haussmann, préfet de la Seine, le 28 juillet de la même année. Ce règlement, qui reproduisait presque intégralement celui du 24 septembre 1831, disait expressément :

« Art. 21.— Les médecins et chirurgiens sont nommés pour trois ans, par le préfet, sur des listes triples de candidats, formées par les bureaux de bienfaisance, au scrutin secret et à la majorité des membres présents. Ces listes sont soumises au préfet par le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, avec son avis particulier. Ils peuvent être réélus, sur la demande des bureaux et sur la proposition du directeur.

» Art. 22. — Pour être nommé médecin ou chirurgien auprès des bureaux de bienfaisance, il faut avoir été reçu docteur et justifier de son diplôme. »

Il ressort de ces articles que la nomination des médecins dépendait spécialement des bureaux de bienfaisance, car le directeur de l'Assistance publique, comme le préfet de la Seine, ne faisait guère que sanctionner le choix des bureaux. Il est bon aussi de faire observer que les docteurs en médecine pouvaient seuls être nommés.

Les différentes personnes qui se succédèrent à la Préfecture de la Seine, depuis la chute de l'empire, n'avaient apporté aucune modification à cette situation, lorsque M. Herold crut utile, en 1879, de faire revivre la loi de 1849, qui dormait d'un profond sommeil, dans les bureaux de la Préfecture.

L'article 7 de cette loi porte : « Les médecins et chirurgiens attachés au service des secours à domicile sont nommés au concours ou par l'élection de leurs confrères. Ils sont institués par le ministre de l'intérieur. Ils peuvent être révoqués par le même ministre sur l'avis du conseil de surveillance. »

M. Herold, ayant à choisir entre le concours et l'élection, se prononça pour l'élection et, donnant un effet rétroactif à son arrêté, il stipula qu'il serait appliqué à tous les médecins, ne tenant aucun compte des services supérieurs des médecins qui étaient en fonctions depuis dix, quinze et vingt ans.

L'arrêté de M. Herold, approuvé par le ministre de l'intérieur, souleva de très violentes critiques dans le monde médical. On trouva généralement qu'on appliquait, d'une façon bien radicale, une loi qui était restée dans l'oubli pendant tant d'années; on aurait compris qu'elle fût appliquée, en ce qui concerne la nomination des médecins, et comme semblait l'indiquer l'article 1er de l'arrêté du 15 février 1879, aux places qui deviendraient vacantes après la promulgation de l'arrêté; on trouvait, non sans raison, qu'il y avait quelque injustice à soumettre à une nouvelle inves-

titure des hommes qui avaient consacré, sans compter, leur temps et leur dévouement au service des pauvres. Quelques médecins, parmi les plus anciens, donnèrent leur démission. La majorité crut devoir subir ce qu'elle n'avait pu empêcher, malgré la démarche faite par le bureau de la Société médicale des bureaux de bienfaisance auprès du préfet.

La Société médicale des bureaux de bienfaisance, dont j'ai l'honneur d'être, à ce moment, le président, prit énergiquement en mains les intérêts professionnels et elle parvint à faire adopter, comme règle de conduite, que les médecins en exercice devaient être réélus.— Sur 180 médecins élus, 161 furent choisis parmi ceux déjà chargés du service à domicile. En tenant compte des démissions qui s'étaient produites, on voit que l'élection désigna presque tous les médecins en exercice.

Malgré cet heureux résultat, l'application de la loi de 1849 n'en resta pas moins atteinte d'un certain discrédit. On jugea nécessaire alors d'établir définitivement un règlement d'administration publique conforme aux prescriptions de cette loi. A la date du 4 mai 1880, un décret du président de la République nomma une commission de 23 membres chargés d'élaborer un projet de règlement pour l'organisation de l'assistance à domicile à Paris. Cette commission a adopté un projet de réglementation qui, après avoir été étudié et réformé par le conseil de surveillance de l'Assistance publique, a été envoyé au Conseil municipal pour avis.

Le projet de la commission ministérielle porte : « Article 19. — Les médecins du service des secours à domicile sont nommés à l'élection.

» Tous les ans, au mois de janvier, dans chaque arrondissement, les docteurs en médecine sont convoqués par le maire pour élire un délégué.

» Les délégués des vingt arrondissements constituent le corps électoral chargé d'examiner les titres des candidats et de dresser la liste des élus. »

L'élection, que M. Herold avait cru devoir choisir pour la nomination des médecins, lui semblait avoir largement répondu à son attente, et il se félicitait hautement des résultats qu'avait donnés la première application de la loi de 1849, dans une lettre écrite au ministre de l'intérieur le 7 avril 1879 et dans une autre lettre du 10 mai 1879, adressée aux maires de Paris. Telle n'a pas été l'impression de la commission ministérielle.

Le mode actuel de nomination a été l'objet des critiques les plus acerbes tant de la part du directeur de l'Assistance publique que de la part de quelques administrateurs. On a dit notamment que l'administration ne se trouvait pas suffisamment armée contre des défaillances possibles de la part de quelques confrères; on a prétendu que dans beaucoup d'arrondissements peu de médecins se rendaient aux élections; on a dit que les candidats étaient obligés d'aller frapper à la porte de tous leurs confrères pour solliciter leurs voix et que ceux qui ne croyaient pas de leur dignité de faire de semblables démarches étaient certains de ne pas être nommés.

S'il y a quelque dose de vérité dans ces affirmations, il s'en faut que tout soit exact. Je ferai remarquer, tout d'abord, que dans les arrondissements où une Société médicale existe, l'élection se fait généralement dans les meilleures conditions : la Société, après après avoir examiné les titres des candidats et fixé son choix, adresse une circulaire aux confrères électeurs et sollicite leurs suffrages en faveur de celui qui a paru devoir être préféré. De cette façon, la dignité du candidat est réservée et le patronage de la Société décide l'élection.

Dans les arrondissements dépourvus de société médicale, il eût été possible de suppléer à cette lacune, en constituant une commission de plusieurs confrères qui aurait agi, au moment de l'élection, au lieu et place de la société absente.

Avec un peu de bonne volonté, on aurait pu remédier aux inconvénients que l'on reproche à l'élection.

Mais ces inconvénients paraissant à la commission ministérielle assez sérieux pour modifier le mode actuel de nomination, il eût été logique qu'elle choisit l'autre méthode indiquée par la loi de 1849, c'est-à-dire le concours; il n'en a rien été et le mode adopté reste l'élection, mais l'élection à deux degrés.

Ce genre de nomination a paru à beaucoup un moyen de tourner la loi de 1849, tout en ayant l'air de la respecter. Si la commission ministérielle respecte à la rigueur le texte de la loi, elle ne paraît pas avoir tenu beaucoup à se conformer à l'esprit de l'article 7 et à l'intention du législateur de 1849, qui ne prévoyait certainement pas l'élection à deux degrés. A-t-elle au moins évité dans la solution adoptée les inconvénients qu'elle reproche elle-même si vivement au procédé actuel de nomination? En aucune façon.

Comment a-t-on pu supposer que ceux des électeurs qui ne se dérangent pas, lorsqu'il s'agit de nommer, dans un arrondissement, un médecin du bureau de bienfaisance qu'ils peuvent connaître ou dont ils peuvent avoir entendu parler, vont être pris d'un beau zèle pour élire un des vingt délégués à qui incombera la mission de désigner, dans un conclave d'un nouveau genre, les médecins de tous les arrondissements de Paris? On se plaint de la pénurie des électeurs, et on ne voit pas que le mode proposé ferait le vide autour de l'urne électorale!

Comment les médecins d'un arrondissement s'intéresseront-ils à la nomination d'un délégué dont ils ne pourront contrôler les décisions? Aujourd'hui, l'électeur peut, à la rigueur, donner sa voix aux médecins qui lui semblent capables d'être attachés aux bureaux de bienfaisance; avec le système de la commission ministérielle, il pourrait voir arriver des hommes qu'il ne connaît pas ou pour lesquels il n'aurait jamais voté. Le délégué ne sera-t-il pas libre de désigner un candidat qui n'aurait pas été nommé par la majorité des électeurs? Il peut avoir des préférences personnelles et croire, en toute sincérité, juger plus sainement que l'ensemble des électeurs de son arrondissement. Que serait-ce s'il s'agissait des autres arrondissements? Le délégué du Ier arrondissement, par exemple, ne sera renseigné sur les candidats du XIe ou du XIIe arrondissement que par les délégués de cette région; il devra s'en rapporter à leur opinion et accepter, les yeux fermés, des candidats qui lui seront inconnus et sur la valeur desquels il lui sera bien difficile d'être éclairé efficacement; on arrivera ainsi à faire des nominations qui n'auront pas l'approbation de l'opinion publique.

Le délégué peut être pris en dehors des médecins des bureaux de bienfaisance; aura-t-il alors les connaissances voulues pour juger sainement si tel ou tel candidat a les aptitudes indispensables pour remplir ses pénibles fonctions? J'ai le droit d'en douter. Dans une brochure publiée récemment j'ai eu l'occasion de dire avec quelle légèreté et quelle incompétence on parlait du service médical des bureaux de bienfaisance. On peut être un homme intelligent et instruit, un médecin distingué et ne pas soupçonner l'importance du traitement à domicile. On pourra trouver dans les documents officiels quelques renseignements; on n'y trouvera pas, ce que la pratique seule enseigne, la connaissance exacte des difficultés que l'on rencontre tous les jours. Je ne parle pas, bien entendu, d'une pratique de quelques mois, mais bien entendu d'une pratique de plusieurs années, au bout desquelles le médecin consciencieux pourra dire la somme de bonne volonté, d'énergie et de dévouement qu'il faut dépenser au service des pauvres. Si le délégué n'a pas passé par les bureaux de bienfaisance, il ne saura rien de ce service et il sera incompétent pour faire un bon choix.

(A suivre.)

Dr Commenge.

Société française de tempérance. — La Société a tenu sa séance solennelle le 6 mars, sous la présidence de M. le docteur Jules Bergeron, membre de l'Académie de médecine. Après avoir entendu une allocution chaleureuse de M. le docteur Jules Bergeron, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. Lunier, secrétaire général, les rapports sur les prix de MM. Decaisne et Gibert et celui de M. Van den Dorpel, sur les récompenses, la Société a décerné: une médaille de vermeil à M. le docteur Pierre Boyer, rédacteur en chef du *Bon Conseiller;* des médailles d'argent avec 250 francs à MM. les docteurs Devoisins et Legendre; 250 francs à M. le docteur Jaillet (lauréat de 1882); des médailles d'argent avec 200 francs et 150 francs à MM. Paul Timon et docteur Victor Bridou; des médailles d'argent à MM. Bachy, L. Evrard, Ludovic Fauconnier, Charles Lecoq et docteur Plonquet; 174 diplômes de membre associé honoraire; 24 médailles d'argent; 177 médailles de bronze et 532 diplômes de témoignage de satisfaction; 72 livrets de caisse d'épargne postale (870 francs); 1 compte rendu du congrès international de 1878; 215 manuels Picard; 344 volumes de ses bulletins, 1061 exemplaires des années 1880 à 1883 du *Bon Conseiller*, et 15 abonnements 1884 à ce journal, publié sous son patronage.

Banquet annuel de l'internat. — Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 19 avril, à sept heures et demie, dans les salons du *Grand Hôtel*, sous la présidence du professeur Hardy. Le prix de la cotisation, 20 francs pour les anciens internes, 16 francs pour les internes en exercice, pourra être donné dans les hôpitaux à l'interne en médecine, économe de la salle de garde, ou bien remis directement à l'un des commissaires du banquet, M. Piogey, 23, rue Saint-Georges; Bottentuit, 45, rue de Londres, et Émile Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges.

Accoucheurs des hôpitaux. — Le jury pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux et hospices civils de Paris se compose de MM. Porak, Marchand, Ribemont, Benjamin Anger, Pinard, Lailler et Berger. Le nombre des candidats est de neuf. Ce sont MM. les docteurs Auvard, Bureau, Champetier de Ribes, Doléris, Loviot, Olivier, Rey, Schweich et Stapfer.

Service de santé de la marine. — Par décret en date du 30 mars 1884, M. Catelau, médecin de 1re classe, a été promu au grade de médecin principal de la marine.

Inoculation préservatrice de la fièvre jaune au Brésil. — D'après le *Journal do Comercio*, de Rio-de-Janeiro, il résulterait d'un avis publié par le président de la Société centrale d'hygiène, que le parasite de la fièvre jaune aurait été découvert par le professeur Freire, cultivé suivant la méthode de Pasteur, et que des expériences sur la vaccination de la fièvre jaune avaient été commencées. A la date de la note, 211 inoculations avaient été pratiquées avec succès, dit-on.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Tripier (Raymond), docteur en médecine, est nommé professeur d'anatomie pathologique.

— M. Bondet, professeur de pathologie interne à la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Lyon, est transféré, sur sa demande, à ladite Faculté, dans la chaire de clinique, en remplacement de M. Teissier, nommé professeur honoraire.

— La chaire de pathologie interne est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Faculté des sciences de Lyon. — Par décret en date du 29 mars 1884, il est créé à la Faculté des sciences de Lyon une chaire de physiologie.

Service de santé de la marine. — Par décret du président de la République, en date du 27 mars 1884, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal : 1er tour (ancienneté). M. Gaultier de Laferrière (Jean-Marie-Stanislas).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort du docteur Ricard de Morgny et de M. le docteur Hubert-Valleroux (de Paris), décédé à l'âge de soixante-quinze ans.

Mortalité a Paris (13e semaine, du vendredi 24 au jeudi 30 mars 1884). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 1213, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 47. — Variole, 1. — Rougeole, 50. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 67. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 65.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 194. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 71. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 58. — Bronchite aiguë, 49. — Pneumonie, 100. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 45; au sein et mixte, 26; inconnu, 3. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 120; de l'appareil circulatoire, 81; de l'appareil respiratoire, 82; de l'appareil digestif, 36; de l'appareil génito-urinaire, 32; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 11. — Morts violentes, 32. — Causes non classées, 3.

Mortalité a Paris (14e semaine, du vendredi 1er avril au jeudi 7 avril 1884). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1275, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 43. — Variole, 2. — Rougeole, 35. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 54. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 8. — Infections puerpérales, 13. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 53.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 234. — Autres tuberculoses, 19. — Autres affections générales, 68. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 58. — Bronchite aiguë, 37. — Pneumonie, 103. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 43; au sein et mixte, 30; inconnu, 8. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 105; de l'appareil circulatoire, 79; de l'appareil respiratoire, 113; de l'appareil digestif, 68; de l'appareil génito-urinaire, 34; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 5. — Morts violentes, 39. — Causes non classées, 4.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Clinique médicale. Tome III. *Traité théorique et pratique de la fièvre typhoïde ou dothiénentérique*, par M. Noel Gueneau de Mussy, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. Broché. 13 fr. — Cartonné. 14 fr.

Traité de l'affection calculeuse du foie, par M. le docteur Jules Cyr. 1 vol. in-18. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. Broché. 4 fr. — Cartonné. 5 fr.

Du sevrage et de son étude comparative dans les différentes régions de la France, par M. le docteur Aubert. 1 vol. in-18. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

De l'influence de l'eau potable sur la santé publique, ou recherches sur l'hygiène, par M. le docteur H. Michel. 1 vol. in-18. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

Des éruptions vaccinales généralisées (vaccinides) et de quelques dermatoses suscitées ou rappelées par la vaccination, par M. le docteur Dauchez. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Étude sur la pathogénie des névralgies, par M. le docteur Quermonne. In-8. Paris. A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

De l'hérédité morbide et de ses manifestations vésaniques dans la paralysie générale, par M. le docteur Sauton. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Étude sur le morphinisme chronique, par M. le docteur Jouet. In-8. Paris. A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Contribution à l'étude de la syphilis cornéenne, gomme de la cornée, par M. le docteur Donarié. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Notice sur les applications médicales de l'électricité, par M. le docteur Larat. In-18. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

Leçon d'ouverture du cours de clinique médicale de M. le professeur Jaccoud. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 75 c.

Hygiène scolaire. Hygiène de la vue dans l'écriture, par M. le docteur G. Martin. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr.

Des teignes chez les enfants. De leur traitement par l'huile de croton, par M. le docteur Descroizilles. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 50 c.

Recueil clinique sur les maladies du larynx, par M. le docteur E. J. Moure. Premier fascicule. 1 vol. in-8 de 120 pages. Paris, O. Doin. 3 fr. 50

Leçons de clinique thérapeutique, professées à l'hôpital Saint-Antoine par M. le docteur Dujardin-Beaumetz. (Traitement des fièvres et maladies générales.) 1 vol. grand in-8 de 500 pages, avec 2 planches en couleur. 10 fr. — L'ouvrage est maintenant complet et forme trois volumes grand in-8 de 800 pages chacun, avec figures dans le texte et planches chromolithographiées hors texte. Paris, O. Doin. 48 fr.

Compendium annuaire de thérapeutique française et étrangère pour 1884, par M. E. Bouchut. In-8 de 224 pages. Paris. J. Lechevalier. 4 fr.

De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme, par M. le docteur P. Bazy. In-8 de 50 pages. Paris, O. Doin. 1 fr. 50

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 17 avril 1884.

RENOUVELLEMENT DES MEMBRES DU CONSEIL DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — LES FACULTÉS DE MÉDECINE. — TRAVAUX RÉCENTS SUR LA FONCTION SUDORALE.

Renouvellement des membres du Conseil de l'instruction publique. — Les Facultés de médecine.

Le renouvellement des membres du Conseil supérieur de l'instruction publique, qui aura lieu dans quelques jours, peut exercer sur les destinées de l'enseignement, dans toutes ses branches, une assez grande influence. L'assemblée qui va expirer présidait surtout à l'application de nombreuses et graves réformes dans l'enseignement supérieur et dans l'enseignement secondaire; c'est sous ses yeux, sous sa direction, que l'expérience a été faite. Il s'en faut, personne ne l'ignore, que le résultat ait contenté tout le monde; et le 22 avril va fournir pour la première fois aux amis et aux ennemis des réformes l'occasion de se rencontrer sur le terrain de l'élection.

En ce qui touche seulement la médecine, les sujets de plaintes sont assez nombreux, et nous les trouvons en partie rappelés avec une amertume peu déguisée dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* (numéro du 13 avril), par la plume d'un professeur, avec apostille du rédacteur en chef du journal, également professeur. Concours d'agrégation centralisés à Paris, avec représentation insuffisante des Facultés de province dans le jury; durée trop longue des concours, et ingérence de l'autorité dans la gestion des bibliothèques des Facultés; — part de traitement des chargés de cours qui occupent par suppléance une chaire magistrale, fixée pour Paris à 7500 francs, et pour les départements à 5500 francs, ce qui laisse aux titulaires de Paris empêchés la moitié de leurs appointements, et 500 francs seulement (200 francs en tenant compte de la retenue) à tous ceux des professeurs de province dont les appointements ne sont que de 6000 francs, et auxquels il ne reste d'autre perspective, s'ils appartiennent à une Faculté de l'Etat, qu'un appel à la générosité des pouvoirs publics, et, s'ils appartiennent à une Faculté dite municipale, la misère; tels sont les griefs relevés, pour le moment, par le journal de Bordeaux; mais ceux qui sont au courant de la presse médicale de province, ceux qui ont d'habituelles communications avec les professeurs des Facultés départementales, savent bien que l'outre des mécontentements est plus gonflée encore, ne serait-ce que par l'organisation des *classes professorales*, et qu'on compte un peu sur les élections pour trouver le moyen de la vider devant le Conseil supérieur renouvelé.

Ici se dessine une situation regrettable, et c'est là surtout que nous voulions en venir.

Dans le corps enseignant du droit, dans celui des lettres, la province et Paris cherchent, à cette heure même, à s'entendre; des délégués de l'un et de l'autre se réunissent pour débattre les intérêts communs, pour bien marquer les dissidences et délimiter le champ de bataille, ou pour tâcher de concilier les intérêts opposés. Dans les lettres, par exemple, on s'est abordé avec des programmes : celui-ci réformiste, celui-là antiréformiste, cet autre *possibiliste;* et la situation est claire pour tout le monde. Au contraire, dans le corps enseignant de la médecine, on va se rencontrer au scrutin sans préparation d'aucune sorte, sans qu'on puisse même être bien certain que tous les votants auront pleine connaissance des questions pendantes. On peut bien considérer l'article de la *Gazette hebdomadaire de Bordeaux* comme le programme des Facultés de province; mais on n'en connaît pas de la Faculté de Paris, et l'on ne sait pas dans quelle mesure elle serait disposée à soutenir ses sœurs dans les plus importantes de leurs revendications, dans celles du moins qui ne mettent pas en péril ses intérêts personnels. Par exemple, se joindrait-elle aux Facultés de province pour demander qu'on assurât mieux l'existence matérielle des professeurs, réellement empêchés? Dans quelle mesure les aidera-t-elle pour obtenir que le concours centralisé d'agrégation soit moins onéreux aux candidats de province? Ces incertitudes et d'autres, en poussant les Facultés départementales à se défendre toutes seules, ont pour effet de produire une apparence d'antagonisme entre elles et la Faculté de Paris, et aboutissent à ce que

nous voyons en ce moment, à savoir : d'une part, les professeurs de notre Faculté se bornant à se réunir pour choisir un candidat (qui ne pouvait être autre que M. Béclard) et le désigner ensuite au corps des agrégés; d'autre part, les Facultés de province voulant tenter de faire sortir de leur sein les deux membres du Conseil attribués à l'ordre de l'enseignement médical, en déclarant, il est vrai, que, si les droits de la Faculté de Paris étaient à leur tour méconnus, elles n'hésiteraient pas « à nommer *deux délégués de Paris* pour les défendre ».

On peut comprendre une résolution motivée par des nécessités de défense ; mais la résolution des Facultés de province, ou, pour être plus exact, de ceux qui parlent en leur nom, ne nous semble pas se bien accorder avec l'esprit de la loi ni avec l'organisation même du Conseil supérieur. Sans doute, ce qui est en cause, c'est l'intérêt général de l'enseignement, à l'égard duquel toute barrière doit s'abaisser entre la capitale et la province. Mais dans l'application, on ne le voit que trop, des inégalités de situation, des froissements directs peuvent naître des moyens mêmes de servir l'intérêt commun ; c'est pour cela qu'il est bon que Paris et la province aient chacun leur délégué au Conseil supérieur ; et Paris dans ce partage ne pourra guère passer pour privilégié si l'on considère la place exceptionnelle qu'il occupe dans l'enseignement de la médecine. Nous savons bien que la Faculté y serait encore représentée en l'absence de délégué élu ; elle le serait par l'inspecteur général des Facultés de médecine, non pas tout à fait en vertu d'un droit, mais sur nomination faite par le Président de la République en conseil des ministres ; elle pourrait l'être par un délégué de l'Institut ou de l'Académie de médecine ; mais aucun de ces membres ne pourrait se considérer comme chargé de la même mission que le délégué élu de la Faculté de Paris. Ajoutons que cette lacune se ferait sentir spécialement dans la *commission permanente* du Conseil, où il est indispensable que les intérêts de l'enseignement médical aient pour organe un professeur résidant à Paris. Nous croyons, du reste, savoir que ce projet de nos confrères de Bordeaux rencontrera de l'opposition dans plus d'une Faculté de province.

Voilà donc un état de choses mauvais, pénible, irritant, auquel nous avons peine à croire qu'on n'eût pu apporter aucun remède par une étude en commun et à l'amiable des difficultés existantes, par des déclarations mutuelles de principes, par la poursuite commune des améliorations reconnues nécessaires. Ces difficultés, nous les avons examinées nous-même à diverses reprises dans ces dernières années; nous n'avons pas toujours donné raison aux Facultés de province ; elles-mêmes ont été et sont encore divisées sur certains points essentiels, notamment en ce qui concerne les concours d'agrégation, et des dissidences existent jusqu'entre les membres d'une même Faculté; mais, en somme, il s'en faut que toutes leurs doléances soient vaines, et, au sujet de celles-là, auxquelles, nous le répétons, on pourrait faire droit sans nuire aucunement à la Faculté de Paris, on aurait souhaité que la province pût simplement compter, en vertu de déclarations formelles, sur l'appui du délégué de Paris au Conseil de l'instruction publique, au lieu d'être entraînée à un expédient qui aura toujours l'air, quoi qu'on fasse ou dise, d'un acte de mauvaise humeur ou d'envahissement, et qui à ce titre, pourrait même dans une bonne cause n'avoir pas tout le succès qu'on en attend.

Travaux récents sur la fonction sudorale.

(Fin. — Voy. le n° 14.)

III. — Influences qui agissent sur l'appareil sudoral à la périphérie

Laissant de côté les influences excito-sudorales centrales (état asphyxique du sang, chaleur, certains poisons), ainsi que les excitations sudorales réflexes, dont l'étude, longuement faite ailleurs, ne pourrait être résumée ici sans nous entraîner beaucoup trop loin, nous nous bornerons à l'examen du *lieu* et des *conditions* d'action d'un certain nombre d'influences excito-sudorales périphériques.

Mais une question doit être, sinon tranchée, du moins posée, tout d'abord : *sur quels éléments de l'appareil sudoripare s'exerce l'action des nerfs sudoraux?*

Cette question rentre dans l'étude plus générale de l'action des nerfs sur les éléments sécréteurs, c'est-à-dire sur les cellules épithéliales.

Or jusqu'ici aucun résultat histologique précis ne permet d'accepter une continuité directe entre les terminaisons nerveuses et les cellules épithéliales. Cette continuité, que Pflüger avait cru constater dans la glande sous-maxillaire, n'a pas été retrouvée depuis. Ce qu'on sait de plus net à cet égard, c'est que les tubes nerveux, dépouillés de leur myéline, aboutissent à des cellules nerveuses multipolaires, placées en dehors de la membrane du tube sécréteur (Coyne, *C. R.*, mai 1878). On n'a pu déterminer de rapports de continuité entre les prolongements de ces cellules périglandulaires et ceux des éléments épithéliaux intra-glandulaires. De telle sorte qu'aujourd'hui nous devons nous borner à constater le fait d'une action immédiate de certains filets du sympathique sur la sécrétion sudorale, sans pouvoir expliquer par une continuité anatomique l'influence de ces nerfs sur les éléments actifs de la sécrétion sudorale.

Il en est, du reste, absolument de même pour toutes les autres sécrétions (salivaire, lacrymale, etc.).

En tous cas, nous savons qu'il existe, à la périphérie de l'appareil sécréteur, deux ordres d'éléments actifs : les *cellules nerveuses* terminales et les *cellules épithéliales* : toutes les influences capables de provoquer la sécrétion sudorale par une action exclusivement périphérique doivent être considérées comme provoquant la mise en jeu de l'un ou de l'autre de ces éléments actifs, peut-être de tous les deux.

En présence de l'action périphérique bien établie de certains poisons, comme la pilocarpine, la muscarine, etc., on a dû précisément se demander sur lequel de ces deux éléments cellulaires, épithélial ou nerveux, agissait la substance excito-sudorale.

Dès le début des études sur l'action du jaborandi, Gubler avait émis l'opinion qu'il s'agit d'une action sur les cellules glandulaires ; à la même époque, M. Vulpian enseignait, au contraire, que l'influence excito-sudorale du jaborandi se fait sentir sur les terminaisons des nerfs.

C'est à cette dernière opinion qu'on se rattache presque exclusivement aujourd'hui : Luchsinger a montré, en effet, en 1877, que la pilocarpine cesse de produire son effet sudoral quand la section des nerfs d'une extrémité a été pratiquée depuis un temps suffisant pour que les terminaisons nerveuses aient pu subir la dégénération complète ; ces résultats ont été confirmés par Nawrocki et par M. Vulpian en 1878, par Is. Ott, en 1879.

Toutefois, certains faits de persistance dans l'action sudorifique de la pilocarpine (Marmé Luchsinger), alors que la dégénération des nerfs, coupés depuis deux à trois semaines, était complète et que la régénération ne s'était pas produite, ont introduit quelque indécision dans la théorie d'une influence périphérique purement nerveuse. La seule explication, tout hypothétique du reste, de ces faits (exceptionnels, il faut le dire) consisterait à admettre que les cellules nerveuses périphériques maintiennent, pendant un temps assez prolongé, l'activité des terminaisons nerveuses : c'est l'interprétation qui a été proposée par M. Vulpian pour des faits analogues, observés dans des recherches parallèles sur la sécrétion salivaire.

S'il est à peu près accepté aujourd'hui que l'action excito-sudorale de la pilocarpine se fait sentir sur les terminaisons nerveuses glandulaires, on est amené à supposer un même lieu d'action pour les autres substances excito-sudorales périphériques, pour la muscarine, par exemple. Cependant, à cet égard, quelques dissidences se sont produites, et l'on a soutenu l'opinion que, contrairement à la pilocarpine, poison excito-sudoral *nerveux*, la muscarine est un poison excito-sudoral *glandulaire*. M. Is. Ott, entre autres, a émis cette opinion, et ceux qui l'acceptent se fondent surtout sur ce fait qu'on voit la muscarine provoquer encore la sécrétion sudorale, alors que la pilocarpine reste sans effet, à la suite de la dégénération des nerfs. Ce qui a été dit plus haut de la persistance d'action de la pilocarpine dans certains cas, alors que la dégénération nerveuse est complète, n'autorise guère à admettre une semblable distinction dans le siège d'action de substances également excito-sudorales périphériques; du reste, l'opinion que, dans tous les cas, c'est sur les appareils nerveux glandulaires qu'agit le poison excito-sudoral, repose encore sur une preuve indirecte, à savoir que ces mêmes poisons exercent sur d'autres organes que les glandes une action évidemment *nerveuse*, sur le cœur, par exemple : il n'est guère logique d'admettre que leur influence change de caractère d'un organe à l'autre.

Dans une autre série de faits, on peut encore trouver des arguments favorables à la théorie d'une action excito-sudorale *nerveuse* pour les poisons périphériques. On sait que certains poisons, antagonistes des précédents, comme l'*atropine* (Vulpian, Sidney Ringer et Gould), la *duboisine* (Hirsch, Gubler), la *piturine* (Sydney Ringer et Murrell), agissent comme eux à la périphérie de l'appareil sudoripare. Leur action suspensive est là comme ailleurs, une action nerveuse, et quoique la conclusion ne soit pas forcée, l'analogie doit porter à admettre que toutes ces actions positives ou négatives sur les appareils glandulaires périphériques, s'exercent sur les mêmes éléments, sur les terminaisons nerveuses.

Il n'y a du reste que des éléments nerveux qui puissent être impressionnés alternativement dans deux sens différents par des poisons antagonistes comme ceux dont la pilocarpine d'une part, l'atropine d'autre part, nous fournissent des types. On voit, en effet, aussi bien pour les glandes sudoripares que pour les glandes salivaires, la sécrétion successivement suspendue et rappelée suivant l'action actuellement prédominante du poison excito-sudoral ou du poison paralyso-sudoral. Cet antagonisme, au sujet duquel sont tombés d'accord M. Vulpian et MM. S. Ringer et Gould (1875), a fait l'objet d'études nombreuses, dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer ici, mais dont le résultat général est le suivant : non seulement l'atropine empêche de se produire l'action de la pilocarpine et supprime celle-ci quand elle existe, mais une dose suffisante de pilocarpine, injectée après coup, quand l'atropine exerce son influence suspensive, peut ramener la sécrétion sudorale disparue. Comme on le voit, il s'agirait ici d'un véritable antagonisme *réciproque*, dont l'importance thérapeutique est considérable, puisqu'il constituerait une base scientifique à la pratique de l'*antidotisme* en toxicologie (Voy., sur cette question, Prévost, Congrès de Genève, 1877, p. 716). Il ne faudrait pas cependant pousser à sa dernière limite cette conception de l'antagonisme mutuel et arriver à croire, par exemple, qu'on pourra observer indéfiniment la réversion des effets ou qu'une dose quelconque d'atropine pourra toujours être annulée dans son influence suspensive par une dose plus forte de pilocarpine : sur ce dernier point, M. Straus a obtenu des résultats précis, qu'il formule de la façon suivante : « L'antagonisme entre l'atropine (et la pilocarpine) n'est réciproque que *tant que la dose engagée est très faible*, 3 milligrammes pour le chat; si on l'augmente suffisamment, toute action même locale, devient impossible » (1879, *C. R.* et *Rev. des sciences méd.*, 1880).

Influence des variations périphériques de la circulation et de la température. Question des nerfs fréno-sudoraux. — D'autres agents que des substances toxiques font sentir leur influence sur les appareils sudoraux périphériques, influence également excitante ou suspensive : dans cette série entrent les variations de la température et les variations circulatoires.

Un mot sur chacune de ces influences.

La température intervient surtout comme modificateur *central* et *réflexe* de la sécrétion sudorale; toutefois son action périphérique n'est pas contestable, témoin l'expérience de Luchsinger sur les deux membres postérieurs, l'un chauffé, l'autre refroidi, après section des deux sciatiques : la sudation provoquée par la pilocarpine s'établit aisément sur le premier et fait plus ou moins complètement défaut sur le second. En d'autres termes, l'élévation de la température *favorise* la sécrétion provoquée, le refroidissement la supprime. C'est ce que montre encore, d'une manière plus élégante, l'expérience de Straus, qui refroidissant une partie circonscrite de la peau, chez l'homme, avec l'appareil de Richardson, constate l'apparition de la sueur sur toute la surface du corps, sauf dans la région réfrigérée, à la suite de l'absorption de pilocarpine. De même que l'abaissement excessif de la température supprime l'aptitude sudorale des glandes, de même l'élévation *exagérée* de la température exerce une influence suspensive évidente sur la même fonction. Si, pendant un jour d'été, on laisse dix minutes l'une des mains dans de l'eau à 45-50 degrés centigrades et l'autre dans de l'eau à 15-30 degrés centigrades, et qu'après avoir essuyé les deux mains, on vienne à faire une course rapide de quelques instants, on voit bientôt suer la main non surchauffée, tandis que la première ne présente aucune trace de sueur (Luchsinger).

Mais ces influences favorables ou suspensives des variations de la température s'exercent évidemment sur la totalité des appareils sudoraux et pour elles, plus encore que pour celles des substances toxiques, il est difficile de trouver une localisation d'action : tous les éléments anatomiques sont influencés de la même manière par les grands écarts de la température moyenne à laquelle s'exerce normalement leur activité, aussi bien les éléments glandulaires que les éléments nerveux : le refroidissement ou l'élévation exagérés de la tem-

pérature exercent une action massive sur les appareils sudoripares; l'élévation moyenne de la température favorise la mise en jeu des terminaisons nerveuses et des cellules épithéliales, détermine l'afflux d'une quantité de sang plus grande et, grâce à la combinaison de ces effets multiples, rend la sécrétion plus abondante et plus facile à provoquer; mais il serait inexact de répéter, pour l'action périphérique de la chaleur, ce qui est parfaitement établi pour son action centrale, qu'elle constitue un excitant sudoral « quasi spécifique ». Ses effets sont trop complexes pour autoriser cette conclusion.

L'afflux sanguin exagéré que nous invoquions tout à l'heure parmi les effets favorables à la sécrétion déterminés par l'action d'une élévation modérée de la température, peut-il, à lui tout seul, indépendamment d'une influence nerveuse excito-sudorale simultanée, provoquer la sudation? La réponse à cette question pourrait paraître aisée, en se reportant aux résultats bien connus de la section du sympathique au cou, chez le cheval: l'apparition d'une sudation abondante dans les régions irriguées par un sang plus chaud, et qui sont devenues le siège d'une circulation beaucoup plus active, semble, en effet, établir la dépendance dont il s'agit. Telle fut l'opinion à laquelle, après quelques hésitations, se rangea Cl. Bernard quand il vit la galvanisation du bout périphérique du sympathique suspendre la sécrétion sudorale que la section avait produite : c'est, dit-il, par les variations en plus ou en moins de la circulation, que le sympathique cervical agit sur la production de la sueur (*Liq. org.*, II, 184).

L'affirmation est nette et on n'a pas songé pendant longtemps à revenir sur ce point. C'est seulement quand l'étude des influences directes du système nerveux sur l'appareil sudoripare a commencé à occuper les physiologistes, qu'on a dû se demander si, en réalité, la subordination des variations sudorales aux variations circulatoires était aussi absolue que l'avait indiqué Bernard : M. Vulpian, qui le premier se posa la question (1874), émis tout d'abord l'hypothèse, abandonnée depuis par lui, que la section du sympathique cervical, supprime l'action *frénatrice* de certains filets nerveux sur les glandes sudoripares et abandonne les glandes à une activité fonctionnelle exagérée. Il introduisait ainsi dans la question l'élément nouveau des influences d'arrêt du système nerveux sur la sécrétion sudorale, influences s'exerçant par des fibres *fréno-sudorales.*

S'il fallait, en effet, renoncer à l'hypothèse des nerfs fréno-sudoraux, comment comprendre la sudation faciale autrement que comme la conséquence directe d'un excès d'afflux sanguin, dans le cas de section du sympathique au cou? La difficulté est grande, et tous les physiologistes qui ont étudié cette question, l'ont plutôt éludée que poursuivie : ils ont établi dans le sympathique cervical la présence de filets excito-sudoraux (Luchsinger, Nawrocki), et ne se sont plus préoccupés, dès lors, de la recherche du mécanisme en vertu duquel la sudation apparaît sur la face à la suite de la section du sympathique.

Il nous semble que, par certains de ses côtés, la question se rattache à celle de l'influence excito-sudorale de la chaleur, et c'est pour cette raison que nous l'avons distraite de l'examen des influences nerveuses: l'afflux du sang chaud dans la peau, avec la température artérielle des régions profondes, pourrait agir comme le fait l'application extérieure de la chaleur sur les téguments; elle exagérerait d'une part l'activité sécrétoire glandulaire, d'autre part, l'influence des terminaisons nerveuses, et enfin, surtout peut-être, elle provoquerait, par voie réflexe, l'excitation des nerfs sudoraux. Cette dernière hypothèse trouverait sa confirmation dans la présence de nerfs excito-sudoraux *directs*, non empruntés au sympathique du cou, dans les nerfs crâniens se distribuant à la face, dans ceux du plexus cervical.

Si le trijumeau apporte à la face des filets excito-sudoraux indépendants, on comprend que, malgré la suppression de ceux qui sont fournis par le sympathique cervical, l'élévation de température de la face, produite par l'afflux du sang chaud, puisse encore provoquer la sudation réflexe.

C'est là une hypothèse qu'il serait facile de contrôler sur le cheval, soit en refroidissant, au passage, le sang carotidien (comme je l'ai fait pour des expériences relatives à l'action centrale de la chaleur, sur le chat), soit en sectionnant les nerfs sous-orbitaire et auriculaires et en recherchant si, après cette suppression des voies centripètes et centrifuges contenues dans le trijumeau, la section du sympathique est encore suivie de sudation céphalique.

Dans le cas où l'hypothèse des nerfs fréno-sudoraux devrait être conservée, comme j'ai quelque tendance à le penser, surtout en présence des résultats des expériences de Is. Ott (1879), on devrait revenir à l'opinion présentée tout d'abord par M. Vulpian, à savoir que la sudation consécutive à la section du sympathique résulte de la suspension d'une influence modératrice centrale; le fait serait analogue à l'accélération dite paralytique du cœur qui fait suite à la section du nerf vague. L'organe, glande sudoripare ou cœur, privé des influences modératrices toniques, est tout entier livré à l'action excitante des nerfs antagonistes.

Il ne nous répugne pas plus d'admettre dans le sympathique du cou des nerfs excito et fréno-sudoraux associés que nous ne nous étonnons, maintenant que Dastre et Morat les ont montrés, d'y rencontrer des vaso-constricteurs et des vaso-dilatateurs marchant parallèlement.

De toute façon, le fait de la sudation faciale consécutive à la section du sympathique cervical et contemporaine de l'activité circulatoire exagérée, ne peut pas être mis sous l'influence *directe* de l'excès de circulation.

On ne doit pas mettre en doute, cependant, l'influence propre des variations en plus ou en moins de la circulation sur l'activité sécrétoire : tout comme la chaleur appliquée à la périphérie, l'afflux sanguin local *exagère l'excitabilité glandulaire;* de plus, *il fournit à la sécrétion des matériaux plus abondants.* Ce dernier point, bien établi, du reste, apparaît avec la dernière évidence dans les conditions physiologiques où se trouvent associées l'exagération de la circulation cutanée et l'excitation des nerfs sudoripares : la peau congestionnée est le siège d'une sudation profuse qui puise précisément ses éléments liquides dans le sang affluant abondamment dans les réseaux périglandulaires.

Quant à l'influence de la circulation sur l'excitabilité des terminaisons nerveuses, elle a été rendue évidente par une série d'expériences qui ont consisté à interroger l'excitabilité des nerfs sudoraux à des moments successifs, à partir de l'instant où on avait supprimé l'afflux artériel, tout en conservant, dans le membre, une quantité de sang suffisante pour fournir à la sécrétion; Luchsinger, dans ces conditions, a vu l'excitabilité des sciatiques décroître et tomber à zéro trente minutes environ après la ligature de l'aorte abdominale. Réciproquement, le retour du sang artériel a coïncidé avec le retour de l'excitabilité nerveuse, ou, pour parler plus exactement, cette restitution de l'excitabilité du sciatique a

été d'autant plus rapide et parfaite, que l'anémie préalable avait duré moins longtemps. Des expériences semblables avaient été faites antérieurement par Is. Ott, qui, de plus, avait étudié les grandes variations que présente le retard (*période latente*) de la sudation sur l'excitation à la suite de l'anémie artérielle.

Nous n'avons pas à insister ici sur les résultats des recherches faites avec l'anémie *totale* d'un membre, obtenue par l'appareil d'Esmarch ; nos propres expériences nous ont amené à considérer les résultats négatifs de l'excitation nerveuse (irritation des troncs nerveux, pilocarpine) comme la conséquence du défaut de liquide capable de fournir les éléments aqueux de la sécrétion, beaucoup plutôt que comme l'effet suspensif de l'anémie sur l'excitabilité nerveuse sudoripare.

De toutes ces considérations, il résulte que, si la sécrétion sudorale, comme les autres sécrétions vraies, est indépendante dans son mécanisme intime des variations circulatoires et reconnaît une influence nerveuse propre, elle n'en est pas moins subordonnée, à des points de vue multiples, à ces mêmes variations circulatoires, soit qu'on considère l'influence du sang au point de vue de la chaleur apportée au tissu, au point de vue de son action excitante sur les appareils sudoraux périphériques ou de son influence comme réservoir des matériaux utilisés par l'activité glandulaire pour fabriquer le produit total de la sécrétion.

François-Franck.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Kyste hydatique de la région parotidienne droite, simulant une tumeur néoplasique de la glande ; ablation de la parotide ; guérison, par M. Vieusse, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Mascara (1).

Obs. — Le nommé El-Bachir-ben-Merzoug, Arabe détenu à l'atelier des travaux publics n° 5, âgé de trente ans environ, entre à l'hôpital militaire d'Oran, le 3 août 1883, pour une tumeur de la région parotidienne droite.

Cette tumeur a commencé à se développer il y a dix-huit mois. A cette époque, le malade s'aperçut que son cou avait augmenté de volume à droite; depuis, la tumeur s'est accrue progressivement, sans déterminer ni gêne ni douleur.

Le jour de l'entrée du malade à l'hôpital, on constate que la région parotidienne droite est très volumineuse; elle est occupée par une tumeur grosse comme le poing, dont le diamètre vertical mesure 15 centimètres et l'horizontal 10 centimètres. La peau qui la recouvre a conservé sa coloration normale et glisse facilement sur elle. A la palpation, on sent que la tumeur est mobile, fluctuante, de consistance gélatineuse dans toute son étendue; elle est mobile dans sa partie superficielle, et adhère d'une manière intime aux tissus profonds. Sa surface est lisse et ne présente aucune bosselure.

Cette tumeur occupe la loge parotidienne; elle est limitée en bas par une ligne horizontale menée au niveau de l'os hyoïde; en arrière, elle s'étend sur la région mastoïdienne et recouvre une partie du muscle sterno-mastoïdien; en avant, elle envahit la région massétérine; en haut, elle refoule le tragus et s'arrête un peu au-dessus de l'articulation du maxillaire inférieur.

Lorsqu'on fait exécuter des mouvements à la tumeur, on ne perçoit aucun bruit de frottement.

Les symptômes qu'elle occasionne sont nuls. L'ouïe est intacte; la mastication, la déglutition, la respiration ne sont pas gênées; la sécrétion salivaire n'a subi aucune modification; il n'existe pas de phénomènes de paralysie, et la circulation des vaisseaux du cou se fait normalement, ainsi que l'indique l'exploration des deux temporales.

Pas de troubles du côté du cerveau. Cette tumeur n'a jamais été douloureuse; le malade n'y a éprouvé d'élancements à aucune époque.

L'état général est excellent; les ganglions lymphatiques ne sont pas atteints.

Le malade demande avec instance à être débarrassé de sa tumeur à cause de la difformité qu'elle produit.

Le 23 août, une ponction exploratrice laisse écouler quelques gouttes de liquide filant, albumineux, semblable à de la salive.

La conclusion de cet examen fut que la tumeur s'était développée dans la parotide, qu'elle était de nature bénigne, et que, selon toute probabilité, il s'agissait d'un myxome.

Cette opinion fut acceptée par tous les médecins consultants, et on résolut de faire l'ablation de la glande.

Je fis cette opération le 28 août, en présence du médecin en chef, avec le concours obligeant de MM. Bergé, Lœwel et André, médecins-majors de 1re classe, des aides-majors de l'hôpital, et de M. le docteur Besnauer, médecin de l'hôpital civil.

Une double incision curviligne fut pratiquée, dépassant le mal en haut et en bas, et circonscrivant une ellipse de peau, qui fut disséquée en avant et en arrière jusqu'aux limites de la tumeur. Celle-ci fut isolée en avant de la branche montante du maxillaire; l'artère transverse de la face fut sectionnée et liée. En arrière, la tumeur fut séparée assez facilement du sterno-mastoïdien; quelques branches de l'auriculaire et de l'occipitale furent également coupées et liées; puis la masse à enlever fut disséquée dans sa partie inférieure. En ce point, la tumeur venait en contact de la glande sous-maxillaire, dont il fut d'ailleurs facile de l'isoler. C'est alors que la veine jugulaire externe se montra dans le champ opératoire; elle fut sectionnée entre deux ligatures, ainsi que la veine qui fait communiquer les deux jugulaires. L'artère faciale ne fut pas atteinte.

La tumeur, isolée en avant, en arrière et en bas, fut attirée en haut, et la dissection poursuivie alternativement avec le manche du scalpel et avec l'ongle; le doigt, fréquemment introduit dans la plaie, renseignait sur la position des vaisseaux.

Lorsque la tumeur fut isolée dans sa moitié inférieure, on reconnut qu'elle enveloppait la carotide externe, dont la section était dès lors inévitable; une aiguille chargée d'un double fil fut passée autour du vaisseau, et l'artère coupée entre deux ligatures.

Au cours de la dissection, il s'écoula dans la plaie quelques gouttes d'un liquide louche, que je pris un instant pour du mucus. Je crus avoir pénétré dans le pharynx; mais en continuant d'énucléer, je fis jaillir un flot de muco-pus, et la tumeur diminua aussitôt de moitié. Mon doigt, porté alors dans la plaie, pénétra dans une cavité ayant à peu près le volume d'un œuf de poule, et tapissée par une membrane lisse. Une légère pression exercée sur la tumeur fit sortir une membrane blanche, peu résistante, semblable à de l'albumine coagulée.

Le diagnostic devint alors évident, nous avions affaire à un kyste hydatique.

Le reste de l'opération fut des plus simples, et après avoir lié les artères temporale et maxillaire internes, je pus sans peine enlever la glande et la membrane du kyste. Celui-ci s'était développé entre la paroi interne de la loge parotidienne et la glande, qu'il avait rejetée en dehors.

En examinant à l'œil nu la masse enlevée, je reconnus que la glande était saine, d'un volume normal. Quant au kyste lui-même, il était constitué par trois membranes : une externe, de consistance cartilagineuse; les deux autres formées par un tissu très mou, peu résistant, et analogue, comme je l'ai déjà indiqué, à de l'albumine coagulée.

L'ablation terminée, la plaie fut réunie dans sa partie supérieure par une suture à points séparés. Les fils à ligature placés avec un drain à l'angle inférieur de la plaie assuraient le libre écoulement des liquides.

Un pansement antiseptique ouvert fut appliqué. El Bachir, qui, avant l'opération, se trouvait dans un état de santé excellent, passa sans fièvre la première journée qui suivit.

Ce ne fut que le deuxième jour que la température atteignit 38°,2 le matin et 38°,8 le soir.

Le troisième jour, le thermomètre était à 37°,8 le matin et 38°,8 le soir, en même temps que se manifestaient des phénomènes de paralysie faciale : la bouche était fortement déviée à gauche, et le blessé fermait incomplètement l'œil droit. Pas de dysphagie.

(1) Ce mémoire a été l'objet d'un rapport fait à la Société de chirurgie par M. le docteur Chauvel, à la séance du 13 février 1884.

Le quatrième jour, 37°,4 le matin, 39 degrés le soir.

Le cinquième jour, 37°,2 le matin, 38°,4 le soir. En faisant ce jour-là le pansement, je trouvai la plaie réunie par première intention, excepté dans le point qui donnait passage aux fils et au drain.

Les jours suivants, le malade se trouve dans un état de santé parfait; le septième jour, le drain fut retiré; les ligatures tombèrent vers le douzième jour. La paralysie faciale diminua progressivement. A la date du 8 octobre, le malade peut fermer les paupières à droite, mais la bouche est encore un peu déviée à gauche.

La sensibilité est conservée dans toute la face.

Réflexions. — Dans l'observation que je viens de relater, une erreur de diagnostic a été commise. Je vais examiner s'il était possible de l'éviter, si les symptômes offerts par notre malade permettaient de reconnaître la véritable nature de la tuméfaction parotidienne.

Et d'abord je dois éliminer toutes les tumeurs malignes de la parotide, comme présentant des symptômes qui ne permettent guère de ne pas les reconnaître. Il n'en est pas de même des tumeurs bénignes, qui offrent des caractères moins tranchés. Parmi elles, nous pouvons également éliminer les kystes sébacés, les kystes simples qui se développent dans cette région, les dilatations kystiques formées dans la parotide, les tumeurs gazeuses qui peuvent y prendre naissance, les adénites cervicales et les angiomes glandulaires; leur diagnostic ne présente généralement pas de grandes difficultés.

Par contre, les diverses dégénérescences de la glande : adénomes, fibromes, chondromes, myxomes, sarcomes, offrent des caractères peu accentués, et, en présence d'une tumeur de ce genre, il est généralement difficile de porter un diagnostic exact. Il me serait facile de rapporter un certain nombre de cas pour lesquels des chirurgiens d'élite, d'habiles praticiens, de vrais maîtres, ont commis de pareilles erreurs de diagnostic. C'est une sorte de consolation de se tromper en si honorable compagnie.

On me reprochera peut-être de n'avoir pas fait l'examen micrographique du liquide fourni par la ponction. A cela je répondrai par un aveu d'incompétence. Soyons plus sévère encore. Dans un milieu où les kystes hydatiques ne sont pas rares, on peut se croire en droit de me dire que l'idée d'une production de cette nature aurait dû me venir à l'esprit. Ma justification est que je n'avais lu nulle part de semblables faits, et comme tous les symptômes présentés par la tumeur de mon malade s'accordaient très bien avec le diagnostic de myxome, c'est à cette opinion que je me suis arrêté. Après comme avant l'opération, je me suis livré à quelques recherches bibliographiques, et je n'ai pas rencontré un seul cas pareil à celui qu'on vient de lire.

Aussi je crois opportun de le publier, m'estimant heureux si la lecture de mon observation peut empêcher un praticien de commettre l'erreur que j'ai faite.

SOCIETÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Séance du 7 avril 1884. — Présidence de M. Rolland.

Foudre. — M. *le ministre des postes et des télégraphes* transmet à l'Académie le relevé des diverses circonstances qui ont accompagné les coups de foudre observés en France pendant le second semestre de l'année 1883. Ces documents seront transmis, avec ceux du premier semestre, à la commission des paratonnerres. Ils sont, du reste, publiés dans les *Comptes rendus* de l'Académie.

Réclamation de priorité, a propos de communications récentes, sur la vitalité des virus et de la levure de bière. Lettre de M. *Melsens* à M. le Président. — A propos des Notes de MM. R. Pictet et Yung et de M. P. Regnard, qui ont été publiées récemment dans les *Comptes rendus* (séance du 24 mars, p. 745 et 747 de ce volume), sur la vitalité des virus et de la levure de bière, l'auteur rappelle les expériences qu'il a publiées en 1870, dans les tomes LXX et LXXI des *Comptes rendus* : « 1° Sur la vitalité de la levure de bière (t. LXX, p. 629); 2° sur la vitalité du virus-vaccin (t. LXXI, p. 73) » ; et il reproduit les conclusions suivantes, en date du 21 mars 1870 :

1° La fermentation est possible au sein de la glace fondante, température à laquelle les graines ne germent pas;

2° La levure résiste à la congélation, au sein de l'eau, et à l'effort de dilatation qui brise des vases capables de supporter plus de 8000 atmosphères de pression;

3° L'énergie du ferment est diminuée, mais la vie n'est pas détruite par les froids les plus intenses que l'on puisse produire (environ 100 degrés au-dessous de zéro);

4° La fermentation alcoolique est, au moins, suspendue lorsque la température est maintenue pendant quelque temps à 45 degrés centigrades;

5° La fermentation alcoolique est arrêtée lorsqu'on opère en vase clos, quand l'acide carbonique produit exerce une pression d'environ 25 atmosphères, et, dans ce cas, la levure est *tuée*.

Recherches sur l'incubation des œufs de poule dans l'air confiné et sur le rôle de la ventilation dans l'évolution embryonnaire. Note de M. *C. Dareste*. — Voici les résultats des expériences de l'auteur :

Dans l'air confiné et non saturé d'humidité, j'ai trouvé plusieurs poulets éclos; j'ai rencontré également des poulets bien conformés, arrivés presque au terme de l'évolution, mais qui étaient morts avant la pénétration du jaune dans la cavité abdominale. Mais, dans le plus grand nombre des œufs, les embryons avaient péri, à une époque quelconque de l'incubation. Si la mort avait été précoce, l'embryon était souvent monstrueux; si elle avait été plus tardive, l'embryon était normal. La cause de la mort de l'embryon avant la fin de l'incubation était le développement, dans l'albumine, d'organismes microscopiques...

Ces expériences nous apprennent donc un fait entièrement inattendu. L'altération de l'air par la respiration de l'embryon n'exerce aucune influence directe sur l'évolution de l'embryon; au moins, dans les conditions où je me suis placé, c'est-à-dire lorsque huit ou quatorze œufs sont couvés dans une capacité de 12 litres. Mais cette altération de l'air agit sur l'embryon d'une manière indirecte, en favorisant le développement et la multiplication des organismes parasites dont les germes peuvent être contenus dans les œufs. Ces organismes agissent sur le développement de l'embryon et le font périr plus ou moins rapidement...

Dans l'air confiné et saturé, les choses se passent un peu différemment. L'albumine de l'œuf se liquéfie et suinte au travers de la coquille, où elle forme des couches solidifiées. Cette liquéfaction de l'albumine paraît être un obstacle à l'éclosion. J'ai vu, en effet, des poulets qui avaient commencé à bêcher les coquilles, mais dont le bec avait été collé aux parois de l'ouverture par le suintement de l'albumine.

Ici, du reste, comme dans la série précédente, les embryons provenant d'œufs sains atteignaient le terme de l'éclosion. Au contraire, les embryons provenant d'œufs infectés périssaient plus tôt ou plus tard, étouffés par les végétations cryptogamiques. Mais ces végétations étaient d'une tout autre nature : c'était une espèce d'*Aspergillus*...

Sur les variations de l'excitabilité électrique et de la période d'excitation latente du cerveau. Note de M. *H.-C. de Varigny*. — Les recherches dont il sera question ici ont porté sur le chien, et exclusivement sur des chiens anesthésiés par le chloral, et de ces recherches on peut conclure que l'excitabilité cérébrale, telle qu'elle est traduite par la durée de la période latente, se présente sous quatre formes différentes, qui du reste se rencontrent successivement au cours d'une même expérience : 1° phases d'état, à périodes uniformes; 2° phases de fatigue, à périodes croissantes; 3° phases de réveil d'excitabilité, à périodes décroissantes; 4° phases d'irrégularité, à périodes irrégulières.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 15 AVRIL 1884. — PRÉSIDENCE DE M. FAUVEL, VICE-PRÉSIDENT.

La séance est aussitôt levée en signe de deuil, après une allocution de M. *Fauvel* annonçant le décès de M. J.-B. Dumas.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 11 AVRIL 1884. — PRÉSIDENCE DE M. BUCQUOY.

Ulcération de la trachée par une canule trachéale. Ouverture du tronc brachio-céphalique (Présentation de pièces anatomiques) : M. D'Heilly. — Tympanisme sous-claviculaire dans la pneumonie : M. Laveran. — Hystérie chez l'homme (Présentation de malade) : M. Debove (Discussion). — Varices de la veine sous-cutanée abdominale (Présentation de malade) : M. Troisier. — Éruptions vaccinales généralisées (M. Dauchez) : M. Ferrand. — Élections.

M. *D'Heilly* présente les pièces anatomiques recueillies à l'autopsie d'un enfant de cinq ans qui avait subi d'urgence, le 26 mars, l'opération de la trachéotomie à l'hôpital Trousseau, pour des accidents de croup à la période asphyxique. Les suites de l'opération parurent d'abord normales, à l'exception d'une légère fétidité de la plaie, pouvant faire songer à une eschare, mais qui disparut rapidement. La canule, dès le second jour, put être retirée pendant plusieurs heures dans la journée et fut enlevée définitivement le sixième jour; la guérison était, en apparence, complète le huitième jour. Dans la nuit du douzième jour après l'opération, l'enfant fut pris d'une hémoptysie abondante, accompagnée d'efforts de toux qui rouvrirent la plaie du cou, à travers laquelle le sang était en partie projeté. Malgré tous les soins prodigués par l'interne de garde, l'enfant succomba rapidement. A l'autopsie, on voit sur la paroi antérieure de la trachée, un peu au-dessous de la plaie d'opération, une ulcération profonde, du diamètre d'une pièce de vingt centimes; à son niveau existe l'ouverture d'un petit pertuis, dans lequel peut pénétrer un stylet de trousse, et qui conduit dans le tronc brachiocéphalique. Cette ulcération a été évidemment déterminée par l'extrémité inférieure de la canule; il est néanmoins surprenant qu'elle ait pu se produire pendant le peu de temps que la canule est restée en place. On voit fréquemment, chez des enfants qui conservent leur canule beaucoup plus longtemps, des ulcérations superficielles de la trachée, mais les ulcérations profondes perforant la paroi du conduit sont extrêmement rares. On a cité des cas d'ulcérations pénétrant dans l'œsophage, mais l'ouverture du tronc brachio-céphalique paraît n'avoir été observée que deux fois, par Howse.

— M. *Laveran* lit un mémoire intitulé : *Observation pour servir à l'histoire du tympanisme sous-claviculaire dans la pneumonie*. Il s'agit d'un soldat, âgé de vingt-deux ans, qui entra à l'hôpital du Gros-Caillou le 12 décembre 1883, pour une pneumonie lobaire gauche nettement caractérisée par les signes physiques et les symptômes généraux classiques, mais chez lequel on constata, au bout de cinq à six jours, un tympanisme sous-claviculaire très marqué. Ce signe, qui persista jusqu'à la mort, semblait indiquer que le lobe supérieur du poumon n'était pas envahi en totalité; cependant à l'autopsie, qui eut lieu le 23 décembre, on pouvait constater que le poumon gauche était hépatisé dans toute son étendue et que cette altération existait depuis plusieurs jours. — Jusqu'ici tous les auteurs qui se sont occupés de cette question : Skoda, Wintrich et Woillez en particulier, ont admis que le bruit tympanique ne s'observait, chez les pneumoniques, qu'autant que l'hépatisation pulmonaire était partielle, et qu'à côté des portions hépatisées du poumon, se trouvaient d'autres parties saines ou simplement congestionnées. Dans le cas rapporté par M. Laveran, l'hépatisation totale, constatée à l'autopsie, ne permet pas d'admettre une semblable hypothèse; aussi l'auteur pense qu'il est rationnel de songer, pour expliquer le tympanisme chez son malade, à la sonorité de la trachée et des grosses bronches, communiquant au bruit de percussion un timbre élevé que l'on peut rapprocher du son trachéal de Williams, perçu quelquefois à l'état normal chez les enfants, de chaque côté du sternum, surtout du côté gauche. Il est d'avis que cette interprétation conviendrait également au tympanisme sous-claviculaire de certains pleurétiques, chez lesquels l'épanchement est considérable et refoule le poumon, complètement splénisé, à la partie antérieure du thorax. « Il semble donc, dit M. Laveran, que, dans ces cas, la sonorité tympanique soit produite par la percussion indirecte de la trachée et des grosses bronches, le parenchyme pulmonaire hépatisé ou splénisé jouant alors le rôle d'un plessimètre qui serait appliqué sur les grosses branches de l'arbre bronchique. »

— M. *Debove* présente un homme de trente-neuf ans atteint d'hystérie. Il rappelle que l'hystérie de l'homme, après avoir été niée pendant longtemps, a pris place peu à peu dans le domaine de la nosologie, et qu'aujourd'hui son existence, établie sur des observations incontestables, n'est plus mise en doute par personne. Il pense qu'il faut « réagir contre l'opinion ancienne que l'hystérie a un lien avec le système génital de la femme », et que l'on doit seulement admettre que cette névrose est plus fréquente chez elle. — Le malade qu'il présente à la Société a été frappé, en juin 1881, d'une perte de connaissance accompagnée d'hémiplégie et de contracture du côté gauche. Il fut traité à la Charité comme atteint de syphilis cérébrale, et sortit entièrement guéri de l'hôpital; mais les accidents purement locaux, contractés en Nouvelle-Calédonie par cet homme avec une femme canaque, ne permettent guère de croire à la syphilis, dont on ne constate aujourd'hui aucune trace. Il faut noter, par contre, la guérison complète, ainsi que l'apparition et la disparition brusques de la contracture. — Une nouvelle attaque, le 12 mars dernier, s'est aussi accompagnée d'une contracture qui a disparu brusquement au bout de trois heures. Aujourd'hui persistent une hémiparésie et une hémianesthésie sensitivo-sensorielle complète. En présence de cette marche des accidents, M. Debove est d'avis qu'il faut admettre leur nature hystérique, et pense que la guérison sera rapidement obtenue par les agents esthésiogènes et en particulier par les aimants. Il signale, en terminant, l'existence d'un point douloureux dans la fosse iliaque gauche du malade, rappelant, par son siège et ses caractères, la douleur, dite ovarienne, de la femme hystérique; pour lui, d'ailleurs, le point ovarien n'est pas sous la dépendance directe de l'ovaire, puisqu'il persiste chez les femmes après l'ovariotomie ou l'opération de Battey. Enfin, il ne pense pas qu'il s'agisse, dans ce cas, d'un simulateur; l'hémianesthésie est bien difficile à simuler, et, de plus, il lui semble impossible de supprimer volontairement les réflexes tels que l'éternuement ou le clignement des paupières lors d'excitation de la pituitaire ou de la conjonctive.

M. *Joffroy* a également observé, chez un homme hystérique, cette douleur dans la fosse iliaque gauche, en un point correspondant à la région ovarienne de la femme; la pression sur ce point iliaque déterminait l'apparition d'un accès convulsif, que l'on pouvait ensuite modifier ou suspendre par une pression plus énergique. Il ne pense pas cependant que l'on puisse en déduire, comme M. Debove, que l'ovaire n'est pas, chez la femme, le siège de la douleur, dite ovarienne; celle-ci réside, tout au moins, dans le plexus nerveux si riche de l'ovaire, dont on retrouve l'analogue chez l'homme. On a, en effet, constaté que ce point douloureux suit les déplacements de l'ovaire chez la femme enceinte.

M. *G. Lacombe* croit que certains individus peuvent fort bien, surtout lorsqu'ils ont acquis quelque expérience par leur séjour dans les hôpitaux, simuler l'anesthésie. Il a vu, dans le service de M. Proust, un malade qui simulait l'anesthésie généralisée et supportait, sans accuser aucune marque de sensibilité, les piqûres d'épingle au niveau du visage. Il demande à M. Debove s'il pense qu'on peut qualifier d'*hystérique* un symptôme, d'après ses seules qualités propres, ou, s'il n'est pas plus logique, pour établir un semblable diagnostic, de se baser sur l'ensemble des symptômes, en un mot sur la nature spéciale du *terrain* sur lequel s'est développé le symptôme. Or le malade de M. Debove n'a présenté aucun des autres signes habituels à l'hystérie.

M. *Debove* est entièrement de l'avis de M. Joffroy; il a voulu seulement établir que la douleur iliaque, dans l'hystérie, n'est pas spéciale à la femme. Quant à la nécessité de symptômes névropathiques multiples pour établir le diagnostic de l'hystérie, elle ne paraît pas indispensable; la limite est dans ce cas bien difficile à tracer, surtout en présence des formes frustes de l'hystérie, admises par tous les observateurs. L'hémianesthésie, la contracture, apparaissant brusquement et disparaissant de même, lui semblent suffisamment caractériser l'état hystérique de son malade.

M. *G. Lacombe* est d'avis que certaines lésions cérébrales ou cérébro-médullaires peuvent s'accompagner de symptômes encore peu étudiés, mais qui rendent, en l'absence du *terrain* hystérique, le diagnostic fort délicat.

M. *Cuffer* demande si les piqûres d'épingle, chez le malade de M. Debove, déterminaient un écoulement sanguin.

M. *Debove* n'a observé aucun écoulement de sang à la suite des piqûres. Il se réserve de rechercher la température comparative des deux moitiés du corps; s'il existe une différence appréciable, on pourra écarter définitivement l'hypothèse de simulation.

M. *Du Castel* rappelle que l'existence de l'hyperesthésie iliaque chez l'homme hystérique a été récemment signalée à la Société de médecine de Berlin.

— M. *Troisier* présente un malade atteint de dilatation variqueuse de la veine tégumenteuse abdominale du côté gauche. Cet individu porte, depuis quatre ans, des varices des membres inférieurs, plus développée à gauche, et qui ont été, il y a trois semaines, le siège d'une phlébite propagée à la varice abdominale. Il n'est ni cachectique, ni tuberculeux, ni cardiaque, et ne présente aucune tumeur abdominale : il semble donc que l'on doive admettre l'origine spontanée de la varice hypogastrique; cependant ce malade a reçu, dans l'aine gauche, il y a trois ans, un coup de foret qui a peut-être déterminé l'oblitération de la veine fémorale de ce côté et, par suite, a été la cause indirecte du développement des varices de l'abdomen. Un cas semblable a été observé par M. Lagrange dans le service du professeur Gaujot, mais les varices abdominales formaient une sorte d'anse anastomotique reliant les deux fémorales. Il s'agissait d'un malade atteint, dix ans auparavant, d'une *phlegmatia alba dolens* consécutive à la fièvre typhoïde.

M. *Legroux* a observé un cas analogue, l'an dernier, chez une femme de soixante ans, atteinte de corps fibreux utérin ayant occasionné de nombreuses poussées de pelvi-péritonite. On voyait une dilatation variqueuse de la tégumenteuse abdominale, rejoignant les veines mammaires. Ces varices abdominales furent le siège d'une phlébite.

— M. *Ferrand* fait hommage à la Société, au nom de M. Dauchez, d'un travail intitulé : *Des éruptions vaccinales généralisées (vaccinides) et de quelques dermatoses suscitées ou rappelées par la vaccination.*

Élections. — Sont nommés : Membre titulaire, M. *Kelsch* ; membre correspondant, M. *Treille* (de Rochefort).

— A cinq heures la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 2 AVRIL 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE

Statistique du service chirurgical de l'hôpital Bichat : M. Terrier. — Diagnostic des tumeurs dures de la voûte palatine : M. Magitot. — Élongation et résection du spinal dans le torticolis spasmodique : M. Schwartz. — Traitement des kystes de l'ovaire par la ponction et l'injection iodée : M. Jeannel. — Monstre pseudo-encéphalien : M. Monod.

M. *Terrier* regrette de ne pas avoir été présent à la dernière séance, lors de la discussion soulevée de nouveau par M. Desprès sur l'infection purulente. La statistique qu'il apporte aujourd'hui et qui est celle du service de chirurgie du nouvel hôpital Bichat, démontre combien rares de nos jours sont les complications des plaies opératoires, grâce à l'emploi des procédés antiseptiques. En effet sur un nombre relativement élevé de grandes opérations, parmi lesquelles 17 ovariotomies, M. Terrier n'a perdu que 7 malades; dans ces 7 cas les causes de décès ont été les suivantes : tuberculose, une fois ; double pneumonie, une fois ; péritonite, trois fois ; tétanos, une fois ; érysipèle gangreneux, une fois. Ainsi donc ce dernier cas seul est imputable à la septicémie ; il s'agissait d'une femme opérée d'un cancer du sein et chez laquelle, par suite de circonstances particulières, toutes les précautions antiseptiques n'avaient pu être prises.

— M. *Magitot* lit un travail sur le diagnostic différentiel des tumeurs dures de la voûte palatine. Il fait d'abord remarquer le silence des auteurs à ce sujet, silence qui s'explique par la rareté de ce genre d'affection : on ne trouve dans la littérature que trois observations d'enchondrome de la voûte du palais, ce sont celles de Jourdain, Abernethy et Trélat ; les ostéomes sont signalés en très petit nombre par Vidal (de Cassis), mais ces observations n'ont pas grande valeur, la syphilis et les autres diathèses, capables dans certains cas d'expliquer la pathogénie de ces intumescences, n'ayant pas été recherchées ; quelques observateurs ont rencontré des tumeurs dures qu'ils rapportent à des productions dentaires et qu'ils considèrent comme les analogues des dents, qu'on observe dans toute l'étendue de la cavité buccale de certains animaux, par exemple, chez certains poissons ; enfin Saucerotte et plus récemment Henrot ont noté la présence de tumeurs probablement d'origine glandulaire et que le premier décrit sous le nom de kyste séreux, et le second sous celui, très impropre, de kyste sébacé. Ces dernières variétés peuvent d'ailleurs rentrer dans l'histoire des tumeurs molles, qui sont très fréquentes et que M. Magitot n'a pas en vue pour le moment.

Dans ces derniers temps il a observé deux faits de tumeurs dures d'origine dentaire. Le premier fait est relatif à une femme de soixante-quatorze ans, portant depuis longtemps à la voûte palatine une tumeur dure et douloureuse du volume d'une amande ; l'examen ultérieur de la malade montra que la tumeur était constituée par l'évolution tardive d'une canine hors lieu. Le deuxième fait est plus complexe ; le malade, âgé de trente ans, avait éprouvé huit mois avant d'être soumis à l'observation, une gêne légère au niveau du palais, dégénérant bientôt en douleurs névralgiques intenses, irradiées à toute la face et s'accompagnant au bout de quelque temps de paralysie oculaire ; en désespoir de cause, le malade fut soumis à un traitement antisyphilitique. Lorsque le malade se présenta pour la première fois à M. Magitot, il portait sur la voûte du palais une tumeur dure, rénitente, dont la ponc-

tion donna issue à un liquide purulent, épais et visqueux. Après son ouverture, la tumeur s'affaissa peu et un stylet introduit par l'orifice conduisit sur une surface dure, lisse, de consistance osseuse, qui ne pouvait être autre chose que la couronne d'une dent. Une partie de l'enveloppe de la tumeur, examinée au microscope, a révélé sa nature d'origine folliculaire, et l'examen de l'arcade alvéolaire a montré l'absence de la canine correspondante. Cette canine en hétérotopie est donc la véritable cause de l'intumescence et des accidents qui ont suivi; mais en présence de son peu de saillie, qui n'offre pas de prise aux instruments, la dent n'a pas encore été extraite. De l'observation de ces faits et de quelques autres M. Magitot conclut : 1° qu'il existe à la voûte du palais des tumeurs solides résultant d'une hétérotopie dentaire, et que cette hétérotopie peut être constituée, soit par l'éruption d'une simple couronne sous la muqueuse palatine, soit par l'hétérotopie préalable du follicule, et l'éruption d'une dent complète; 2° que pour arriver au diagnostic de semblables tumeurs, il faudra prendre en considération l'état du rebord alvéolaire voisin.

M. *Desprès*, à propos de la dernière observation citée par M. Magitot, fait remarquer qu'on n'a pas manqué d'infliger à ce malade le traitement mercuriel; c'est là une pratique fâcheuse qu'il regrette de voir employer toutes les fois qu'on ignore la nature d'une tuméfaction.

M. *Delens* a vu un cas d'hétérotopie folliculaire dans la branche horizontale de la mâchoire inférieure.

M. *Anger* a observé un cas de développement hétérotopique d'une canine, faisant saillie sous la joue et précédée d'une tumeur kystique; chose remarquable dans ce cas, la couronne était tournée en haut vers l'œil et la racine vers le bord libre de l'alvéole.

— M. *Schwartz* lit un mémoire sur l'élongation combinée à la résection du spinal dans les cas de torticolis spasmodique. Renvoyé à une commission, composée de MM. Polaillon, Monod, Tillaux, rapporteur.

— M. *Jeannel* donne lecture d'un travail intitulé : *Du traitement des kystes de l'ovaire par la ponction et l'injection iodée*. Commission : MM. Nicaise, Terrier, Bouilly, rapporteur.

— M. *Monod* présente un monstre pseudo-encéphalien (genre pseudo-encéphale d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire), que lui a adressé le docteur Carrive (de Sauveterre, de Béarn).

SÉANCE DU 9 AVRIL 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Luxation du poignet en avant : M. Chauvel. — Anévrysme cirsoïde de la main : M. Desprès; discussion : MM. Terrier, Verneuil, Trélat, Pozzi, Marc Sée. — Hystérectomie pour un corps fibreux compliqué d'hydronéphrose : M. Pozzi.

M. *Chauvel* présente, de la part de M. Dieu, le moule en plâtre de l'articulation du poignet droit d'un soldat, chez lequel il diagnostiqua une luxation en avant de l'articulation radio-carpienne. L'observation qui accompagne la pièce et dans laquelle on note, il est vrai, une dépression au niveau de l'interligne articulaire, une grande difficulté des mouvements de flexion et d'extension, la possibilité d'imprimer des mouvements de latéralité, la reproduction de la déformation sitôt sa réduction, est, d'après M. Chauvel, peu propre à entraîner la conviction, et pour lui il croit, surtout en examinant le moule du malade, qu'il ne s'agissait simplement que d'une fracture du radius.

M. *Richelot* partage l'opinion de M. Chauvel et fait remarquer que souvent certaines variétés de fracture du radius avec saillie du cubitus peuvent en imposer pour une luxation du poignet.

— M. *Desprès* communique une observation d'anévrysme cirsoïde de la main, pour lequel il a essayé avec succès jusqu'ici un mode de traitement particulier. Une femme de soixante-quatre ans, d'une très bonne santé habituelle, exempte de rhumatisme et de syphilis, vit, à l'âge de cinquante-cinq ans, le doigt médius de sa main droite augmenter de volume et prendre une coloration bleuâtre; un médecin de province y fit de petites ponctions répétées, qui heureusement n'amenèrent pas d'accidents, mais bien entendu n'enrayèrent pas la maladie. Au bout de trois ou quatre mois la malade refusa de se soumettre à cette sorte de traitement; peu à peu la tuméfaction gagna tout le doigt, envahit l'indicateur voisin et même la paume de la main; trois mois avant son entrée à l'hôpital un phénomène curieux se montra, à savoir la mortification de l'extrémité du médius. Lorsqu'elle entre à la Charité, on constate que le médius a doublé de volume, l'index est aussi très tuméfié, les lésions s'étendent dans la paume de la main jusqu'à l'éminence hypothénar; l'artère radiale est saine, mais la cubitale présente des flexuosités; la compression artérielle fait cesser les battements dont les doigts sont le siège.

M. Desprès fit l'opération suivante, il commença par enlever environ 3 à 4 centimètres de l'artère cubitale malade au-dessus du poignet, sectionnant le vaisseau entre deux ligatures, opération que rendit très facile l'état de maigreur de la patiente; puis le médius fut amputé avec la tête du métacarpien correspondant, ainsi que M. Desprès a l'habitude de le faire; grâce à la ligature préalable de la cubitale, on eut relativement peu de sang. Tout se passa régulièrement du côté des deux foyers opératoires, et la tumeur cirsoïde qui était en progression est restée depuis stationnaire. C'est en quelque sorte une expérience que M. Desprès a faite; on ne connaît pas encore la cause intime des anévrysmes cirsoïdes, peut-être des altérations des nerfs vaso-moteurs sont-elles l'origine des lésions? Dans ce cas, la résection du vaisseau serait indiquée. C'est du reste une opinion qu'avait émise Decès dans sa thèse. Quoi qu'il en soit, l'examen du tronçon d'artère n'a révélé l'existence d'aucune altération des parois vasculaires. Un autre point intéressant de cette observation, c'est la momification de l'extrémité du médius et l'existence au-dessous d'une ulcération analogue aux ulcérations trophiques et ne donnant pas de sang malgré son siège sur un terrain éminemment vasculaire.

M. *Terrier* pense qu'il ne faut pas s'étonner de l'existence d'une ulcération trophique, car les troubles de cet ordre sont communs dans les tumeurs cirsoïdes; tels sont le développement exagéré des poils, la pigmentation, etc.; ce qui est plus curieux, c'est l'absence d'hémorrhagie à son niveau.

D'après ce qu'a dit M. Desprès, le processus pathogénique, encore inconnu, irait des troncs vers les rameaux artériels; les classiques professent l'opinion opposée et d'après eux l'affection tend à gagner des extrémités des artères vers leur racine, c'est ce que prouvent de la façon la plus évidente la marche de la maladie et les résultats thérapeutiques : ainsi que l'a bien démontré Decès en s'appuyant sur nombre d'observations, il suffit de détruire la tumeur cirsoïde pour voir cesser immédiatement la tendance à la dilatation des vaisseaux qui en partent.

M. *Verneuil* confirme cette opinion de M. Terrier, la théorie en est difficile et peut-être impossible à donner, mais le fait subsiste, et plusieurs fois il a vu, à la suite de la destruction d'une tumeur cirsoïde du cuir chevelu, par exemple, les grosses artères qui l'alimentaient et qui atteignaient jusqu'au volume d'une fémorale, non seulement cesser de s'accroître, mais revenir très vite à leur calibre primitif.

M. *Trélat* a, il y a déjà longtemps, rapporté une observation d'amputation de l'avant-bras pour un anévrysme cirsoïde de la main; bien que la section portât sur des vaisseaux

flexueux et dilatés, tout s'arrêta et la guérison fut définitive.

Peut-être doit-on expliquer cette tendance à la dilatation et à l'hypertrophie des vaisseaux des anévrysmes cirsoïdes par l'excès de pression existant au niveau de la tumeur.

M. *Pozzi* croirait plutôt à une dilatation vasculaire par atrophie des éléments musculaires des vaisseaux et hypergenèse des éléments conjonctifs. En effet, il ne saurait y avoir excès de pression dans les vaisseaux en amont de l'anévrysme, puisque les capillaires sont dilatés et ne font plus aucun obstacle au cours du sang. Cette diminution de pression deviendrait la cause du ralentissement de la nutrition des parois artérielles, qui probablement puisent directement dans le sang contenu dans leur intérieur leurs éléments nutritifs, d'où atrophie des éléments nobles et hypergenèse des éléments vulgaires des tuniques.

M. *Marc Sée* émet une opinion tout à fait opposée à celle de M. Pozzi. Il admet aussi la diminution de pression dans les vaisseaux afférents, mais il fait remarquer que, si le sang circule sous faible tension, il passe en très grande quantité, d'où l'hypertrophie réelle portant sur les éléments musculaires des vaisseaux, c'est cette hypertrophie vraie qui permet aux artères de reprendre rapidement leur calibre primitif lorsque la voie de large dérivation est supprimée.

M. *Chauvel* demande si M. Desprès a par devers lui des faits qui démontrent les avantages de l'amputation de la tête des métacarpiens, ainsi qu'il l'a fait pour sa malade.

M. *Després* répond tout de suite qu'il a plusieurs observations d'amputation par ce procédé et qu'il a remarqué que ces opérés se servent mieux de leur main; il en est de même pour les métatarsiens et, en 1874, il a publié, dans le *Bulletin de thérapeutique*, trois observations d'amputation des orteils, ne laissant aucune gêne pour la marche.

Ce qui a déterminé M. Després à lier et à réséquer l'artère cubitale, c'est la pensée que peut-être elle était la seule cause de l'affection, puisque la radiale était absolument saine. Il a voulu s'attaquer à un vaisseau afférent malade plutôt qu'à la tumeur, qui était trop étendue et impossible à circonscrire par des ligatures. Cela se peut au cuir chevelu, mais ce mode de traitement ne donne pas toujours de résultats définitifs; c'est ainsi que, dans la thèse de Decès, il est rapporté deux cas de récidive.

— M. *Pozzi* rapporte un cas d'hystérectomie pour un corps fibreux compliqué d'hydronéphrose. Il s'agit d'une femme de quarante-quatre ans portant une tumeur de l'utérus depuis huit ans, et ayant depuis cinq à six mois une tuméfaction fluctuante dans le flanc droit, que l'examen et une ponction exploratrice montrèrent être produite par une hydronéphrose. Après la ponction la malade fut prise d'accidents hectiques, sa santé faiblit rapidement et elle était dans de très mauvaises conditions lorsqu'elle réclama une intervention chirurgicale. Sur ses instances, M. Pozzi se décida à opérer et arrêta le plan suivant: ponction de l'hydronéphrose la veille de l'opération, hystérectomie, puis, à quelque temps de là, après réplétion de la poche de l'hydronéphrose, opération de celle-ci. C'est ce qui fut fait en partie. La veille de l'hystérectomie, une ponction donna issue à 7 ou 800 grammes de liquide purulent verdâtre; le lendemain, une large incision pratiquée sur la ligne médiane mit sous les yeux un énorme fibrome utérin, que l'on sépara par deux ligatures élastiques, sur le col de l'utérus d'une part et sur le ligament large d'autre part, tandis qu'une troisième fut appliquée sur le côté droit de la tumeur adhérant en ce point à l'hydronéphrose; de ce côté, le pédicule obtenu était énorme. Le pédicule constitué par le ligament large fut abandonné dans l'abdomen, les deux autres, amenés laborieusement au dehors, y furent maintenus. L'opération, qui n'avait pas duré moins de trois heures trois quarts, eut des suites très simples. Contrairement à ce qu'on s'attendait, l'hydronéphrose se reproduisit très lentement, et ce n'est que cinq semaines après qu'elle avait acquis ses dimensions primitives; on n'y toucha que deux mois après; on se préparait à une opération d'extirpation lorsqu'une seule ponction, suivie d'un lavage au sublimé, suffit pour faire disparaître la tumeur sans retour. Voilà en effet plusieurs mois que la malade, complètement guérie de son hystérectomie, n'a pas vu réapparaître son hydronéphrose.

Alfred Pousson.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 9 AVRIL 1884. — PRÉSIDENCE DE M. DELPECH.

Phosphate de chaux gélatineux : M. Tanret. — Douches d'air comprimé : M. Dupont. — Hamamelis virginica : M. Dujardin-Beaumetz (discussion).

M. *Tanret* donne lecture d'une note sur *un procédé de préparation extemporanée du phosphate de chaux gélatineux*. Frappé des difficultés de préparation et de conservation du phosphate de chaux gélatineux, M. Tanret a recherché un procédé plus pratique pour obtenir ce corps d'une façon extemporanée. Il suffit pour cela de fournir au phosphate acide monocalcique deux équivalents de chaux en dissolution; on le transforme ainsi en phosphate gélatineux tribasique. Dans la pratique, on ajoutera au phosphate acide la moitié de son poids de chaux. La préparation est des plus simples : on dissout, d'une part, le phosphate monocalcique; d'autre part, à l'aide du sirop de sucre destiné à servir de correctif à la potion, on dissout la chaux, puis on mélange les deux solutions. Le phosphate gélatineux ainsi obtenu est très pur et se conserve fort bien pendant quelque temps. Il est très soluble dans l'eau tenant en dissolution du gaz carbonique; ainsi un litre d'eau renfermant de l'acide carbonique dissout 3 à 4 grammes de phosphate gélatineux. L'acide chlorhydrique le dissout également bien, mais a l'inconvénient de donner naissance à une certaine quantité de chlorure de calcium; l'acide carbonique, au contraire, ne dédouble pas le phosphate tribasique.

M. *Delpech* demande si ce phosphate gélatineux devient, par la dessiccation, corné et presque insoluble, ainsi qu'on l'observe pour le phosphate gélatineux préparé par la méthode ordinaire.

M. *Tanret* ne peut répondre à cette question, puisqu'il a étudié ce phosphate gélatineux toujours à l'état humide. On n'a plus à le dessécher pour le conserver, puisque la préparation qu'il indique permet de l'obtenir extemporanément, à mesure qu'il en est besoin.

— M. *Dupont* lit une note sur *les douches d'air comprimé*. Cette douche, de même que la douche humide, produit un choc dans les points percutés par la colonne d'air comprimé, et détermine également la réfrigération par suite de l'emprunt de calorique fait au corps par le gaz au moment de sa décompression; la réaction consécutive est la même dans les deux cas. La douche d'air a pour avantages de ne pas mouiller le malade et de ne pas l'obliger à se déshabiller entièrement; il suffit de mettre à nu la région sur laquelle doit être projetée la colonne d'air. Cette douche d'air comprimé à trois atmosphères est non seulement bien supportée par les malades, mais leur procure même une sensation assez agréable. Au point percuté, on observe une dépression des parties molles qui peut atteindre parfois plusieurs centimètres de profondeur; on peut d'ailleurs obtenir à volonté, en éloignant ou rapprochant le jet, une sorte de massage par *tapotement*, utile dans certains cas. La température des téguments, dans la région frappée par la douche, s'abaisse à zéro au bout d'une à deux minutes. M. Dupont propose l'emploi de cette douche contre le diabète, la chlorose,

l'obésité, etc. Il cite un malade atteint de dilatation stomacale considérable rapidement améliorée par ce traitement, et chez lequel on voyait, sous l'influence de la douche, se contracter les fibres musculaires de l'estomac.

M. *Campardon* insiste sur le résultat favorable obtenu chez cet individu, auquel il donnait ses soins, et sur la sensation agréable perçue, pendant la douche, par la plupart des malades.

M. *Blondeau* fait observer qu'il paraît difficile que l'on ait pu *voir se contracter les fibres de l'estomac;* il pense que M. Dupont a voulu parler des muscles de la paroi abdominale dans la région épigastrique.

— M. *Dujardin-Beaumetz* appelle l'attention sur un médicament jouissant d'une grande vogue en Amérique, sous le nom de *ponds extract* ou *extrait d'hamamelis*. C'est une sorte d'eau distillée préparée avec les feuilles de l'*Hamamelis virginica*, ou *Noisetier de la sorcière*. Les propriétés de l'*hamamelis* ont été étudiées en Amérique et en Angleterre par Ludlam, Hale, Masser, qui lui attribuent un pouvoir hémostatique précieux, et une action marquée contre les hémorrhoïdes et les varices. Les homœopathes, qui l'emploient depuis quelque temps déjà, en font une panacée universelle. En France, les travaux de Serrand et Tison ont contribué à le faire connaître. M. Dujardin-Beaumetz a expérimenté la teinture d'*hamamelis* à la dose de 10 gouttes toutes les deux heures, jusqu'à concurrence de 50 gouttes dans les vingt-quatre heures. Le *ponds extract* peut s'employer à la dose d'une cuillerée à café toutes les deux heures. M. Petit, qui a analysé les différentes préparations d'*hamamelis*, n'a pu encore y découvrir l'existence d'aucun alcaloïde; cependant l'*hamamelis* paraît avoir une action manifeste sur les stases veineuses, et l'on peut penser que cette action porte directement sur les fibres musculaires des parois des veines. M. Dujardin-Beaumetz a administré la teinture d'*hamamelis* à l'intérieur; il n'a pas cru devoir essayer comparativement les applications locales, afin de rester dans les conditions où se sont placés les médecins américains; il fait remarquer, d'ailleurs, que l'alcool de la teinture pourrait fort bien avoir, en applications externes, une action propre dont il faudrait tenir grand compte. La teinture d'*hamamelis*, administrée à des hémorrhoïdaires, lour a procuré un soulagement très notable : les sensations douloureuses et les phénomènes congestifs ont disparu assez rapidement. Contre les varices des membres inférieurs, les varices pharyngo-laryngées, les effets sont jusqu'ici très douteux; il en est de même du pouvoir hémostatique et de l'action sédative à l'égard des douleurs d'origine nerveuse : les résultats ont été nuls. On pourrait peut-être élever les doses sans inconvénient, car les expériences instituées par M. Dujardin-Beaumetz le portent à croire, jusqu'ici, que l'*hamamelis* n'a pas de propriétés toxiques.

M. *Campardon* a observé des effets toxiques de la teinture d'*hamamelis* chez deux femmes atteintes, l'une de varices énormes, l'autre d'hémorrhoïdes. Toutes deux ont présenté un catarrhe oculo-nasal assez prononcé, et un engourdissement avec anesthésie et refroidissement des membres supérieurs. Ces accidents se sont rapidement dissipés par l'emploi de frictions et l'administration d'un peu d'éther. L'action du médicament sur les hémorrhoïdes et les varices a d'ailleurs été très satisfaisante.

M. *Dujardin-Beaumetz* n'a jamais rien observé d'analogue, et n'a relevé rien de semblable dans les travaux publiés sur ce sujet. Il rapporte, d'après M. H. Gueneau de Mussy, un cas dans lequel des épistaxis fréquentes, chez un jeune hémophile, ont été supprimées par l'emploi de la teinture d'*hamamelis*.

M. *Créquy* fait remarquer que les gouttes sont loin d'avoir toujours le même volume, et qu'il peut ainsi se produire des erreurs de doses.

M. *Dujardin-Beaumetz* emploie le compte-gouttes normal, qui donne 53 gouttes de teinture au gramme.

M. *Petit* se déclare surpris de l'efficacité reconnue à l'*hamamelis*, et surtout de ses effets toxiques. Certains articles des journaux américains, relatifs à ce médicament, ont un cachet spécial peu fait pour inspirer la confiance, et, d'ailleurs, le *ponds extract* est, ordinairement, administré en Amérique avec addition d'autres médicaments actifs, auxquels on pourrait attribuer la plus large part dans les effets thérapeutiques; enfin l'analyse de l'*hamamelis* ne révèle aucun alcaloïde, mais seulement quelques substances analogues au tannin, de telle sorte qu'on est autorisé à se demander ce que peut renfermer l'eau distillée de cette plante.

M. *Catillon* appelle l'attention sur l'odeur empyreumatique de cette eau distillée. Ne renfermerait-elle pas, comme l'eau de bourgeons de sapin, l'eau de Léchelle, un principe empyreumatique auquel pourrait être attribuée quelque propriété hémostatique légère?

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

Société de médecine de Buda-Pesth.

SÉANCE DU 5 JANVIER 1884.

Étiologie de la pneumonie.

M. le docteur *Purjesz*, professeur de clinique interne à l'Université de Klausenbourg, fait une communication *sur l'étiologie de la pneumonie*.

L'auteur n'a jamais rencontré les micrococcus accouplés décrits par Friedländer et n'admet pas la doctrine de la pneumonie infectieuse telle qu'elle est présentée par Jürgensen. Litten n'a-t-il pas montré récemment par la voie expérimentale, qu'une action mécanique peut produire une inflammation franche et la même pneumonie que celle qui est considérée comme infectieuse?

Il n'admet pas davantage l'origine *a frigore* et réédite à ce propos les critiques formulées depuis longtemps par les épidémiologistes à l'encontre de cette théorie : l'immunité des matelots, la rareté de la pneumonie pendant l'hiver et dans les climats froids, son ubiquité extraordinaire, etc.

Pour le professeur hongrois, les épidémies de pneumonie sont dues essentiellement à des *influences atmosphériques et telluriques*, et l'apparition ou l'extension épidémique de la pneumonie est toujours en rapport avec la hauteur de la nappe d'eau souterraine. — A Klausenbourg, pendant dix ans, les points saillants de la courbe de la pneumonie coïncident exactement avec les points les plus bas de la courbe qui représente le niveau de l'eau souterraine.

« Ce n'est pas, dit-il en terminant, l'air saturé de micrococcus, ce n'est pas quelque agent infectieux transmissible, ce n'est pas le refroidissement qui produisent la pneumonie : c'est le sol seul qui est coupable. »

M. *Koranyi* pense que, si des recherches statistiques sur ce sujet étaient faites dans toutes les grandes villes, on aboutirait bientôt à un résultat. Il reste à savoir si toutes les pneumonies sont justiciables de la même étiologie.

M. *Bokai* estime qu'il est impossible de rejeter d'une façon absolue l'origine *a frigore;* il semble traduire l'opinion d'un grand nombre de médecins.

Société des médecins allemands de Prague.

SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1884.

Bactéries du rhinosclérome.— Ossifications présternales.

M. *Chiari* présente des préparations de *bactéries de rhinosclérome* telles qu'elles ont été décrites par Frisch (*Wien. med. Woch.*, 1882, n° 32). Ces microbes sont des bâtonnets courts et épais, que l'on peut colorer aisément au moyen du violet de méthyle. A ce propos Pick déclare qu'il n'est pas convaincu que les objets présentés soient des bactéries, et il n'admet pas l'origine parasitaire de l'affection.

M. *Chiari* fait ensuite une communication sur les *formations osseuses présternales*. Dans deux cas il a rencontré une plaque osseuse indépendante, placée en avant de la symphyse qui réunit le corps et la poignée du sternum.

Il ne s'agit ici, ni d'une formation inflammatoire, ni d'une ossification congénitale, mais bien d'un ostéome vrai.

M. *Weltrubsky* lit une observation d'accouchement spontané dans un cas de *rétrécissement cicatriciel de l'orifice utérin*. Cette observation ne présente d'intéressant que le fait d'une dilatabilité possible du col utérin, même lorsqu'il est le siège de cicatrices.

Pathological Society

SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1884.

Micro-organismes dans le purpura idiopathique.

M. *Watson Cheyne* a rencontré des micro-organismes dans deux cas de purpura hémorrhagique idiopathique. Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune fille morte après avoir présenté une éruption de taches de purpura et des hémorrhagies en divers points. On trouva dans les petits vaisseaux des colonies de bâtonnets les oblitérant et ayant par places rompu leurs parois. Chez un second malade, garçon de quatorze ans, mort de purpura idiopathique, on fit les mêmes constatations. Il semble donc bien évident que le purpura, dans ces deux cas, relève de la présence d'organismes inférieurs.

SÉANCE DU 4 MARS 1884.

Gangrène symétrique des membres supérieurs.

M. *Bernard O'Connor* lit une note sur une gangrène symétrique commençante des membres supérieurs chez une femme de cinquante-six ans. A l'âge de quarante et un ans, une petite tumeur du sein droit avait été enlevée. Environ trois mois après, une semblable tumeur apparaissait dans le sein gauche. Depuis trois semaines une tumeur était notée sur le cartilage costal gauche sous-jacent, et en même temps un engourdissement avec de violentes douleurs se montrait dans les deux membres supérieurs. Ganglions indurés sous la clavicule gauche, déplacement de l'extrémité de la clavicule du même côté. Sous le cartilage de la seconde côte gauche existe une tumeur globuleuse sans thrill, mais avec dilatation des veines sous-cutanées. La malade se plaint de pesanteur sur ce point et de douleur à l'épigastre. Les glandes de l'aisselle droite sont aussi engorgées. Les battements du cœur et le pouls sont faibles. Pas de fièvre. Le foie ni la rate n'ont augmenté de volume. La densité do l'urine est de 1013. Le sang contient quelques globules rouges crénelés et une augmentation des globules blancs. L'auteur attribue le commencement de gangrène des doigts à des troubles de la circulation capillaire et des vaso-moteurs. Il fait remarquer que les artérites oblitérantes ne sont pas rares chez la femme, et qu'elles affectent les membres supérieurs.

M. *Bowlley* dit que rien n'est moins évident, dans ce cas, que les lésions artérielles; il pense que les lésions gangreneuses sont dues au volume de la tumeur, qui comprime les nerfs qui innervent les membres supérieurs.

SÉANCE DU 4 MARS 1884.

Ovarite interstitielle.

M. *Norman Moore* présente des pièces d'inflammation interstitielle des deux ovaires provenant d'une femme mariée âgée de quarante-quatre ans, morte de cirrhose du foie. Ce dernier viscère est envahi par du tissu fibreux qui comprime ses lobules. Les ovaires sont augmentés de volume, très denses et lisses à leur surface. Le microscope montre un grand épaississement de la tunique albuginée (?) et du tissu cellulaire périvasculaire. De nombreux follicules de de Graaf de dimensions diverses apparaissent plus ou moins comprimés. Le docteur Mathew Duncan a émis l'opinion que l'inflammation interstitielle de l'ovaire est une cause de stérilité chez les femmes intempérantes, et M. Lawson Tait a parlé de cirrhose des ovaires; mais on s'occupe peu, dans les auteurs, de la nature et de la fréquence de ces lésions. Dans le cas présenté par l'auteur, il y avait manifestement une cirrhose du foie, et les ovaires étaient affectés d'une véritable inflammation interstitielle moins avancée que dans le foie. Il est intéressant de noter que les reins n'étaient pas atteints de néphrite interstitielle.

SÉANCE DU 18 MARS 1884.

Absence congénitale des fémurs. — Crâne natiforme. — Angiome calcifié du cerveau.

M. *Roger Williams* montre la photographie d'un garçon de neuf ans ayant une absence congénitale des fémurs. On sent l'extrémité supérieure du tibia dans l'aine; nulle part on ne trouve les vestiges du fémur, ni de la rotule. M. John Wood rappelle à ce sujet avoir observé un nain ayant un semblable arrêt de développement; malgré cela il était très agile. Cette agilité est un argument en faveur de la résection totale des os, car elle montre combien la nature supplée par elle-même à l'absence de segmonts entiers de membre.

—M. *Norman Moore* présente un crâne natiforme provenant d'un enfant âgé d'un an et huit mois. On y voit quatre gros ostéophytes près de la fontanelle antérieure et quelques autres plus petits disséminés sur la région occipitale. Les autres os étaient sains. Il n'y avait pas de fissures à l'anus, ni à l'orifice buccal. L'enfant n'avait jamais eu d'éruption cutanée, ni aucun signe d'affection syphilitique. La mère elle-même n'avait jamais présenté de symptômes spécifiques; elle n'avait jamais eu de fausses couches. Il est difficile, dans ce cas, de remonter à la véritable cause de ces exostoses crâniennes; on est conduit à penser qu'elles ont été produites par un vice de nutrition ne relevant d'aucune maladie congénitale.

—M. *Goodhart* lit une note de M. Bevan Lewis sur un angiome calcifié trouvé dans le cerveau d'une femme âgée de soixante et un ans, qui, durant sa vie, avait été atteinte de mélancolie et d'hallucinations de la vue et de l'ouïe.

REVUE DES JOURNAUX

La diminution du poids du corps chez les épileptiques, par M. Krantz. — Kowaleski a annoncé que le poids du corps diminue après chaque attaque d'épilepsie. Cette diminution est variable suivant la gravité de l'accès ou la durée de la maladie. Lorsque l'affection est récente, la perte est de 2 à 6 kilogrammes, suivant l'espacement des crises; dans les cas invétérés, la perte ne dépasse guère 1 kilogramme.

Krantz a étudié à ce point de vue sept aliénés épileptiques de l'asile de Stephansfeld, qu'il a soumis à des pesées quotidiennes. Les résultats obtenus ne confirment nullement l'opinion du savant russe. Tantôt l'attaque a été suivie d'une diminution de poids; tantôt, au contraire, le poids est resté stationnaire. On pourrait donc affirmer, suivant Krantz, que les crises épileptiques n'ont aucune action régulière sur le poids du corps, et que cet élément ne peut être utilisé pour le diagnostic dans les cas douteux. (*Archiv für Psychiatrie*, 1882.)

Dans une note publiée dans le même journal, M. Schuchardt (de Bonn) rejette de même la théorie de Kowaleski. Les modifications du poids du corps, chez les épileptiques, ne diffèrent pas sensiblement de celles des gens bien portants.

Des alcaloïdes de la putréfaction, par M. H. Maas. — Les masses putréfiées, traitées par l'alcool et additionnées d'acide acétique (jusqu'à réaction acide) sont abandonnées à elles-mêmes et remuées pendant plusieurs jours; l'alcool est enlevé par filtration, et l'opération recommencée à plusieurs reprises. L'extrait alcoolique est finalement réduit au bain-marie, et la solution aqueuse acétique concentrée à la consistance d'un sirop. Par de nouveaux traitements alcooliques, il fut possible d'obtenir à l'état de pureté les acétates des alcaloïdes de la putréfaction, lesquels donnèrent tous les réactions spéciales aux alcaloïdes. Pour les expériences sur les animaux, les solutions de ces sels furent concentrées jusqu'à consistance d'un fort bouillon; la préparation avait une coloration jaune rougeâtre et l'odeur d'un extrait de viande. Chez les grenouilles, on obtenait une paralysie rapidement mortelle; chez les animaux à sang chaud, des effets semblables à ceux de la strychnine.

En traitant la solution acétique par l'éther, on isole un alcaloïde qui n'a pas été l'objet de recherches physiologiques. En ajoutant préalablement de la soude, l'éther enlevait deux alcaloïdes différents : l'un cristallise en beaux cristaux incolores et transparents, est très peu abondant, et, évaporé sur une lame de platine, répand une odeur extrêmement forte de putréfaction; l'autre reste, après la distillation, sous forme de goutte huileuse, et donne avec l'acide chlorhydrique un sel cristallin extrêmement soluble dans l'eau. Sur l'organisme des grenouilles (et aussi sur les lapins), l'action est semblable à celle de la morphine.

L'alcool amylique réussit mieux que l'éther. Le nouvel alcaloïde ainsi obtenu, transformé en chlorhydrate, se montra extrêmement toxique pour les animaux (paralysie du cœur, décomposition du sang, etc.).

Un quatrième alcaloïde obtenu au moyen du chloroforme provoque, chez les grenouilles, un ensemble de symptômes qui rappelle à s'y méprendre l'intoxication par la strychnine.

2030 grammes de muscles putréfiés fournissent 6 grammes d'alcaloïde par l'alcool amylique, ou 774 milligrammes par le chloroforme, ou 22 centigrammes par l'éther. (*Fortschritte der Medizin*, I, n° 15.)

De l'influence de la stéatose du cœur sur le pouls, par M. Kisch. — L'auteur a observé à Marienbad un assez grand nombre de malades atteints de stéatose du cœur, et a étudié au moyen du sphygmographe les modifications du pouls. Il les divise en quatre groupes, auxquels il assigne les caractères suivants :

Dans la majorité des cas (145 sur 400, soit 36,5 pour 100), le pouls présentait les caractères du pouls lent ou retardé, avec ses modifications bien connues. Dans 128 cas (32 pour 100), le sphygmographe donne le tracé du pouls dicrote complet ou rudimentaire. Dans 31 cas (7 3/4 pour 100), l'arythmie du cœur était très marquée, depuis la simple intermittence jusqu'à l'irrégularité la plus complète. Dans 96 cas (24 pour 100), augmentation de la tension intravasculaire, indice d'une sclérose artérielle. — « En somme, conclut l'auteur, l'emploi du sphygmographe dans la stéatose cardiaque fournit, au point de vue du diagnostic et du pronostic, une foule d'indications utiles, spécialement pour ce qui concerne la coïncidence avec la sclérose artérielle, la faiblesse du cœur et la myocardite. » (*Berl. klin. Woch.*, n° 10, 1884.)

Blessure du nerf médian; opération quatre mois après; guérison, par le docteur Hugh Rayner. — Dans la première semaine de septembre 1881, un garçon de quinze ans reçoit un éclat de bouteille, qui lui fait une profonde blessure à la partie antérieure du poignet gauche. La plaie guérit facilement. A la fin de novembre, le malade se présente à l'infirmerie royale : les muscles de l'éminence thénar sont atrophiés; la sensibilité est perdue dans le pouce et les deux doigts voisins; les mouvements du pouce et de l'index et du médius sont abolis, les deux derniers doigts se meuvent aisément. Pendant quelques jours, on essaye de redresser les doigts et de leur faire récupérer leurs mouvements par des manipulations; aucun succès n'étant obtenu, on fait l'opération suivante le 5 janvier. Une incision est pratiquée au milieu de la cicatrice et le nerf médian est mis à découvert. Il est enclavé dans le tissu cicatriciel, qu'on résèque tout autour de façon à le dégager. La plaie est réunie et drainée. Deux jours après la sensibilité reparaissait dans l'extrémité des doigts et cinq semaines après le malade quittait l'hôpital ayant recouvré tous les mouvements de sa main. Deux ans après la guérison se maintenait et il avait autant de force dans la main blessée que dans l'autre.

L'auteur pense qu'on peut émettre deux hypothèses pour expliquer ce qui s'est passé chez ce malade : la première, que le nerf a été complètement divisé et qu'au moment de l'opération les éléments nerveux s'étaient en partie reproduits dans la cicatrice; la seconde, que le tronc nerveux incomplètement sectionné était comprimé par le tissu cicatriciel. Il incline plutôt vers cette seconde hypothèse. (*The Lancet*, 15 mars 1884, p. 467.)

BIBLIOGRAPHIE

Les eaux minérales dans les affections chirurgicales, par M. Eugène Rochard, avec une préface de M. Jules Rochard. — G. Masson.

Notre jeune confrère, M. Eugène Rochard, vient de publier un livre sur l'emploi des eaux minérales en chirurgie. Nous devons lui savoir gré d'avoir fait ce travail, et surtout de l'avoir bien fait. Après avoir compulsé plus de 40 000 observations, un esprit moins solide — et moins bien dirigé — aurait voulu édifier un monument, un gros volume indigeste avec statistiques en petit texte et sur plusieurs colonnes : M. Eugène Rochard, lui, nous donne un traité court, coquettement édité, et dont la lecture paraît encore fort attrayante, malgré le redoutable voisinage que s'est créé le fils en mettant en tête de son livre une préface du père, alerte, spirituelle et charmante.

Ce livre n'existait pas. Combien de fois cependant chacun

de nous n'en a-t-il pas senti l'urgente nécessité! Une fracture a laissé de la raideur, de l'atrophie ou de l'empâtement; une tumeur blanche s'éternise; un trajet fistuleux persiste malgré tous les soins; une luxation réduite, une ankylose, une entorse restent douloureuses; un vieux foyer d'ostéite se rallume de temps en temps, une plaie devient ulcéreuse, une adénite ne veut se résoudre, une vieille syphilis s'affirme par quelque accident nouveau, le malade consulte son médecin sur l'opportunité d'une saison balnéaire; on acquiesce, et, sans choix dicté par la clinique, sans doctrine précise, on dirige le patient vers une station quelconque; ne sait-on pas, en effet, si du moins on en croit les médecins du lieu, que toutes et que chacune guérissent toutes les maladies?

M. Rochard n'accepte cette opinion que sous bénéfice d'inventaire; il a voulu se convaincre, et il a pris la peine de dépouiller les observations. Or, comme il n'a pas d'actions à placer, une clientèle thermale à se faire, un intérêt quelconque à pousser les malades vers telle ou telle source, nous avons confiance en son jugement, et nous ouvrons son livre sans l'arrière-pensée que nous avons parfois à la lecture de ses congénères. Il comprend trois parties : dans la première, l'auteur étudie les eaux sulfureuses utilisées en chirurgie, celles de Barèges, d'Amélie-les-Bains, de Luchon, Saint-Sauveur, Cauterets, Aix, et montre, à l'aide de faits qui ont été publiés, l'action de chacune dans les maladies cutanées, dans les manifestations de la scrofulo-adénite, abcès froid, ulcère, ostéite, tumeur blanche, orchite; dans la syphilis; dans les lésions traumatiques, fractures, entorses, luxations, ankyloses, arthrites, etc.

La deuxième partie traite des eaux chlorurées sodiques, Bourbonne-les-Bains, Bourbon-l'Archambault, Balaruc, la Bourboule, Salins, Uriage, Salies-de-Béarn, etc., et ici encore il étudie l'action de ces eaux sur les diverses maladies chirurgicales que nous avons énumérées. Enfin, dans la troisième partie, il reprend, pour ainsi dire, son livre en sens inverse; ce n'est plus la station thermale, ce sont les diverses affections chirurgicales justiciables des eaux qui deviennent son principal objectif : les suites des principaux traumatismes, les diverses manifestations de la scrofule et de la syphilis, les maladies de la peau, celles de l'utérus sont maintenant ses têtes de chapitre, et il montre de quelle ressource balnéaire dispose la chirurgie.

Le livre nous paraît donc parfaitement conçu : il est clair, instructif, intéressant et fort court, malgré les développements nécessaires donnés à certaines stations spécialement importantes, Barèges entre autres et Bourbonne-les-Bains. Si nous l'avons trouvé un peu bref sur Salies-de-Béarn, c'est sans doute à cause de notre prédilection pour ces eaux, que nous avons étudiées d'assez près. M. E. Rochard parle de leur action remarquable dans les épididymites tuberculeuses, mais il se plaint de n'avoir pu trouver d'observations dans les recueils; nous avons publié au moins trois cas de guérison des plus nets, et nous en possédons encore cinq autres par devers nous. Nous aurions surtout voulu plus qu'une incidente à propos des fibromes utérins; l'auteur cite en deux lignes l'opinion favorable du docteur de Laroque, et encore sous toutes réserves; le professeur Depaul, les docteurs Siredey et Lannelongue, beaucoup d'autres encore auraient pu fournir un grand nombre de faits où Salies a eu sur des hystéromes une influence indiscutable et rapide; pour nous, cette année même, nous avons eu deux de nos malades atteintes de corps fibreux et qu'épuisaient des hémorrhagies inquiétantes; depuis septembre, et après une double saison à Salies, leurs règles sont devenues normales.

Nous espérons en avoir assez dit pour inspirer le désir de lire le livre de M. Eugène Rochard. On est sûr d'y trouver plaisir et profit.

Paul Reclus.

VARIÉTÉS

L'assistance et le traitement à domicile à Paris. Recrutement des médecins.

(Fin. — Voy. le n° 15.)

Le système préconisé par la commission ministérielle nous paraît mauvais, à tous les points de vue et il est difficile de comprendre les raisons qui ont pu déterminer des médecins de la valeur de MM. Millard, Trélat et Vidal à l'adopter de préférence au concours, alors surtout que la sous-commission ministérielle s'était prononcée pour le concours.

Le conseil de surveillance de l'Assistance publique ne veut pas de l'élection des médecins, telle qu'elle est pratiquée actuellement; il repousse, avec une égale énergie, l'élection par les délégués, adoptée par la commission ministérielle; il se prononce pour le concours. Les articles 19 et 20 de son projet portent :

« Art. 19. — Les médecins des bureaux de bienfaisance comprennent des médecins titulaires et des médecins suppléants.

» Ils seront nommés au concours.

» Les médecins titulaires sont pris parmi les médecins suppléants.

» Art. 20. — Les médecins des bureaux de bienfaisance sont institués par le ministre de l'intérieur pour quatre années, qui commenceront à courir du 1er janvier qui suit leur institution.

» Les médecins actuellement en exercice sont réinstitués par le ministre de l'intérieur, ainsi qu'il va être dit, sans qu'ils aient à se soumettre au concours. Ils sont répartis au tirage au sort en quatre séries.

» La première série est réinstituée pour un an; la deuxième série, pour deux ans; la troisième série, pour trois ans; la quatrième série, pour quatre ans.

» A l'expiration du temps pour lequel ils ont été réinstitués, les médecins des bureaux de bienfaisance peuvent être réinstitués par le ministre pour une nouvelle période de quatre ans, qu'ils tiennent leur titre de l'élection ou du concours.

» Aucun médecin ne peut rester en activité après sa soixante-cinquième année. »

Ce n'est qu'après de longues et minutieuses études, après des discussions sérieuses et approfondies, que le conseil de surveillance a repoussé le projet de la commission ministérielle, pour adopter le concours. En lisant les procès-verbaux des séances du conseil de surveillance de l'Assistance publique, il m'a été facile de voir avec quel soin cette question a été étudiée; j'ai été heureux de constater que c'est principalement aux efforts énergiques de nos confrères, MM. Moutard-Martin et Nicaise, que nous devons la solution admise.

En adoptant le concours pour la nomination des médecins des bureaux de bienfaisance, le conseil de surveillance de l'Assistance publique a eu la sagesse de comprendre qu'il était équitable de tenir compte des services antérieurs rendus par les médecins en exercice; il a stipulé que le concours ne serait applicable qu'aux places qui deviendraient vacantes. On n'aurait pas compris qu'on rayât, d'un trait de plume, le souvenir d'un passé honorable et dévoué pour demander à des médecins, qui depuis quinze et vingt ans ont consacré leur expérience, leur temps et leurs soins au service des pauvres, de descendre dans l'arène où se trouveraient les jeunes médecins nouvellement sortis des bancs de l'école. En agissant ainsi, le conseil de surveillance de l'Assistance publique a fait tomber une des graves objections que l'on faisait au concours.

Après avoir admis que les médecins actuellement en exercice devaient être réinstitués par le ministre de l'intérieur, pourquoi a-t-il cru devoir établir plusieurs catégories ?

Il semble résulter des discussions soutenues au sein du conseil que la majorité a été guidée par le désir de n'apporter aucune interruption dans le service. Je ne vois pas comment il y aurait eu interruption dans le service, parce que les médecins auraient été réinstitués, dans leur ensemble, au lieu de l'être, les uns pour une période de un ou deux ans, les autres pour une période de trois ou quatre ans. Tous pouvant être réinstitués successivement pour une période de quatre ans, après leur nomination nouvelle, il semble que l'installation définitive aurait gagné à être prise dans son ensemble, au lieu d'être accomplie partiellement. On aurait évité ainsi les interprétations plus ou moins fantaisistes des intéressés à imagination vive et ombrageuse.

La réinstitution, par le ministre de l'intérieur, se renouvelant périodiquement tous les quatre ans, tant pour les médecins actuellement en service que pour les médecins nommés au concours, est une arme sérieuse mis dans les mains de l'administration. Le conseil de surveillance de l'Assistance publique a répondu ainsi victorieusement aux objections faites au concours, tant par le directeur de l'Assistance publique que par certains maires, ou certains administrateurs des bureaux de bienfaisance. Le concours donnera certainement plus d'autorité et plus d'indépendance aux médecins qui feront convenablement leur service; mais il ne sera, dans aucun cas, un argument suffisant pour défendre, quand même, la situation d'un médecin qui serait notoirement convaincu de ne pas remplir sérieusement la mission qui lui a été confiée. L'administration, qui serait dans la nécessité de sévir contre des défaillances regrettables, ne serait pas désarmée, il s'en faut, par le projet du conseil de surveillance de l'Assistance publique. Elle y trouverait au moins autant de force que dans le mode de nomination adopté par la commission ministérielle.

La huitième commission du Conseil municipal et son rapporteur, M. le docteur Fiaux, avaient proposé que la nomination serait faite, par le maire-préfet de la Seine, sur une liste unique composée par le maire, les conseillers municipaux, trois administrateurs, et trois médecins délégués par leurs confrères des bureaux de bienfaisance.

Cette proposition, qui ne tenait aucun compte de l'article 7 de la loi de 1849, a été repoussée sur la proposition du docteur Georges Martin; le Conseil municipal a adopté, à titre d'amendement, les articles 19 et 20 du projet du conseil de surveillance de l'Assistance publique. Il a rejeté également l'élection à deux degrés préconisée par la commission ministérielle et s'est prononcé pour le concours.

Si le conseil de surveillance et le Conseil municipal, en adoptant l'article 20 de son projet, se sont préoccupés avec sollicitude de la situation qui serait faite aux médecins en exercice, s'ils ont trouvé équitable de les maintenir en fonctions, la commission ministérielle, en revanche, ne paraît pas y avoir songé; elle a passé sous silence ce côté important de la question.

Le concours étant admis, dans quelles conditions sera-t-il établi?

La loi de 1849 est muette sur ce point.

Le conseil de surveillance, faisant droit à une observation de M. le directeur de l'Assistance publique, posant en principe que les règles particulières du concours sont du domaine d'un règlement d'administration intérieure, n'a pas formulé d'avis spécial.

La sous-commission ministérielle avait admis qu'il faudrait une épreuve théorique et une épreuve pratique.

Je suis disposé à croire que les épreuves pratiques, que les épreuves cliniques seraient surtout utiles pour juger de l'aptitude d'un candidat à soigner les malades à domicile. Il est moins nécessaire de donner des preuves d'une grande érudition que de démontrer qu'on reconnaît facilement les maladies et que l'on sait les soigner.

Le recrutement des médecins a été l'une des grandes préoccupations de la Société médicale des bureaux de bienfaisance, qui a étudié et discuté longuement cette question. Au commencement de l'année 1881, bien avant, par conséquent, que le conseil de surveillance se fût prononcé, la Société médicale des bureaux de bienfaisance adoptait le concours, comme le mode de nomination qui présentait le plus de garanties pour les malades et pour les médecins; mais, en adoptant le concours, elle eut soin de stipuler qu'il ne serait appliqué qu'aux places qui deviendraient vacantes et que le mode nouveau, respectueux des situations acquises par de nombreux services antérieurs, n'aurait pas d'effet rétroactif. Elle avait pensé qu'il y avait là une simple question d'équité; le conseil de surveillance et le Conseil municipal en ont jugé de même.

En recommandant les concours, la Société médicale des bureaux de bienfaisance a voulu surtout rehausser la situation des médecins en augmentant la considération dont ils jouissent et l'autorité qui leur est nécessaire. Elle a pensé que les objections faites à ce mode de nomination n'avaient pas une importance suffisante pour contre-balancer les avantages qu'il présente.

En se prononçant dans ce sens, la Société médicale des bureaux de bienfaisance a jugé convenable de consulter le corps électoral qui régit encore la nomination des médecins. Lorsque le projet du conseil de surveillance de l'Assistance publique a été connu, elle l'a soumis aux délibérations des sociétés médicales d'arrondissement, en même temps que le projet de la commission ministérielle. Il me paraît intéressant de signaler les réponses qui ont été faites.

Malheureusement, il n'y a pas de société médicale dans tous les arrondissements.

Dans les Ve et IXe arrondissements, qui possèdent des sociétés médicales, il n'a pas été fait de réponse absolue pour des motifs particuliers.

Dans les Ier, IIIe, IVe, VIe, VIIIe et XIe arrondissements, les Sociétés médicales se sont prononcées pour le concours.

Dans les XIVe et XIXe arrondissements, les Sociétés médicales voudraient voir maintenir le mode actuel de nomination.

Dans le XVe arrondissement il n'y a pas de société médicale, mais une réunion de quatorze médecins s'est prononcée pour le concours.

Dans le XXe arrondissement, qui n'a pas de société médicale, il y a eu une réunion des médecins du bureau de bienfaisance qui se sont prononcés pour le maintien du mode actuel de nomination.

En résumé, sur dix arrondissements, où les médecins ont donné leur opinion, sept se prononcent pour le concours et apportent leur adhésion à l'opinion de la Société médicale des bureaux de bienfaisance; trois réclament le maintien du mode actuel de nomination; mais ce qui est bien caractéristique et mérite d'être signalé d'une façon spéciale, c'est que le projet de nomination mis en avant par la commission ministérielle, n'a trouvé d'adhésion dans aucun arrondissement. Ce projet est repoussé par le conseil de surveillance de l'Assistance publique, par le Conseil municipal, par la majorité du Corps médical de Paris, et par ceux qui sont spécialement intéressés dans la question, par les médecins des bureaux de bienfaisance.

Je serais bien surpris s'il n'avait pas contre lui tous ceux qui restent respectueux de l'esprit de la loi.

Sans être légiste, je puis bien rechercher la pensée du législateur de 1849. Lorsqu'il a décidé que la nomination des médecins se ferait par le concours ou par l'élection des confrères, il n'a pensé qu'à l'élection directe. A cette époque les républicains ne songeaient pas qu'on mettrait, plus tard, en pratique l'élection à deux degrés; on ne pratiquait que l'élection à un degré.

En indiquant l'élection par les confrères, le législateur de 1849 ne pensait évidemment qu'à l'élection directe. En adoptant l'élection à deux degrés, la commission ministérielle me paraît avoir méconnu ses intentions.

Pour rester dans l'esprit de la loi de 1849, il faut ou conserver le mode de nomination actuel ou adopter le concours.

Dr Commenge.

J.-B. DUMAS.

La mort de M. Dumas, qui a succombé à Cannes le 11 avril, aux suites d'une pneumonie, était dans le domaine de la science un trop grand événement pour que la presse entière ne se mît en devoir de publier des détails sur la vie et les œuvres de l'illustre savant. Les discours prononcés sur sa tombe ont achevé le panégyrique; il est trop tard pour répéter ce que tout le monde a pu lire, et nous nous bornerons à quelques mots indispensables.

J.-B. Dumas était né à Alais le 14 juillet 1800. Il avait débuté de bonne heure, à Genève, dans la pharmacie, et il s'en fit même, lors de son concours pour une chaire à la Faculté de médecine, délivrer une attestation écrite, dont il fit usage au cours de l'épreuve d'argumentation. A Genève, il fut mis en rapport avec J.-L. Prévost, dont il devint le collaborateur pour plusieurs travaux de physiologie, notamment pour des recherches *sur le sang* (1821-1823), sur la *contraction de la fibre musculaire* (1823), sur l'*emploi de la pile dans le traitement des calculs de la vessie* (1823), sur la *génération* (1824). A partir de cette époque, Dumas, venu en 1821 à Paris, se livra exclusivement à des travaux de chimie; sa discussion avec Berzelius sur la théorie de la substitution le rendit bientôt célèbre. Il devint successivement membre de l'Académie des sciences (à trente-deux ans), professeur à la Faculté des sciences, au Collège de France, à la Faculté de médecine. Il était docteur depuis 1832, et pour obtenir ce

titre, il lui fallut, lui déjà célèbre, subir des examens sur le banc de l'École. Son cours à la Faculté sur la chimie organique, riche en vues physiologiques et pathologiques, eut le plus vif succès. C'est de cette époque que datent trois ouvrages d'une grande valeur : le *Précis de chimie physiologique et médicale*, les *Leçons de philosophie chimique* (1837), l'*Essai de statique chimique des êtres organisés* (1841). Il fut nommé membre de l'Académie de médecine en 1843.

M. Dumas cessa de bonne heure de produire des travaux originaux, et même abandonna bientôt l'enseignement; en 1849, il donna sa démission de professeur à l'École de médecine, dont il resta professeur honoraire. Il ne cessa pas pour cela de jouer un rôle important et de posséder une grande influence, non seulement à raison des situations politiques diverses qu'il remplit, mais aussi comme président d'un grand nombre de commissions ou de sociétés scientifiques et comme secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

Association des médecins de la Seine. — L'assemblée générale de l'Association des médecins de la Seine aura lieu le dimanche 27 avril, à deux heures très précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. le professeur Béclard, président. Cette assemblée a pour objet :

1° La lecture du compte rendu de l'année 1883, par M. le docteur Barth, secrétaire général adjoint;

2° L'élection d'un président, de deux vice-présidents et d'un secrétaire général. Les candidats proposés aux suffrages de l'assemblée par la commission générale sont : président, M. Béclard; vice-présidents, MM. Richet et Blanche; secrétaire général, M. Orfila;

3° Le tirage au sort des membres titulaires de la commission générale et des suppléants qui doivent entrer en fonctions.

Les recettes pour l'année 1883 s'élèvent à la somme de 51 072 fr. *Dons faits pendant l'année* 1883. — M. Lunier, 200 fr.; M. Labarraque, 500 fr.; M. G. Wickam, 25 fr.; Mme D..., 25 fr.; un anonyme, 40 fr.; M. Nédoux, 20 fr.; M. Depaul, 500 fr.; M. Rathery, 100 fr.; M. Richet, 500 fr.; Mme Homolle, 100 fr.; Mlle Piedagnel, 1000 fr.; la Société médicale du IXe arrondissement, 100 fr.; Mme Braive, 400 fr.; la librairie Asselin, 50 fr.; M. G. Masson, 100 fr.; M. Vautier, 20 fr.; M. et Mme Casenave-Fouquier, 10 fr.; M. Potain, 1000 fr.; M. Barth, 100 fr.; M. Roger, 100 fr.; M. Gerin-Roze, 100 fr.; M. Després, 500 fr.; Mme Marjolin, 50 fr.; M. G. Marjolin, 20 fr. Total, 5560.

Il a été distribué en secours, pendant l'année 1883, 33 150 fr.

Au 1er janvier 1884, l'Association possède 28 427 fr. de rentes 3 pour 100 et 4 1/2 pour 100.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 25 avril). — *Ordre du jour :* M. Debove : Fractures spontanées chez les syphilitiques. — M. Sevestre : Présentation de pièces anatomiques. — M. Du Castel, au nom de M. Desplats, membre correspondant : Sur un fait d'apoplexie pulmonaire dans un cas de rétrécissement mitral suivi d'oblitération complète des artères pulmonaires et d'obstruction des veines. — M. Joffroy : Paralysie radiale; théorie de la compression.

Réunion des délégués des Sociétés savantes de Paris et des départements a la Sorbonne. — Le mardi 15 avril 1884, le congrès s'est ouvert à midi et demi précis par une réunion préparatoire dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. Faye, membre de l'Institut.

M. Faye prend la parole : il excuse M. H. Milne-Edwards, qui devait présider le congrès, et en est empêché par un deuil de famille. Il fait part de l'immense perte que vient de faire la science en la personne de M. J.-B. Dumas, et indique la composition du bureau de chacune des cinq sections et l'ordre général du travail.

La séance est levée à une heure, et les différentes sections du congrès se réunissent dans leurs amphithéâtres respectifs.

Aucune communication intéressant directement la médecine ne figure, au moment où nous écrivons, dans le compte rendu officiel des séances.

Cours d'embryogénie. — M. le docteur Dareste commencera ses conférences d'embryogénie et de tératologie le mardi 22 avril, à quatre heures, et il les continuera les samedis et mardis, à la même heure, dans le laboratoire d'embryogénie de l'École pratique (bâtiment du musée Dupuytren).

Collège de France : Cours de médecine. — M. Brown-Séquard commencera ce cours mardi prochain, 22 courant, à dix heures du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. Il traitera des *modes d'influence du système nerveux sur les propriétés et la nutrition des divers tissus.* Il fera voir que l'histoire physiologique, pathologique et thérapeutique des centres nerveux et des nerfs fournit nombre de faits qui ne peuvent s'expliquer sans admettre l'existence et même la très grande fréquence des influences nerveuses, qu'il a désignées sous les noms d'*inhibition*, de *dynamogénie*, d'*arrêt des échanges entre les tissus et le sang*, et d'*attraction du sang par les tissus.*

Cours d'obstétrique. — M. le docteur Doléris, chef de clinique d'accouchements, recommencera, le 25 avril, son cours d'obstétrique. Ce cours sera complet en deux mois. — On s'inscrit 89, rue d'Assas, tous les jours, à quatre heures et demie.

— M. Chassagny fera lundi 21 courant, à midi, à un des amphithéâtres de l'École pratique, une conférence sur le *nouveau forceps*, avec expériences à l'appui.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le docteur Bertrand de Saint-Germain.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose externe, par M. le docteur Lucien Petitot. Brochure in-8. Paris, G. Masson. 2 fr. 50

Contribution à l'étude du carcinome de la parotide, thèse pour le doctorat en médecine, par M. Paul Michaux. Brochure in-8. Paris, G. Masson. 2 fr. 50

Traitement de l'engorgement du col utérin par les cautérisations avec le caustique Filhos, par M. le docteur G. Richelot. Broch. in-8. G. Masson. 2 fr. 50

Contribution à l'étude statistique de la criminalité en France de 1826 à 1880, par M. le docteur Jules Socquet, avec une préface de M. le professeur Brouardel. Une brochure grand in-8, avec cinq cartes en couleurs et quatre tableaux. Paris, Asselin et Cie. 8 fr.

Études médicales, par M. le professeur Lasègue. 2 beaux volumes in-8. Paris, Asselin et Cie. 25 fr.

Leçons cliniques sur les maladies mentales et sur les maladies nerveuses, professées à la Salpêtrière par M. le docteur Auguste Voisin. Grand in-8 de 766 pages avec photographies, planches lithographiées et figures intercalées dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils. » »

Principes de thérapeutique générale, par M. le professeur J.-B. Fonssagrives. 2e édition. 1 vol. in-8 de VII-500 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 9 fr.

Les maladies régnantes dans les hôpitaux civils de Lyon pendant les 1er et 2e trimestres de 1883, par M. le docteur J. Teissier. Grand in-8 avec tableaux et tracés. Paris, J.-B. Baillière et fils. » »

Leçons cliniques sur les maladies des enfants, par M. le docteur Archambault. 1 vol. in-8 de 160 pages. Paris, Librairie du Progrès médical. 1 fr.

Bibliothèque diabolique. (Vient de paraître le deuxième volume.) *Procès-verbal fait pour délivrer une fille possédée par le malin esprit à Louviers* (1591), publié d'après le manuscrit de la Bibliothèque nationale, par M. A. Benet et précédé d'une introduction, par M. B. de Moray. 1 beau volume in-8, papier vélin de 220 pages. Paris, Librairie du Progrès médical. 3 fr. 50
— Nos 1 à 350, papier parchemin. 4 fr. 50
— Nos 351 à 500, papier Japon. 6 fr.

Leçons cliniques et thérapeutiques sur la tuberculose parasitaire faites à la clinique de la Pitié, par M. le docteur Debove, recueillies par M. le docteur Faisans. Un beau volume in-8 de 96 pages. Librairie du Progrès médical. 3 fr.

Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme (tubercules, sarcomes, épithéliomes, carcinomes), *Étude clinique du cancer*, par M. P. Poirier. 1 vol. in-8 de 107 pages. Paris, Librairie du Progrès médical. 3 fr.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie (compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1882), par MM. Bourneville, Dauge et P. Bricon (volume III avec 15 figures). 1 vol. in-8 de 151 pages. Paris, Librairie du Progrès médical 4 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 24 avril 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : L'ALCOOL EST-IL UN ALIMENT ? — DE L'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE COMME ANTIDOTE DU PHOSPHORE.

Académie de médecine : L'alcool est-il un aliment?

L'alcool est-il, dans une mesure quelconque, un aliment, comme le soutient M. Dujardin-Beaumetz, ou traverse-t-il simplement l'économie pour être éliminé en nature et en totalité par la peau, par les reins, par les poumons, comme le soutient M. Maurice Perrin? Ainsi posée, la question est difficile à résoudre expérimentalement. M. Perrin ne retrouve pas, chez les animaux auxquels il a fait ingérer de l'alcool, la totalité de la liqueur, et cela se comprend assez; il n'est pas facile de recueillir le produit de toutes les exhalations et sécrétions d'un animal jusqu'à ce qu'elles ne décèlent plus trace d'alcool, puis de distiller le corps entier pour en extraire ce qui reste de la liqueur dans les centres nerveux, dans le foie, dans les parois intestinales, dans les muscles, etc. A vrai dire, M. Perrin n'y avait pas songé; mais ses expériences lui avaient donné au moins trois résultats importants. Premièrement, l'alcool se retrouvait en nature dans l'haleine, dans l'urine, dans la sueur de personnes adultes qui n'en avaient ingéré qu'une très petite quantité, comme 12 à 15 grammes; ce qui répond à l'objection tirée des doses massives et de leur disproportion avec la faculté normale d'assimilation. Secondement, il n'a jamais trouvé d'aldéhyde dans le sang et les viscères après ingestion d'alcool; il retrouve, au contraire, l'aldéhyde chez tous les animaux qui en ont absorbé en nature; d'où il est permis de conclure que l'alcool ne subit pas d'oxydation dans son passage à travers l'économie. Enfin il a constaté, comme l'avaient déjà fait Proust et Vierordt, que l'ingestion de l'alcool a pour effet de diminuer la quantité d'acide carbonique exhalé.

Nous savons bien que de ces deux derniers résultats, l'un paraît en désaccord avec une observation vulgaire et journalière, et l'autre est sujet à interprétation. L'odeur acide que répand l'haleine des ivrognes atteste l'acidification de

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Comment les homœopathes peuvent conquérir un hôpital civil. — Un nouveau genre de charlatanisme. — Service médical à bord des transatlantiques anglais. — Recrutement des médecins et mortalité en mer. — La protection des écoles contre le développement des maladies contagieuses à Kansas-City. — Une industrie d'autrefois. — Comment on pourvoit les amphithéâtres de dissection. — Les deux nègres de Cincinnati. — Procédés des résurrectionnistes et leurs suites.

La liberté et l'organisation américaine, le self-government, vantés si longtemps chez nous de confiance, paraissent même à distance peu enviables sous bien des rapports. L'organisation de l'Assistance publique, des hôpitaux en particulier, ne ressemble à rien de ce que nous connaissons. Elle vaut mieux que la nôtre dira-t-on, puisque les médecins ont voix prépondérante. On doit obtenir plus vite et facilement les améliorations, que l'inertie routinière des bureaux retarde si souvent. Les bureaux ne valent pas grand'chose; si ce n'est pas tout à fait un axiome, c'est une vérité banale dans le Nouveau-Monde comme dans l'Ancien. Une administration exclusivement médicale serait-elle meilleure? Pas toujours. Il y a à Saint-Louis deux écoles, l'une allopathique et l'autre homœopathique. MM. les homœopathes ont réclamé des services en nombre au moins égal à ceux de leurs confrères. Le fonctionnaire compétent leur a répondu par un refus catégorique en déclarant qu'il était impossible de mélanger l'huile et l'eau. « Si vous voulez, ajoutait-il, arriver à ce que vous demandez, vous n'avez qu'à faire passer aux élections prochaines un maire homœopathe; peut-être chassera-t-on tous les médecins allopathes de l'hôpital. » Voilà qui est grave. Le système avec lequel une pareille éventualité est possible n'est pas la perfection même.

— La police de Chicago a capturé, dans le cours du mois

l'alcool exhalé; cela est vrai; avec M. Perrin nous croyons que le phénomène se passe non seulement dans l'estomac, comme il l'a dit, mais aussi et surtout dans la bouche, restée imprégnée de liqueur alcoolique, et dans laquelle d'ailleurs l'alcool peut subir l'oxydation après son élimination par les voies pulmonaires. On a dit aussi que la diminution de l'acide carbonique exhalé ne prouvait pas le défaut d'oxydation de l'alcool; mais que celui-ci, en raison de sa grande richesse en hydrogène, fabriquait avec l'oxygène en circulation dans le sang plus d'eau et moins d'acide carbonique que les autres substances hydrocarbonées de l'économie; mais ce n'est là qu'une hypothèse en désaccord avec le fait de l'élimination de l'alcool en nature.

Cependant, il faut bien le reconnaître, et M. Dujardin-Beaumetz n'a pas manqué de le rappeler, la doctrine de M. Maurice Perrin, en ce qu'elle a d'absolu, est contestée par un assez grand nombre d'expérimentateurs, soutenant qu'une partie au moins de l'alcool est retenue dans l'économie pour y remplir le rôle d'aliment, et admettant même que ce rôle est d'autant plus marqué que l'alcool est plus dilué. Ce dernier point de vue n'a pas été indiqué dans la discussion, et M. Perrin ne pouvait guère entrer à l'improviste dans la critique de toutes les expériences qu'on aurait pu lui opposer, et que son adversaire d'ailleurs ne rappelait qu'en termes généraux. Sous ce rapport, le débat a été nécessairement un peu écourté. Dans une autre occasion, il y aurait lieu d'examiner de près les recherches d'Obernier, Ruge, Anstie, Binz et autres : la question en vaut la peine. Peut-être aussi ferait-on bien de ne pas négliger les données que peut fournir à cet égard la pathologie. L'obésité de beaucoup d'ivrognes, l'état cirrhotique de leur foie, les dépôts graisseux qu'on rencontre dans leur cœur, dans leurs muscles, etc., sont des faits dont l'interprétation physiologique a été donnée, il est vrai, par quelques auteurs sans sacrifier en rien à la doctrine de la combustion de l'alcool dans l'économie; notamment, par une sorte d'asphyxie des globules sanguins, le ralentissement des oxydations, et en fin de compte l'*épargne* des matériaux hydro-carbonés. Mais on sent bien que sur tout cela la science n'est pas aussi solidement assise qu'il serait à souhaiter.

De l'essence de térébenthine comme antidote du phosphore.

Villefranche-sur-Mer, 15 avril 1884.

A MONSIEUR VIGIER, RÉDACTEUR DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Monsieur et cher confrère,

Dans votre article sur l'*essence de térébenthine antidote du phosphore* (*Gaz. hebd.*, 4 avril 1884), vous cherchez à démontrer que l'opinion généralement admise est erronée, vous n'attribuez « qu'aux vomissements le salut des personnes qui ont échappé à » la mort après l'ingestion d'une matière contenant du phosphore »; vous avez fait « de nombreuses expériences en changeant de » théorie et de pratique, rien n'a pu empêcher votre *lapin réactif* » de mourir à l'heure prévue. Les observations médicales publiées » sur ce sujet ne suffisent pas pour trancher cette question. La » physiologie seule peut la résoudre ».

Permettez-moi de réclamer de votre haute compétence un supplément d'information.

Les vapeurs d'essence de térébenthine et des autres essences hydrocarbonées empêchent, comme chacun sait, la phosphorescence, c'est-à-dire la combustion lente du phosphore.

Ces vapeurs ont aussi pour effet d'empêcher l'ozonification de l'oxygène de l'air au contact du phosphore.

Enfin il est démontré qu'elles préviennent l'intoxication professionnelle chez les fabricants d'allumettes au phosphore blanc. Dans un grand nombre de fabriques, les ouvriers portent sur le devant de la poitrine un petit vase non bouché contenant de l'essence de térébenthine. Les conseils d'hygiène avaient fait de cette précaution l'une des conditions des autorisations d'ouvrir des fabriques d'allumettes au phosphore blanc.

C'est par là qu'Andant (de Dax) a été conduit, en 1868, et très logiquement, ce me semble, à prescrire l'essence de térébenthine comme antidote du phosphore.

Les faits cliniques publiés par lui, par Sorbets et par un grand nombre d'autres médecins, enfin l'autorité de Gubler déclarant que « le moyen le plus sûr ou qui du moins a le plus fait ses » preuves, c'est l'essence de térébenthine » (voy. *Commentaires thérapeutiques du Codex*, 1874, p. 510), ont entraîné la conviction du monde médical, et la potion d'Andant, devenue classique (4 grammes d'essence de térébenthine dans un julep gommeux), figure actuellement dans les formulaires, dans les agendas, les aides-mémoires, etc., à l'article *Empoisonnement par le phosphore.*

Certes il n'est pas moins utile de déblayer la thérapeutique, incessamment encombrée de spécifiques inutiles et trompeurs, que de la doter de remèdes sûrs et efficaces, et je suis loin de désapprouver votre nouvelle campagne contre l'antidote généralement

---

de janvier, un charlatan d'un nouveau genre, connu sous le nom de docteur J.-R. Williams ; il s'était fait une spécialité du colportage de pamphlets pseudo-scientifiques, obscènes en réalité, dont beaucoup étaient l'œuvre de son propre frère. Le bon marché les rendait accessibles à toutes les bourses, de sorte que l'entreprise était très populaire. Cette considération a peu touché les policemen, toutes les brochures saisies ont été brûlées. Pourvu qu'une autre curiosité malsaine si commune ne favorise pas la publication d'une autre édition !

— L'attention du public a été appelée récemment en Amérique sur le service médical des transatlantiques anglais qui transportent des émigrants. Il paraît que l'organisation réclamerait d'urgentes améliorations. Le personnel est recruté au hasard; les garanties d'instruction et de capacité que les compagnies demandent à leurs médecins sont à peu près nulles. Elles ne sauraient du reste se montrer bien exigeantes; la situation qu'elles offrent est précaire, presque misérable. Tout récemment, sur la ligne de l'*Etoile rouge*, qui fait un service régulier d'Anvers à New-York, on les a fait descendre pour ainsi dire d'une classe. Leur cabine est étroite, incommode, ils n'ont à leur disposition qu'un hôpital insuffisant et pas un infirmier. Quelques-uns de ces médecins sont des jeunes gens, auxquels l'attrait d'un ou deux voyages au long cours fait oublier les inconvénients de cette position, mais ils se gardent bien de prolonger l'expérience; beaucoup d'autres n'ont ni terminé leur scolarité ni pris leurs grades. « Sur 135 médecins chargés du service à bord de 104 steamers anglais arrivés à New-York pendant les premiers mois de 1882, 44 n'avaient pas une qualification suffisante pour occuper le plus modeste emploi dans une administration de leur pays (armée, marine, service des pauvres ou des asiles); parmi ceux qui étaient pourvus de degrés, 27 avaient moins de trente ans. Avec les ressources dont on dispose il est presque impossible de faire face aux exigences

accepté du phosphore; mais permettez-moi de vous dire que votre conclusion ne me semble pas péremptoirement appuyée. Le lapin est un réactif trop sensible, il meurt trop volontiers. Est-il bien démontré, par exemple, qu'il ne meure point après l'ingestion de l'essence de térébenthine non précédée d'empoisonnement par le phosphore?

Vos expériences démontrent bien que l'essence de térébenthine n'est pas l'antidote du phosphore chez le lapin, mais faut-il, en raison de ces expériences, passer l'éponge sur les nombreux travaux des cliniciens, affirmant que l'essence de térébenthine est une précieuse ressource en cas d'empoisonnement par le phosphore chez l'homme, et qu'elle retarde assez l'absorption du poison pour qu'il soit possible d'en provoquer utilement l'expulsion par les vomitifs et les purgatifs?

Voilà, mon cher confrère, les objections que j'ose soumettre à votre impartial et judicieux examen.

Recevez, etc.

J. Jeannel.

Mon cher confrère,

Sur la question de l'essence de térébenthine comme antidote du phosphore, votre lettre traduit fidèlement l'opinion de la plus grande partie du corps médical; et comme je ne la partage pas, je saisis avec empressement l'occasion que vous m'offrez de la combattre encore une fois.

Si ce n'était qu'une simple controverse, je me contenterais de vous répondre : reportez-vous à mes publications, faites des expériences sur des animaux, et formez-vous vous-même une opinion. Mais je comprends le motif louable qui vous anime. Vous êtes l'auteur d'un Annuaire médico-pharmaceutique très estimé et dont j'ai été le premier à constater les mérites dans ce journal. Vous êtes soucieux de n'y insérer que des faits parfaitement établis; c'est donc votre conscience de savant vulgarisateur qui se révolte contre mes assertions. Devant ce but si utile, je me rends à votre désir, et je vais essayer, si ce n'est de vous convaincre, au moins de faire entrer le doute dans votre esprit.

Reprenons, si vous le permettez, la question *ab ovo :*

En 1868, un paysan des environs de Dax (Landes) s'empoisonna avec du phosphore. En proie à des douleurs très vives, et trouvant que la mort ne venait pas assez vite mettre un terme à ses souffrances, il avala un demi-verre d'essence de térébenthine qui se trouvait à sa portée.

Quelle ne fut pas sa surprise quand il s'aperçut qu'il obtenait un résultat contraire à celui qu'il attendait?

M. le docteur Andant, qu'on était allé chercher, arriva sur ces entrefaites, partagea la stupéfaction du malade, et sur-le-champ fit connaître au monde scientifique cette miraculeuse découverte. Son rôle se borna à cette indication, qui lui valut l'honneur de partager un prix académique avec Personne. Et cela, sans aucun contrôle de la part de la Commission, malgré nos observations contradictoires présentées, une semaine après la narration de cette aventure, à l'Académie des sciences.

Personne, frappé de voir avec quelle hardiesse M. le docteur Andant avait avancé comme fait scientifique un événement si fortuit et si invraisemblable, résolut de s'assurer immédiatement de ce qu'il pouvait y avoir de fondé dans cette opinion. Il se procura une dizaine de chiens à la fourrière, les enferma dans un chenil garni de paille (car il faisait à cette époque un froid de — 5 degrés), leur administra à tous une dose exagérée de phosphore, et successivement des doses variables d'essence de térébenthine : trois chiens seulement périrent. Il en conclut précipitamment que les autres avaient été sauvés par l'essence de térébenthine. Alors, comme il n'y a rien de plus séduisant et de plus fructueux qu'une théorie, même quand elle est fausse, et s'appuyant sur la propriété positive que possède l'essence de térébenthine d'empêcher la phosphorescence, il créa après coup la théorie suivante :

« Le phosphore — corps très avide d'oxygène — quand il arrive dans le torrent circulatoire, s'empare de l'oxygène des globules du sang et occasionne l'asphyxie des animaux. L'essence de térébenthine empêchant la désoxydation des globules est bien certainement le contrepoison du phosphore. »

Si Personne eût fait l'autopsie d'un seul de ses chiens, il se fût aperçu de son erreur; mais il était si pénétré de la vérité de sa théorie, si dominé par son idée préconçue, si ardent à arriver premier, qu'il mit une hâte extraordinaire à publier ses expériences trop légèrement conduites.

De mon côté, ne partageant nullement les illusions de M. Andant, préparé comme je l'étais à ce genre de travail par mes recherches sur le phosphure de zinc, muni de mon lapin réactif, qui résistait à 7 milligrammes de phosphore et mourait à 8, j'administrai audit lapin 8 milligrammes de phosphore dissous dans de l'huile, puis successivement une quinzaine de grammes d'essence de térébenthine dans le courant de la journée. Un autre lapin de même poids fut soumis à l'action de 8 milligrammes de phosphore, mais sans addition d'essence. Ces deux animaux périrent deux jours après

---

du service ordinaire; c'est bien autre chose par le mauvais temps et la grosse mer ! Aussi a-t-on une mortalité double de celle des grandes villes, comme le démontre une statistique du docteur Turner, portant sur un laps de dix ans. »

L'Association médicale britannique a présenté au président du *Board of trade* de Londres, un mémoire lui faisant respectueusement observer « que l'administration sanitaire des bateaux à vapeur de l'Océan, surtout de ceux qui transportent des émigrants, laisse sérieusement à désirer, et que ces mauvaises conditions sont chaque année la cause de nombreux décès. Plus tard une députation renfermant plusieurs membres du Parlement alla trouver le haut fonctionnaire en question; il la reçut avec bienveillance, lui fit même de vagues promesses, mais ce fut tout. Les choses en sont arrivées à un tel point, que le docteur Irving, l'initiateur de cette campagne en Angleterre, voudrait voir le Congrès américain intervenir en exerçant par voie diplomatique une pression sur les armateurs et les compagnies, il obtiendrait des améliorations qu'ils ne réaliseront jamais spontanément. Peut-être atteindra-t-on ce but plus tôt qu'on ne serait tenté de le croire. Aux États-Unis l'opinion commence à s'émouvoir; la question a passé de la presse professionnelle à la presse politique; le numéro de la *Tribune* de New-York du 18 mars dernier contenait le récit de l'entrevue d'un de ses agents avec le docteur Irving, qui avait formulé avec énergie et conviction ses griefs contre les compagnies : leurs agents ont répondu, mais jusqu'à présent, ils n'ont pas réussi à démontrer que tous font pour le mieux dans le service incriminé. « La surveillance d'un médecin à bord est parfaitement inutile, disent-ils, on n'est pas malade en mer. » Malheureusement la statistique est là, et celle qui a été citée est basée sur des documents officiels recueillis à Washington. L'assertion de l'agent à New-York de la ligne l'*Étoile blanche* de Liverpool, aussi nette, aussi tranchante, n'est pas mieux démontrée. « Ce que vous avez dit relativement aux médecins non qualifiés est absolument faux, je vous l'affirme. — Mais, répond M. Irving,

à une heure d'intervalle. Un troisième lapin, auquel on avait fait prendre de l'essence de térébenthine pure, n'en parut pas incommodé. Divers autres animaux furent empoisonnés par le phosphore, et l'essence ne put les arracher à la mort. Personne ne s'était pas aperçu que ses chiens avaient vomi dans la paille de leur chenil. Quelques jours plus tard, il renouvela ses expériences et nous confessa son erreur; seulement il ne publia pas cette confidence, il lui répugnait de se déjuger, et surtout de montrer à la Commission académique qu'elle avait eu tort de ne tenir aucun compte de nos observations.

A partir de ce moment les cliniciens se mirent de la partie, et attribuèrent sans réserve à l'essence de térébenthine tous les sauvetages de suicidés par le phosphore.

Eh bien, cher confrère, donnez-vous la peine, comme moi, de lire attentivement leurs observations, et vous verrez si elles sont aussi probantes qu'ils se le figurent.

La première phrase qui vous frappera sera celle-ci : « Le malade avait vomi abondamment. » Alors où sont les facteurs? On ignore combien le patient a absorbé de phosphore et ce qu'il lui en reste dans l'estomac? Quelle conclusion sérieuse peut-on véritablement en tirer?

Il n'y a aucune raison de croire que l'essence ait, dans ces cas-là, un effet salutaire.

Les physiologistes seuls, je le répète, peuvent trancher la question. Mon dernier article avait pour but de provoquer de nouvelles expériences. Et en indiquant mon lapin réactif j'ai voulu éviter de longs tâtonnements à l'expérimentateur, et lui mettre en main un outil commode. Ce supplément d'information ne vous satisfera peut-être pas; mais il n'est pas téméraire d'espérer dans l'avenir de plus complets éclaircissements. A ce point de vue, votre concours aura été profitable à la science, et je vous en remercie bien pour ma part.

Je vous prie d'agréer mes salutations respectueuses et l'assurance de mon entier dévouement.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Contribution a l'étude de la pleurésie purulente chez l'enfant; scarlatine, par M. le docteur Blachez.

L'imprévu joue un grand rôle dans la clinique infantile. Nulle part les maladies ne prennent plus fréquemment des allures insolites aux différentes périodes de leur évolution, mais principalement à leur début ou à leur déclin. C'est là qu'on voit des affections relativement bénignes s'annoncer par des symptômes réellement formidables qui masquent complètement la véritable nature du mal. Ailleurs la maladie évolue régulièrement; tout fait présumer une terminaison favorable quand tout à coup éclate quelque complication, due le plus souvent à l'exagération d'un symptôme ordinairement secondaire. Mais ce côté affligeant de la médecine infantile a sa contre-partie. Les maladies les plus graves se résolvent quelquefois avec une facilité singulière. Les pronostics les plus fâcheux fléchissent devant des solutions absolument inattendues, et les plus expérimentés parmi les médecins d'enfants, ceux-là surtout, ne comptent plus ces heureuses surprises qui déjouent les prévisions les plus autorisées, de façon qu'une désespérance absolue est moins de mise chez l'enfant que chez les autres malades.

Nous avons dernièrement pu observer deux faits de ce genre; l'un, relatif à une pleurésie purulente chez un scarlatineux, nous surprit surtout par la réussite, véritablement exceptionnelle, du traitement. C'est celui dont nous donnons ici l'histoire.

L'autre fait est relatif à une broncho-pneumonie double dont la nature tuberculeuse ne parut douteuse à aucun des médecins traitants. Après une évolution de cinq semaines, pendant lesquelles l'enfant, épuisée par une fièvre qui ne fléchissait pas, fut plusieurs fois à toute extrémité, la poitrine se dégagea en quelques jours avec une facilité singulière, et l'enfant, mourante huit jours auparavant, entrait dans une convalescence qui ne se démentit pas.

La gravité de la maladie était telle à l'époque où nous fûmes appelé, que nul doute ne s'était élevé dans notre esprit sur le sort réservé à l'enfant, et que l'observation n'en fut pas recueillie avec tous les soins nécessaires.

Mais revenons à notre premier malade qui a été convenablement observé et qui fait le sujet de cette étude.

Obs. — Enfant C..., cinq ans et demi, délicate, mais saine, n'ayant jamais eu de maladie grave.

Le 25 novembre, elle est prise de malaise : la fièvre s'allume le 26. L'enfant, volontaire, ne veut pas se coucher et passe la nuit et la journée du 27, somnolente, sur les genoux de sa mère. Le 27 au soir, je la vois pour la première fois. La fièvre est vive (39°,9), la gorge, rouge, est piquetée, sans enduit; une éruption scarlatineuse apparaît au cou, aux aines et aux poignets. J'insiste pour qu'on mette l'enfant au lit. Le 28, la scarlatine est dans son plein et l'éruption est généralisée (P., 140. T., 39°,8).

Le 29 au matin, la fièvre restant violente, je constate que l'éruption a beaucoup diminué. Le soir, elle est presque effacée. Le pouls est toujours à 140, la température à 40°,2. — L'auscultation ne révèle rien. Cependant la respiration est un peu accélérée, et l'enfant, fort difficile à examiner, paraît gênée dans ses

---

cette proportion est donnée par un compte rendu mentionnant le nom, l'âge, le grade de tous les chirurgiens des steamers pendant la période donnée, compte rendu publié par le *Board of Trade.* »

Il n'est douteux pour personne, dit le *New York medical Record*, que la bonne organisation du service médical à bord intéresse non seulement les voyageurs, mais tout le peuple américain, c'est cette organisation qui peut constituer la barrière la plus sûre contre l'importation des maladies infectieuses; on devra ne rien négliger pour savoir à quoi s'en tenir sur ces assertions contradictoires, et si la moitié seulement des reproches est fondée, il faudra qu'un acte du Congrès provoque une réforme rapide et radicale.

— La fréquence des maladies, des fièvres éruptives, dans le cours de l'hiver, a déterminé le surintendant du service sanitaire de Kansas-City à éloigner des écoles, non seulement les enfants suspects ou convalescents, mais encore ceux qui habitent une maison dans laquelle s'est développé un cas de maladie contagieuse. Il faudra même à l'avenir, pour que les directeurs soient autorisés à les admettre de nouveau, qu'ils présentent un certificat dûment signé par le surintendant. « L'administration sanitaire, dit le docteur John Fee, dans la circulaire qui porte cette mesure à la connaissance des intéressés, n'a aucun droit, sans doute, d'indiquer qui fréquentera ou qui ne fréquentera pas les écoles, mais elle a le droit de mettre en quarantaine toutes les personnes dont la présence dans un lieu public peut être nuisible à la santé d'autrui. La mesure actuelle est devenue nécessaire par suite de la négligence de certaines personnes qui envoient leurs enfants à l'école, même lorsqu'ils peuvent être dangereux encore pour leurs camarades; dans ces conditions, il n'est guère possible d'exiger une attestation du médecin de la famille. S'il jugeait nécessaire de garder l'enfant à la maison plus longtemps que ne le voudraient les parents eux-mêmes, il agirait contre ses intérêts personnels en délivrant un certificat dans ce sens. »

mouvements respiratoires. Le 30 au matin, je constate manifestement, au sommet gauche, un point de pneumonie se traduisant par des bouffées de râles sous-crépitants et une respiration un peu soufflante. L'éruption scarlatineuse est réduite à un piqueté d'un violet très pâle. Température, 39°,9. Le soir, les râles crépitants et le souffle occupent le tiers supérieur. Rien à droite. L'éruption scarlatineuse, presque effacée le matin, s'est ranimée. L'enfant a beaucoup de fièvre (40°,4), elle est somnolente et son état paraît s'aggraver. — Potion kermès, 0,10; cinq gouttes de teinture de digitale.

La scarlatine et la pneumonie évoluent parallèlement. L'éruption a complètement disparu le 2 décembre; la pneumonie occupe seule la scène. L'enfant refuse toute alimentation et faiblit beaucoup. Le souffle s'entend maintenant dans toute la hauteur du côté gauche. Température, 39°,2 à 39°,8. — Large vésicatoire. Quinquina et vin sucré.

Cet état persiste jusqu'au 10 décembre (douzième jour). La température tombe à 38°,2; on trouve toujours du souffle et de la submatité; mais l'enfant va mieux et accepte plus volontiers quelques aliments légers. Cette amélioration ne se maintient pas. La fièvre se relève à 39°,2 le matin, et 39°,7 le soir. L'auscultation ne révèle pas de progrès; l'état redevient grave.

Le 15 décembre, la poitrine se déforme sensiblement et le côté gauche se développe. Le cœur bat sous le sternum et paraît dépasser un peu le bord droit. Cependant la matité n'a pas augmenté et nous constatons même qu'elle ne dépasse pas la pointe de l'omoplate. Elle n'est pas absolue. Dans le tiers supérieur, le son s'exagère; il y a du tympanisme en avant, sous la clavicule et au niveau des deux premiers espaces intercostaux.

Le 17, la poitrine s'est développée rapidement. On trouve, pour la première fois, une résonance amphorique et du tintement dans les deux tiers supérieurs en arrière. Le déplacement du cœur augmente. Dyspnée modérée. L'enfant est constamment couchée sur le côté gauche, respire difficilement quand on la met sur son séant. Pouls, 140; température, 39°,6.

Le 18, ponction entre le tiers postérieur et le tiers moyen du 8e espace, avec l'aiguille n° 2. Immédiatement, comme nous l'avions d'ailleurs prévu, issue d'une quantité considérable de pus (750 grammes en tout). Après l'écoulement de 250 grammes environ, une grande quantité d'air s'échappe par la canule et sort en bouillonnant jusqu'à la fin de l'écoulement. Il s'agissait donc d'un pyopneumothorax. Le pus est crémeux et absolument inodore.

Le soulagement est immédiat. Dès le lendemain, la fièvre tombe à 38 degrés, et l'enfant réclame impérieusement des aliments que, la veille encore, elle repoussait avec dégoût. A l'auscultation on trouve, de haut en bas, une respiration amphorique et parfois un léger tintement métallique. Bruit de timbre par la percussion des pièces de monnaie; pas de succussion.

A partir de ce moment, amélioration rapide de la santé de l'enfant. La température ne dépasse pas 37°,4 le matin et 37°,7 le soir. Un jour, elle remonte à 38°,5. L'enfant manifeste du malaise et de l'inappétence. Nous craignions un retour de l'épanchement, mais le lendemain nous revenions à 37°,5. Ce retour offensif s'explique par un léger coryza. Il y avait eu, selon toute apparence, un refroidissement.

La poitrine reprend sa forme et le côté gauche s'aplatit en arrière. Le cœur n'est pas encore tout à fait à sa place; mais il y revient rapidement.

La matité a beaucoup diminué. On n'entend plus de tintement métallique, mais la respiration a encore un timbre amphorique prononcé.

Le 1er janvier, l'enfant est en pleine convalescence. La scarlatine n'a déterminé aucun nouvel accident. Les urines n'ont pas donné d'albumine. La desquamation, légère, furfuracée, s'est prolongée jusqu'aux derniers jours de décembre.

Le 7 janvier, l'enfant est levée et joue debout, la figure pâle, mais riante. Pas de fièvre, bien que le pouls soit encore à 100.

La poitrine est manifestement redressée à gauche. La mensuration donne une différence de 2 centimètres. Le cœur n'est pas encore tout à fait à sa place; mais on ne le sent plus au bord droit.

La respiration s'entend partout. Elle est faible, mêlée de frottements abondants simulant un gros râle sous-crépitant. Elle a complètement perdu son timbre amphorique. La percussion donne de la résonance partout, sensiblement affaiblie dans le tiers inférieur.

Le 31 janvier, malgré une différence de 25 millimètres, la légère déformation que nous avions constatée dans l'aspect général de la poitrine, n'est plus apparente. Sous la clavicule, il y a toujours un son un peu tympanique. La respiration bonne, mêlée en dedans d'un peu de frottements en arrière, est plus obscure en avant, dans toute l'étendue du tympanisme. Le cœur bat à 2 ou 3 centimètres de la ligne mamelonnaire.

Il y a dans cette région, selon toute apparence, des adhérences solidement organisées, qui brident le cœur et gênent l'expansion pulmonaire.

L'état général ne laisse rien à désirer.

J'ai revu l'enfant en avril. Sa santé n'a pas cessé d'être excellente. La respiration est un peu plus faible dans le côté malade, mais s'entend partout. La déformation est presque effacée. Il y a seulement un peu plus de saillie de l'omoplate du côté droit. Le cœur est à sa place.

Nous trouvons dans cette observation plusieurs points intéressants et bien propres à mettre en relief la physionomie toute particulière de certaines pleurésies infantiles.

Il est fort probable que l'enfant, tenue sur les genoux pendant les deux jours qui ont précédé l'apparition de la scarlatine, s'est refroidie, malgré toutes les précautions qu'on a pu prendre, d'où l'apparition d'une pneumonie du sommet, qui prit bientôt la première place dans le syndrôme morbide.

L'effacement presque complet de l'éruption scarlatineuse au troisième jour de son apparition est le résultat de cette sorte de prise de possession de l'organisme par la pneumonie. Bientôt l'éruption reparaît et les deux maladies marchent de concert. Cependant l'allure de la pneumonie n'est pas régulière. La détente est incomplète et ne se manifeste que vers le douzième jour, puis elle paraît se ranimer, le souffle et la matité ne s'étant pas d'ailleurs sensiblement modifiés.

— L'instruction juridique qui aura lieu à propos des récents désastres de Cincinnati, renfermera probablement de curieux détails à propos de l'enseignement de l'anatomie dans cette ville. La cause des soulèvements était, comme on sait, l'indulgence à peine croyable du jury envers les assassins. Deux nègres, que la plupart des habitants auraient voulu voir exécuter, ont été condamnés simplement à un emprisonnement, c'étaient des résurrectionnistes. En Europe le mot est un archaïsme, les administrations hospitalières et les municipalités se chargeant de pourvoir les amphithéâtres. Dans plusieurs écoles d'Amérique, ce soin est laissé à l'initiative privée : le résurrectioniste est un négociant, parfois un industriel, il a fait marché avec un collège ou un groupe d'étudiants pour une quantité déterminée de cadavres, il est tenu sous peine de payer un fort dédit de les livrer au temps convenu. S'il ne peut se les procurer par des procédés légaux et légitimes, autrement dit les acheter à des familles pauvres, il ira les chercher dans un cimetière de village parfois très loin. On a vu sur une table de dissection les corps d'enfants d'un ancien président de l'Union et d'un sénateur que les sinistres pillards avaient enlevés nuitamment des sépultures de famille. Il arrive probablement, comme il arrivait en France au temps où de pareilles choses s'y produisaient, que, ces vols se multipliant et finissant par faire du bruit, les cimetières sont mieux surveillés. Les deux nègres de Cincinnati craignaient d'être pris sur le fait; puis le rifle d'un *watchman* volontaire manque rarement son but. Au lieu de s'ingénier à une recherche laborieuse, d'entreprendre une expédition hasardée, ils ont préféré fabriquer des cadavres et assassiner une famille de trois personnes. Les corps convenablement empaquetés ont été livrés quelques heures après la mort au démonstrateur d'anatomie de l'*Ohio medical College*. Les coquins ne prirent même pas la peine de dévaliser la maison de leurs victimes.

La livraison fut reçue froidement, comme une autre; les fournisseurs avaient fait face à leurs engagements, per-

Lorsque nous vîmes, deux ou trois jours après, le côté gauche se développer, l'idée d'une pleurésie se présenta immédiatement. Nous nous trouvâmes alors en présence de ces difficultés de diagnostic qu'on rencontre rarement chez l'adulte, plus fréquemment chez le vieillard, mais que l'enfant nous offre si habituellement.

Le côté gauche se développait, disons-nous, et le cœur commençait à dépasser le bord droit du sternum. Ces signes étaient, il est vrai, considérables, mais nous ne constations qu'une matité douteuse; aucune modification dans le retentissement de la voix. Les vibrations n'étaient nullement modifiées.

Cependant le déplacement du cœur, l'existence d'une submatité inférieure (la pneumonie était au sommet), un peu de tympanisme sous-claviculaire ne nous laissaient guère de doute sur l'existence d'un léger épanchement pleurétique, dont la nature était fort suspecte en raison de la scarlatine.

Cinq jours après, le matin, on trouve une résonance amphorique bien manifeste avec tintement métallique provoqué.

Le ballonnement très augmenté et partout, sauf dans le quart inférieur, la percussion donne un son tympanique. Le cœur est tout à fait à droite du sternum.

Convaincus à ce moment que nous trouverions un hydropneumothorax ou plutôt, en raison de la scarlatine antérieure, un pneumopyothorax, nous pratiquâmes sans hésitation une ponction dans la partie déclive. L'écoulement d'une quantité considérable de pus non fétide confirma pleinement le diagnostic.

Les premières parties du liquide étaient simplement purulentes, mais bientôt le liquide sortit en bouillonnant et une grande quantité de gaz fut ainsi évacuée jusqu'à cessation de l'écoulement.

La question de savoir si ces gaz s'étaient formés spontanément ou s'ils étaient dus à une perforation, ne peut guère être résolue dans le cas actuel. Il est certain que l'enfant n'a présenté à aucun moment une douleur violente avec angoisse dyspnéique; que la poitrine s'est ballonnée peu à peu sans phénomènes brusques comme ceux que l'on observe souvent dans la perforation. Mais, d'un autre côté, nous ferons remarquer que la résistance du poumon avait été affaiblie par une longue pneumonie; qu'une perforation peut se produire dans les alvéoles d'une plèvre cloisonnée et l'air s'y infiltrer peu à peu, sans qu'une vive douleur se produise; que le liquide purulent, exempt de toute odeur, paraissait peu propre à produire un dégagement de gaz comme le serait un liquide en voie de décomposition; enfin que le son tympanique et le retentissement amphorique ont persisté longtemps encore après l'évacuation du pus.

Un fait semblable ne peut donc être invoqué comme justifiant ou contredisant l'hypothèse d'un pneumopyothorax spontané.

Cette observation, déjà si intéressante, le devient encore bien davantage si nous considérons les résultats de cette unique ponction capillaire, qui n'avait provoqué chez l'enfant, malgré l'abondance de l'écoulement, ni dyspnée, ni accès de toux.

Dès le lendemain de la ponction la scène avait changé du tout au tout, la température tombait et restait entre 37°,4 et 37°,7.

Elle se releva une seule fois à 38°,5, cinq jours après la ponction, probablement à la suite d'un refroidissement, mais elle retomba bientôt à son chiffre normal; l'amélioration ne se démentit plus et la convalescence prit cette allure franche et rapide qu'on observe souvent chez l'enfant.

Il est habituel à la suite d'une ponction, même lorsqu'elle doit donner les plus heureux résultats, de voir le liquide se reproduire en partie, en si petite quantité que ce soit, puis se résorber définitivement avec une certaine lenteur. Ici cette reproduction n'a pas eu lieu. Le liquide a définitivement disparu aussitôt la première évacuation.

Certes c'est là un fait heureux, très heureux, mais on trouve facilement des observations, sinon tout à fait analogues, au moins similaires, dans lesquelles une seule ou plusieurs ponctions simples ont suffi pour guérir radicalement, chez l'enfant, des pleurésies purulentes. Ce n'est pas sans quelque surprise que nous avons lu le procès intenté à la thoracocentèse capillaire chez l'enfant par un praticien aussi expérimenté que M. le docteur de Saint-Germain (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, août 1884).

Loin d'être convaincu comme lui que ces petites opérations, quand elles sont multipliées, peuvent faire d'une pleurésie simple une pleurésie purulente, je crois, avec M. le docteur Dieulafoy, que les accidents de ce genre tiennent le plus souvent au mauvais état des trocarts employés et qu'on les évitera en employant des trocarts préalablement plongés pendant plusieurs heures dans une solution phéniquée ou des trocarts soigneusement flambés ou, ce qui vaut mieux, des trocarts absolument neufs. J'ajoute que tout l'appareil d'aspiration et les tubes en particulier doivent également subir des immersions prolongées dans l'eau phéniquée ou même être renouvelés.

Chez un adulte phthisique et atteint d'épanchement pleural, on a pratiqué, l'année dernière, dans mon service, en s'entourant des précautions indiquées, plus de quinze ponctions sans que la nature séro-fibrineuse du liquide ait jamais varié. La pleurésie était unilatérale.

Notre observation montre que dans la pleurésie purulente une simple ponction capillaire peut déterminer chez l'enfant une guérison complète. Cette observation n'est pas isolée et

---

sonne dans l'école ne s'inquiéta du reste. Il fallait des sujets pour la dissection, ce n'était ni le temps ni le moment de s'occuper d'anatomie pathologique et de médecine légale. Il est vrai que plusieurs journaux blâment énergiquement cette insouciance incompréhensible. Une terrible responsabilité, dit une revue médicale de Chicago, pèse sur le démonstrateur qui a reçu les corps. « Si l'autorité qui doit surveiller les salles de dissection s'est endormie et n'entend point le cri de l'opinion publique, elle sera rudement réveillée, » dit un journal de la semaine. Aujourd'hui, cette prédiction est accomplie; l'habileté des avocats de Cincinnati a soustrait les deux nègres à la potence, mais une émeute épouvantable a bouleversé la ville. On a méconnu l'autorité, essayé de forcer les portes de la prison, les rues ont été ensanglantées, l'hôtel de ville incendié. On s'apercevra peut-être un jour qu'il serait bon de remédier à un état de choses qui produit de si beaux résultats, dût l'industrie des résurrectionnistes en périr.

Dr L. Thomas.

Légion d'honneur. — Ont été nommés ou promus :

Au grade d'officier : M. Milne-Edwards (Alphonse), professeur administrateur au Muséum d'histoire naturelle, membre de l'Institut.

Au grade de chevalier : MM. le docteur Linarès, maire de Limeuil; le docteur Boucheron, médecin à Paris; et Desgraves (Marie-Eugène), médecin de 2e classe de la marine.

Écoles de Paris. — Par arrêté préfectoral, en date du 1er avril 1884, ont été nommés médecins-inspecteurs des écoles de Paris : IVe arrondissement (deuxième circonscription), M. le docteur Mérijot; (quatrième circonscription), M. le docteur Guyard. — VIe arrondissement (première circonscription), M. le docteur Monin.

Service de santé de la marine. — A été promu *au grade de médecin professeur :* M. Bertrand (Édouard-Isidore-Louis), médecin de 1re classe.

Nécrologie. — M. le docteur Rouffy est mort récemment à Draveil (Seine-et-Oise), où il exerçait depuis plus de quarante ans.

on trouvera des faits nombreux de guérison obtenus par des ponctions capillaires ordinairement répétées. Il est donc évident qu'il faudra toujours tenter cette opération avant d'en arriver à la thoracotomie, mode d'intervention bien autrement redoutable. On la répétera, s'il y a lieu, en se guidant sur le mode de reproduction du liquide et on n'arrivera à ouvrir la poitrine que si on n'obtient pas un résultat convenable.

M. de Saint-Germain se préoccupe beaucoup, et avec raison, des accidents graves observés à la suite des ponctions aspiratrices dans les épanchements pleuraux, le plus souvent séro-fibrineux. Tous les médecins familiers avec la méthode des ponctions capillaires savent combien il est important, pour prévenir ces accidents, d'évacuer en plusieurs fois les épanchements abondants, d'employer des trocarts de très petit calibre, d'arrêter l'opération dès que la toux répétée annonce la gêne de l'ampliation pulmonaire.

Est-ce cependant une raison pour proscrire absolument les ponctions capillaires et pour recommander l'empyème toutes les fois qu'un épanchement, *quelle que soit sa nature*, détermine des accidents de dyspnée menaçants? Le vieil empyème, l'empyème d'Hippocrate, serait-il ainsi le dernier mot de la thérapeutique, « l'alpha et l'oméga de l'intervention chirurgicale »?

Quand il s'agit de pleurésie purulente, cette opinion peut être défendue. Elle n'est pas la nôtre cependant, et nous avons vu plusieurs fois guérir par des ponctions et même par une seule ponction, suivie d'injection iodée, des malades auquels nous étions tout disposé à pratiquer la thoracotomie. Mais, quand il s'agit de pleurésies franches, quand rien n'autorise à penser que le liquide est purulent (ce dont il faudra toujours, d'ailleurs, s'assurer par une ponction exploratrice), quand on se trouve en présence d'un liquide séro-fibrineux et que la dyspnée est assez vive, la circulation assez gênée pour faire craindre des accidents immédiats; dans ces cas, plus fréquents que ne le croit notre collègue, faudra-t-il ouvrir largement la plèvre au bistouri?

Je serai bien étonné qu'aucun médecin adhérât à une semblable pratique. N'est-il pas, en effet, préférable de diminuer par quelques ponctions l'abondance du liquide, en ayant soin de n'en retirer chaque fois qu'une partie? Il suffira souvent de retirer ainsi deux ou trois cents grammes et quelquefois moins pour détourner le danger d'une mort subite et déterminer, en quelque sorte, la mise en train d'un travail de résorption qui va se continuer.

Il est vrai qu'on accuse cette pratique de transformer l'épanchement simple en épanchement purulent et de faire courir au malade les risques d'une congestion ou d'un œdème aigu. Nous nous sommes expliqué sur le premier point et nous ne pensons pas qu'en retirant ainsi le liquide par portions on puisse produire les accidents de suffocation dont on a parlé. Quant à transformer immédiatement un liquide séro-fibrineux en un liquide purulent, le moyen le plus rapide est certainement de pratiquer l'empyème.

Nous nous résumons : en présence d'un épanchement simple chez l'enfant, l'intervention chirurgicale a rarement sa raison d'être; si elle est indiquée, on procédera par une ou plusieurs ponctions capillaires faites avec toutes les précautions indiquées et, sauf des cas tout à fait exceptionnels, ces ponctions suffiront.

Si l'on se trouve en présence d'une pleurésie purulente, qu'elle le soit d'emblée ou par transformation, nous sommes d'avis encore de tenter une ou plusieurs ponctions capillaires qu'on pourra faire suivre d'une injection iodée. Si l'on échoue, la thoracotomie sera pratiquée avant que le malade ait eu le temps de s'affaiblir, mais jamais avant d'avoir tenté les chances souvent heureuses d'une opération beaucoup moins grave.

SOCIETÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 14 AVRIL 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

M. *le Président* fait part à l'Académie de la perte immense qu'elle vient de faire en la personne de M. *J. Dumas*, puis la séance est levée en signe de deuil.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 22 AVRIL 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ALPHONSE GUÉRIN.

M. *H. Toussaint*, aide-major au Val-de-Grâce, envoie *l'état des vaccinations qu'il a pratiquées en 1883 sur les Arabes du cercle d'Ammi-Moussa, province d'Oran. (Commission de vaccine.)*

M. *E. Vial* (de Marseille) adresse une *Note sur l'action physiologique de l'acide phénique.*

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de MM. les docteurs *de Saint-Germain* et *P.-J. Mercier*, une brochure ayant pour titre : *Opération de l'empyème chez les enfants, historique, comparaison et application à l'enfance des divers moyens d'évacuation de la plèvre*; 2° de la part de sir *Alexander Grant* le tome 1er d'un ouvrage intitulé : *The Story of the University of Edinburgh* 3° au nom de M. le docteur *Souligoux*, une brochure *sur la dilatation de l'estomac et son traitement par le lavage stomacal et les alcalins*; 4° de la part de M. le docteur *Ch. Bovet*, un mémoire imprimé, ayant pour titre : *Contribution à l'étude analytique des eaux minérales. (Commission des eaux minérales.)*

M. *Jules Lefort* présente, au nom de M. le docteur *Petit*, des *Cartes schématiques des eaux minérales du département du Puy-de-Dôme. (Commission des eaux minérales.)*

M. *Marjolin* offre le 15e volume de l'*Annuaire-Bulletin de la Société protectrice de l'enfance de Paris.*

M. *Laboulbène* fait hommage, de la part de M. le docteur *E. Fournier*, d'un mémoire intitulé : *Les schizophytes ou schyzomycètes au point de vue médical.*

M. *Rochard* dépose : au nom de M. le docteur *Domingos Freire* (de Rio-Janeiro), plusieurs ouvrages *sur les microbes et la prophylaxie de la fièvre jaune* (renvoi à l'examen de M. Rochard); 2° de la part de M. le docteur *Aubert*, un travail manuscrit *sur les vaccinations* qu'il a pratiquées en 1883 au 28e régiment de ligne. (*Commission de vaccine.*)

M. *Féréol* présente, de la part de M. le docteur *Graux*, une brochure *sur les rapports de la pleurésie et de l'état puerpéral.*

M. *Jules Guérin* fait hommage de son *Mémoire sur l'intervention de la pression atmosphérique dans le mécanisme des exhalations séreuses*, mémoire publié en 1840.

Eczéma. — M. le docteur *Vérité* présente le dessin d'un cas d'œdème chronique des paupières, consécutif à un eczéma de la lèvre supérieure et des fosses nasales. C'est le second cas que M. Vérité a observé. La maladie a débuté il y a vingt ans. Les paupières forment deux poches, d'une mollesse gélatineuse, qui retombent sur les joues. Cet œdème provient d'une infiltration du tissu cellulaire des paupières analogue à celle qui produit, sur d'autres points, l'épaississement de la peau autour d'un eczéma. Il est facilité par la gêne de la circulation par suite du sclérème des joues et de l'inflammation de la pituitaire. Chez un des malades, l'eau de la Bourboule à l'intérieur, le massage des paupières sous la pulvérisation et les irrigations nasales ont amené une amélioration notable.

Action physiologique de l'alcool. — On se rappelle qu'à l'avant-dernière séance, M. *Dujardin-Beaumetz* avait fait une importante communication afin de démontrer que l'alcool est un aliment d'épargne qui, au lieu d'activer les combustions, les ralentit au contraire en soutirant une certaine quantité d'oxygène aux globules sanguins. Les recherches de M. Dujardin-Beaumetz et de son élève, M. Audigé, tendaient à infirmer les conclusions soutenues par M. *Maurice Perrin* dans le mémoire qu'il publia en 1860 avec MM. Lallemand et Duroy. Aussi M. Maurice Perrin vient-il répondre à son contradicteur et maintenir son opinion, qu'il ne trouve aucunement détruite par les résultats obtenus par M. Dujardin-Beaumetz. Il maintient, en effet, que l'alcool n'est ni détruit ni transformé dans l'organisme, qu'il est éliminé en

nature et ne modifie les échanges nutritifs que par l'intermédiaire du système nerveux, à la façon d'un toxique. Dès 1817 on avait affirmé que l'alcool circulait en nature dans les vaisseaux, et cette assertion était restée dans la science, lorsque MM. Bouchardat et Sandras recherchèrent, sur des animaux anesthésiés par l'alcool, cette substance dans les produits de la respiration, dans le sang, dans les urines; leurs recherches furent infructueuses et les résultats de leurs expériences négatifs; c'est alors que Liebig publia sa théorie chimique, à savoir que l'alcool se détruit, se transforme dans l'organisme. Il y a là toutefois une erreur expérimentale : on avait en vain cherché l'alcool dans le sang des animaux en expérience; M. Perrin et ses collègues, reprenant ces recherches, parvinrent à extraire, chez un chien, jusqu'à 5 grammes d'alcool de 500 grammes de sang, 4 à 5 grammes sur 450 grammes de substance nerveuse, et jusqu'à 2 grammes 1/2 dans l'urine; cependant ils n'en trouvèrent pas dans les produits de la respiration, ce qui tenait sans doute à la trop faible quantité d'alcool en circulation dans les voies pulmonaires, et au lieu de le rechercher comme l'avaient fait Bouchardat et Sandras par la distillation, ils utilisèrent la réaction des vapeurs hydrocarbonées sur l'acide bromique. Le liquide d'épreuve était composé de 1 décigramme de bichromate de potasse dissous dans 30 grammes d'acide sulfurique; ce liquide d'une belle coloration jaune tire au vert sous l'influence des vapeurs d'alcool; mais, comme ce réactif n'est pas spécial à l'alcool et que toutes les vapeurs hydrocarbonées en sont justiciables, ils eurent toujours soin, à titre de contre-épreuve, d'essayer le réactif sur les sujets d'expérience avant toute ingestion d'alcool; dans ces conditions ils trouvèrent constamment de l'alcool dans les produits de la respiration. Il fallait reprendre ces expériences en ne donnant plus l'alcool qu'à doses hygiéniques et non toxiques : après avoir fait ingérer à un homme un petit verre d'eau-de-vie, ou bien une bouteille de vin, l'alcool fut encore retrouvé dans les produits de la respiration et dans les urines. D'autre part, chez un chien anesthésié par l'alcool, l'alcool existait partout, mais en plus grande quantité dans le foie que dans le sang, et en plus grande proportion encore dans les centres nerveux. Mais voici que M. Dujardin-Beaumetz vient dire qu'un de ses élèves n'a jamais pu trouver d'alcool dans le sang des animaux qui ont servi à ses expériences; il est fâcheux que M. Dujardin-Beaumetz n'ait pas fait lui-même cette singulière constatation. Trouve-t-on enfin dans le sang des animaux alcoolisés les produits de décomposition de l'alcool, qui, d'après la théorie de Liebig, devraient forcément s'y rencontrer? Pas le moins du monde, ni l'aldéhyde, ni l'acide acétique, ni l'acide oxalique, n'ont été retrouvés. Enfin il est incontestable que la proportion d'acide carbonique expiré diminue considérablement sous l'influence de l'alcool, ce qui dénote d'une façon certaine que l'activité de la nutrition est ralentie. En résumé, dit l'orateur, nous avons démontré que l'alcool séjourne en nature dans l'organisme, s'accumule dans les centres nerveux et qu'il s'élimine par toutes les voies d'élimination, de sorte qu'il doit être considéré non comme un aliment, mais comme un agent toxique qui, par son influence sur les centres nerveux, ralentit les échanges de la nutrition.

M. *Dujardin-Beaumetz* objecte que les doses d'alcool retrouvées sont bien minimes, et que la balance est le seul moyen qui eût pu permettre à son contradicteur d'affirmer cette proposition qui se trouve dans l'une des conclusions de son travail de 1860 : l'alcool est éliminé en totalité. Reprenant l'historique de la question depuis 1860, il soutient que plusieurs auteurs sont loin d'accepter les vues de M. Perrin; c'est ainsi que Gubler voulait qu'une partie de l'alcool fût détruite et l'autre éliminée; que Lussana et Albertoni, entre autres, ont prétendu qu'il n'y a qu'une très petite quantité d'alcool qui s'élimine en nature; le reste s'élimine sous une autre forme. D'autre part, la théorie de M. Perrin rattacherait l'abaissement de la température à une action spéciale sur les centres calorigènes; tandis que celle de M. Dujardin-Beaumetz fait jouer un grand rôle aux modifications du sang; toutefois je suis loin de penser, dit celui-ci, qu'une cellule nerveuse influencée par l'alcool puisse rester à son état physiologique; aussi serait-il peut-être possible de concilier, dans une certaine mesure, les deux théories.

M. *Berthelot* fait remarquer les difficultés qu'on éprouve à retrouver et à doser l'alcool dans les liquides de l'organisme; certaines réactions ont pu faire croire à la présence de l'alcool dans les urines alors qu'il s'agissait d'acétone, entrant normalement dans sa composition. De pareilles difficultés sont à prévoir dans la recherche de l'alcool dans le sang.

M. *Maurice Perrin* rappelle qu'il a autrefois signalé que quelques hydrocarbures volatils pouvaient, sous l'influence de certains agents, réagir à la façon de l'alcool; aussi a-t-il toujours eu soin de faire suivre chaque expérience d'une contre-expérience destinée à lever les doutes. Il fait également observer qu'il ne tient pas plus qu'il n'est nécessaire à l'explication empruntée à l'existence des centres calorigènes, car sa théorie n'a rien à voir avec ceux-ci. D'ailleurs dans la théorie de son contradicteur il n'y a rien de précis.

Comment imaginer la mise en présence d'une molécule d'oxygène et d'une molécule d'alcool, la première avide de l'hydrogène de la seconde et se l'accaparant? C'est là une conception contraire à la constitution normale du sang, comme elle est contraire aux faits d'expérimentation. Hypothèse pour hypothèse, mieux vaut encore celle de l'alcool ralentissant les combustions en modérant l'action des centres thermogènes; celle-là est, du moins, conforme avec le fait incontestable du séjour de l'alcool dans les tissus et de son élimination en nature.

M. Maurice Perrin ne saurait accepter le terrain de conciliation proposé par M. Dujardin-Beaumetz et admettre qu'une partie de l'alcool absorbé se transforme dans l'organisme, le reste étant éliminé en nature. Il a la conviction profonde que l'alcool absorbé ne subit de la part des tissus ou des liquides de l'économie aucune transformation chimique, qu'il n'est un aliment en aucune façon et qu'il doit être tenu pour un agent d'épargne ralentissant l'activité nutritive par l'intermédiaire des centres nerveux.

M. *Colin* (d'Alfort) prétend que M. Maurice Perrin n'a nullement démontré l'élimination de l'alcool en nature et en totalité; ses expériences sur le cheval lui ont prouvé que l'alcool produit d'abord l'élévation de la température et plus tard seulement l'abaissement de celle-ci.

M. *Jules Guérin* remarque qu'il n'aurait pas été inutile de tenir compte de l'élimination par la voie intestinale; c'est là une lacune regrettable.

Eaux d'Uriage. — M. le docteur *Berlioz*, professeur à l'Ecole de médecine de Grenoble, lit un mémoire sur l'action physiologique des eaux d'Uriage, afin de démontrer qu'elles élèvent le chiffre de l'urée et par conséquent excitent la nutrition; elles sont de plus légèrement diurétiques; elles conviennent donc au traitement de la scrofule et de l'arthritis. (*Renvoi à la Commission des eaux minérales.*)

— La séance est levée à quatre heures quarante-cinq.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 16 AVRIL 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Anévrysme cirsoïde de la main traité par les injections coagulantes : M. Berger. — De la périnéorrhaphie : M. Trélat. — Prolapsus utérin, ablation de la ligature élastique : M. Thomas (de Tours). — De la spécificité des ostéites : M. Poulet.

M. *Berger* ayant eu, il y a quelques mois, à traiter un anévrysme cirsoïde de la main, a employé avec succès la méthode, préconisée par M. Gosselin, des injections coagulantes au perchlorure de fer. Il résume cette observation, également intéressante à d'autres titres. Un jeune homme de vingt ans, fort et bien constitué, ayant sa mère atteinte d'un petit nævus du visage, portait lui-même une petite tache érectile sur l'index de la main droite, mais dont il n'avait jamais souffert et dont il ne s'était pas inquiété avant ces deux dernières années. Depuis ce temps ce garçon exerce la profession de sertisseur et se sert continuellement de la main droite, dont la face palmaire est sans cesse contusionnée par les instruments au niveau de la racine de l'index et du médius. Sous cette influence, le malade a d'abord ressenti de la gêne des mouvements des doigts, qui se sont tuméfiés et sont devenus le siège de fourmillements; peu à peu la gêne s'est accrue, il s'est développé une véritable douleur et depuis trois mois ce jeune homme a été obligé d'abandonner son métier..Lorsqu'il vient consulter, on constate une tuméfaction de l'index portant ce doigt au double de son volume ordinaire et gagnant dans la paume de la main jusqu'à l'éminence thénar; cette tuméfaction est mollasse, spongieuse, réductible à la pression, animée de pulsations plus facilement perceptibles à la vue qu'au toucher, présentant aussi un thrill et un souffle systolique, tous phénomènes qui disparaissent par la compression des artères de l'avant-bras. Sur le médius malade on reconnaît l'existence d'un petit nævus rougeâtre; les artères de l'avant-bras sont très dilatées, la radiale présente des flexuosités, qui se continuent jusque sur l'humérale; les veines sont également dilatées, flexueuses et pulsatiles; enfin au cœur on entend un souffle aortique au second temps; d'ailleurs aucun trouble de la santé générale. M. Berger conseilla d'abord l'usage d'un gantelet de caoutchouc, qui ne donna aucun résultat, et il songeait à l'amputation de l'index, lorsqu'il voulut d'abord essayer les injections de perchlorure de fer. Après avoir comprimé les artères et les veines aboutissant à la tumeur, suivant le précepte de M. Gosselin, il fit une première injection de 10 gouttes de la solution à 15 degrés; immédiatement la tumeur durcit, mais le lendemain elle avait repris tous ses caractères. Quelques jours après, nouvelle injection de la même solution, mais à dose beaucoup plus forte, 1 seringue 3/4 de Pravaz. On observa de suite un durcissement de la tumeur, et une tache livide apparut sur le médius; en même temps le malade accusa une très vive douleur, qui ne dura pas. Le lendemain deux eschares se développaient, l'une au point piqué, l'autre dans l'espace interdigital. On redoutait une hémorrhagie à leur chute, mais heureusement elles se détachèrent très lentement, se cicatrisant au fur et à mesure, laissant après elles une cicatrice souple, régulière, n'entraînant aucune gêne des mouvements des doigts. Pendant ce temps les battements avaient de jour en jour diminué et un mois et demi après ils avaient complètement disparu dans le médius et persistaient avec une intensité beaucoup moindre dans l'index; l'état des artères de l'avant-bras s'était aussi amendé. L'amélioration a continué et aujourd'hui les veines dorsales de la main sont devenues normales, les artères ont repris leurs caractères antérieurs.

Cette observation soulève trois points intéressants; d'abord au point de vue étiologique, il est intéressant de noter que la mère de ce malade portait une tache érectile du visage et que lui-même présentait un petit nævus de l'index silencieux jusqu'au moment où le traumatisme professionnel est venu l'exciter. En second lieu il est remarquable de voir aussi nettement des lésions anatomiques, constituant une quadruple altération : la tache érectile sous l'influence de l'irritation est devenue le point de départ de la dilatation des capillaires, du développement anormal des artères et enfin de la communication des veines avec les artères, dernier fait rare, mais démontré comme réel par les injections de Nicoladoni. Enfin le traitement par les injections de perchlorure semble indiqué dans la tumeur cirsoïde de la main aussi bien sinon plus que dans celle du cuir chevelu, puisque là plus que partout ailleurs, il est facile par la compression des vaisseaux de remplir les conditions recommandées par M. Gosselin pour obtenir la coagulation du sang de la tumeur sans crainte d'embolie.

M. *Desprès* demande à ses collègues, qui dans la dernière séance ont rappelé qu'il suffisait d'extirper la tumeur cirsoïde pour voir immédiatement les vaisseaux reprendre leur structure et leurs caractères normaux, où ils font finir le processus pathologique; s'ils y comprennent toute la sphère des vaisseaux dilatés, ils ne font qu'une opération partielle. C'est aussi ce que lui-même a fait chez sa malade; seulement, au lieu de s'adresser au centre même du foyer pathologique, il a agi sur le seul vaisseau afférent malade, guidé, il le répète, par cette idée hypothétique, qu'il se pourrait que des altérations des vaso-moteurs fussent la cause de la maladie.

Comme M. Berger, M. Desprès est partisan des injections coagulantes, mais chez les jeunes sujets seulement, où la grande vitalité des tissus met à l'abri de leur mortification.

M. *Verneuil* répond que peu importe le point où commence et où finit la tumeur cirsoïde, un fait clinique est constant, c'est le retour à l'état normal après la destruction du centre pathologique. Les injections coagulantes peuvent être employées, et M. Verneuil pense qu'à côté du perchlorure de fer on doit compter la liqueur de Piazza.

— M. *Trélat* a été chargé de faire un rapport sur deux observations de périnéorrhaphie envoyées par M. Queyrel (de Marseille), aujourd'hui membre correspondant de la Société. Ce travail ne pouvant plus être l'objet d'un rapport, M. Trélat saisit néanmoins l'occasion pour appeler l'attention sur quelques points de la pratique de cette opération. Il rappelle d'abord le procédé de suture qu'il a longtemps mis en usage et qui se trouve décrit tout au long dans la thèse d'un de ses élèves, M. Borraud. A cette époque M. Trélat avait ainsi fait 11 périnéorrhaphies, ayant donné 8 succès, 1 guérison avec persistance d'une petite fistule, 1 insuccès opératoire complet, 1 mort par septicémie; depuis il en a pratiqué deux autres; en résumé sur 13 cas, il n'a enregistré que 3 insuccès. C'était donc, on le voit, un bon procédé dans ses résultats, mais un peu difficile dans son application à cause de l'épaisseur et de la résistance des tissus à affronter; la pression prolongée des plaques de plomb faisait courir les risques de sphacèle et leur enlèvement hâtif compromettait la réunion. Depuis que Jude Hue a fait connaître la pratique de Gaillard Thomas et d'Emmet, M. Trélat a fait trois opérations par ce procédé et a eu 1 succès complet, 1 succès partiel, la malade ne pouvant retenir les matières liquides, 1 insuccès; il pense que ce mode opératoire, plus facile que le premier, est aussi sûr, et il n'hésite pas à recommander la suture entrecoupée pour l'affrontement du corps périnéal de préférence à la suture enchevillée; quant aux tissus minces, peu consistants, qui se trouvent du côté de la fourchette, il convient de faire la suture avec des fils de catgut ou mieux encore avec la soie de Czerny, les fils métalliques arrêtés par la torsion ou par les tubes de Galli nécessitant des manœuvres difficiles et douloureuses pour leur enlèvement.

M. Trélat résume comme suit les divers temps de la péri-

néorrhaphie : régulariser les selles, administrer le matin de l'opération un grand lavement et tout aussitôt une pilule d'opium: avivement et suture du corps périnéal par le procédé de Gaillard Thomas, suture de la fourchette avec la soie de Czerny; maintenir la constipation pendant sept ou huit jours et pratiquer de nombreux lavages antiseptiques, au bout de ce temps donner de l'huile de ricin et enlever les sutures.

M. *Verneuil* a substitué à la suture enchevillée la suture entrecoupée, qu'il pratique au moyen du chasse-fil; pour la fourchette il se trouve très bien de l'emploi de fils métalliques et de boutons de nacre. Pour prévenir la septicémie et assurer la réunion, il conseille les pulvérisations phéniquées sur la région.

M. *Richelot* a très facilement et très heureusement pratiqué une périnéorrhaphie par le procédé de Gaillard Thomas. Pour la suture vaginale il s'est servi du crin de Florence, que l'on noue très aisément et qu'on n'a ensuite aucune difficulté à enlever.

M. *Després* s'étonne du nombre de périnéorrhaphies que l'on fait; il pense que, si l'on attendait quelques mois, la réparation se ferait d'elle-même. Il n'a pratiqué cette opération qu'un petit nombre de fois, et, pour prévenir le contact du liquide avec les sutures, il a l'habitude de faire coucher ses malades sur le ventre.

— M. *Thomas* (de Tours) lit une très intéressante observation de prolapsus utérin irréductible, dont il a fait l'ablation avec succès au moyen de la ligature élastique.

— M. *Poulet* lit un travail sur la spécificité des ostéites. (Renvoyé à une commission).

Alfred POUSSON.

Société de biologie.

SÉANCE DU 19 AVRIL 1884. — PRÉSIDENCE DE M. FRANÇOIS-FRANCK, VICE-PRÉSIDENT.

Produits épithéliaux dans le ligament alvéolo-dentaire : M. Malassez. — Accommodation de l'audition binauriculaire : M. Gellé. — Suppression de la fonction d'inhibition cérébrale : M. Ch. Richet. — Marmite de Papin employée pour la stérilisation des bouillons de culture : M. Heydenreich. — Origine du sucre du lait : M. de Sinéty. — Parole chez les aphasiques : M. Brown-Séquard. — Cuivre dans les confitures : M. Galippe. — Ethérisation par la voie rectale : M. Deblerre. — Développement de la région vestibulaire : MM. Tourneux et Werthelmer. — Développement des uretères : M. Tourneux.

M. *Malassez*, en poursuivant la recherche de produits épithéliaux de provenance fœtale dans l'épaisseur du périoste (ligament) alvéolo-dentaire, a trouvé le long de la racine d'une deuxième petite molaire de petites masses épithéliales dont la coupe offrait une certaine ressemblance avec celle d'une glande. Ces amas épithéliaux, qu'on retrouve à l'extrémité de la racine, sont évidemment le point de départ des kystes dentaires dont il a été question à la Société.

— M. *Gellé*, après avoir insisté sur ce point qu'aucune méthode d'exploration actuelle ne permet d'étudier l'accommodation auditive en activité et ne fournit le moyen d'en apprécier le degré ou la perte, apporte des expériences nouvelles sur la question. En faisant vibrer un diapason à 3 ou 4 centimètres du méat auditif droit, après avoir adapté par un tube la poire à insufflation de Politzer au méat auditif gauche, on constate qu'à chaque pression sur la poire le son perçu à droite s'atténue légèrement, et cela à volonté. Donc, en agissant sur une oreille, on modifie l'audition de l'oreille opposée. M. Gellé pense qu'en influençant l'appareil d'accommodation d'un côté, *il provoque synergiquement une action analogue dans l'appareil transmetteur du côté opposé*, et à l'appui de cette opinion il invoque, entre autres, le fait démonstratif suivant : en auscultant soi-même l'oreille du sujet en expérience, on peut percevoir les atténuations du son annoncées par le sujet, ou constater leur absence alors que celui-ci n'accuse plus de perception.

M. *Brown-Séquard* considère les résultats précédents comme venant à l'appui de l'opinion qu'il soutient qu'il n'existe que des centres percepteurs uniques; il rappelle ses expériences sur l'unité de sensation pour deux pointes espacées appliquées de chaque côté de la ligne médiane du tronc.

— M. *Ch. Richet*, dans ses expériences sur les effets thermiques des lésions superficielles du cerveau, a observé que les animaux (lapins) devenaient beaucoup plus alertes et perdaient la faculté de s'arrêter à temps quand ils étaient lancés; il attribue ces modifications à la disparition de l'action inhibitoire de l'écorce.

A ce propos, M. *Brown-Séquard* fait remarquer qu'on pourrait tout aussi bien et plus simplement admettre qu'il s'agit d'une influence irritative produisant l'exagération des impulsions motrices.

— M. *Heydenreich* a recherché dans le laboratoire de M. Duclaux la raison du fait paradoxal constaté par Koch, Gaffky et autres expérimentateurs allemands, à savoir que, dans la marmite de Papin, on observe des différences d'environ 40 degrés, après une demi-heure de contact, entre le liquide de culture enfermé dans un ballon et le bain de vapeur dans lequel ce ballon était plongé. Supposant que ces singuliers résultats tenaient à ce que l'air n'avait pas été chassé de l'appareil de chauffage, l'auteur a fait un grand nombre d'expériences comparatives qui l'ont conduit à vérifier son hypothèse. Il conclut que, pour employer ce moyen si simple à la stérilisation des bouillons de culture, il faut au préalable chasser complètement l'air de l'appareil. En opérant ainsi, on peut être sûr d'égaliser la température entre un liquide aqueux et l'enceinte portée à la température de 120 degrés, et cela en un temps très court (dix minutes pour un ballon de 1 litre).

— M. *de Sinéty*, prenant occasion d'une récente communication de M. Bert sur l'origine du sucre du lait, rappelle ses anciennes expériences (1874), qui le conduisirent à cette conclusion : la quantité de sucre contenue dans le sang n'est pas plus considérable qu'à l'état normal quand les animaux allaitent et qu'il n'y a pas de sucre dans l'urine. Ce chiffre augmente, au contraire, dès que l'allaitement est supprimé, et que, la glande continuant à fonctionner, le sucre apparaît dans l'urine. La proportion entre le sucre contenu dans le sang artériel et le sang veineux sortant de la mamelle reste à peu près la même. L'ensemble de ces faits ne paraît pas en rapport avec l'hypothèse que le sucre du lait se forme dans le foie, hypothèse acceptée par M. Bert dans sa précédente communication.

— M. *Brown-Séquard* rapporte, sans insister autrement sur leur intérêt théorique, plusieurs observations d'aphasiques, dont l'un chantait parfaitement et s'exprimait nettement pendant qu'il chantait; — un autre (un médecin de Cincinnati), devenu aphasique, parlait en rêvant; — un troisième, sous l'influence du délire, a parlé pendant les trois jours qui ont précédé sa mort.

— M. *Galippe*, à propos d'un accident mentionné, sous toutes réserves, dans une note de M. Bochefontaine, et qui aurait été produit par l'usage de confitures faites dans des vases en cuivre non étamés, présente les résultats d'un grand nombre d'analyses de confitures ainsi fabriquées; il note, par exemple, que dans la confiture de groseilles le cuivre existe dans la proportion de 272 milligrammes par kilogramme; — dans la confiture de cerises, de 152 milligrammes; — dans la confiture de mirabelles, de 248 milligrammes, etc.

Or la consommation de ces différents produits n'entraîne aucun accident.

— M. *Debierre* (de Lyon) adresse une note sur les effets anesthésiques de l'absorption d'éther par le rectum, suivant le procédé employé notamment par des chirurgiens danois, et indiqué à Lyon par l'un d'eux, M. Axel Yversen. Il a fait à ce sujet des expériences dans le laboratoire de M. Chauveau, et a observé les principaux faits suivants : 1° L'éthérisation par la voie rectale est facile sur certains animaux, comme le lapin; elle n'a pu être observée complètement sur d'autres, comme le chien, même après une légère morphinisation préalable. 2° Ce genre d'anesthésie a pu produire des accidents quand les vapeurs d'éther ont été introduites sous trop forte pression; mais comme l'issue des vapeurs s'opère facilement au pourtour de la canule rectale, ces accidents ne paraissent guère à redouter. Sur l'homme, dans le service de M. Mollière, M. Debierre a observé que, si l'anesthésie complète était difficilement obtenue par l'éthérisation rectale, on pouvait en très peu de temps et sans période d'excitation compléter l'anesthésie par quelques inhalations.

— MM. *Tourneux* et *Wertheimer* adressent une note sur le développement de la région vestibulaire et des glandes vulvo-vaginale et clitoridienne chez la femme.

— M. *Tourneux* adresse une note sur le développement des uretères chez l'embryon de sarigue, avec quelques remarques concernant lo développement des utérus bicornes (carnassiers, pachydermes, ruminants), ainsi que le mode d'élargissement du fond de l'utérus chez le fœtus humain. (Pour les détails de ces deux dernières notes, qui ne sauraient être résumées ici, voy. le *Compte rendu officiel de la Société*. — G. Masson.)

Royal medical and chirurgical Society.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1884.

Résection du nerf maxillaire supérieur dans les névralgies. Amputation du bras et de l'omoplate pour sarcome.

M. F. Thomas Chavasse lit un travail sur la résection de la branche maxillaire supérieure de la cinquième paire. Deux observations de névralgie rebelle de cette branche nerveuse lui servent de base; il rapporte en outre vingt-deux observations de divers auteurs. Le procédé employé est celui de Carnochan (de New-York), qui le premier l'a mis en usage en 1858. Il consiste à traverser les parois antérieure et postérieure du sinus maxillaire et à aller chercher le tronc maxillaire supérieur dans la fosse sphéno-maxillaire et à le réséquer juste au-dessous du trou grand-rond, entre cet orifice et le ganglion de Meckel, que l'on enlève également. Les résultats de cette opération ont été très bons; jamais on n'a constaté de décès à sa suite et presque toujours les douleurs ont disparu pour un temps plus ou moins long.

M. *Christopher Heat's* lit une Note sur l'amputation du bras et de l'omoplate pour un sarcome ossifiant, chez un jeune garçon de seize ans. Guérison et sortie de l'hôpital le cinquante-neuvième jour.

SÉANCE DU 25 MARS 1884.

Rétraction de l'aponévrose palmaire.

M. *Noble Smith* fait une importante communication sur la rétraction de l'aponévrose palmaire (Dupuytren's contraction of the fingers). Ayant examiné les mains de 700 personnes âgées, il a trouvé 70 cas de cette rétraction. Il s'est surtout occupé dans son enquête de résoudre les points suivants : 1° les femmes jouissent-elles de l'immunité à l'égard de cette affection? 2° quelle est la cause de la maladie? 3° quel est son traitement? Sur 440 femmes, 15 présentaient un léger épaississement et une rétraction modérée de l'aponévrose palmaire, 11 offraient les traits caractéristiques de la maladie de Dupuytren. La goutte et le rhumatisme ne semblent jouer aucun rôle dans l'étiologie de cette affection. Il n'en est pas de même de certains travaux qui ont une influence incontestable, ainsi que le prouve la plus grande fréquence de la rétraction de l'aponévrose de la main droite. Pour ce qui est du traitement, l'auteur recommande de sectionner les brides aponévrotiques par une série d'incisions aussi peu nombreuses que possible.

Medical Society of London.

SÉANCE DU 17 MARS 1884.

Crétinisme sporadique. — Contagion de l'impétigo.

M. *Amand Routh* donne lecture d'une Note sur un cas de crétinisme sporadique avec apparence de myxœdème. Le sujet de l'observation est une femme âgée de vingt-cinq ans et neuf mois, l'aînée d'une famille de quatre enfants, née près do Southampton. Sa famille est entachée de tuberculose, mais on n'y trouve pas trace de syphilis, d'alcoolisme, ni de folie. Pendant sa grossesse sa mère avait été effrayée par un taureau. Jusqu'à sept ans, la malade avait la taille ordinaire des enfants de son âge; à partir de ce moment, elle cessa de grandir, mais devint très grosse. Son intelligence cessa de se développer. Aujourd'hui elle présente tous les attributs du crétinisme, mais sans hypertrophie du corps thyroïde.

M. *Colcott Fox* fait une communication sur la contagion de l'impetigo. A l'appui de son opinion, il cite les exemples de plusieurs épidémies de quartiers, d'écoles et de maisons. Il pense que le contage réside dans la présence de micro-organismes dans le pus séreux des pustules.

SÉANCE DU 24 MARS 1884.

Hypothermie dans l'érysipèle.

M. *Cavafy* rapporte quelques observations d'érysipèle s'accompagnant d'hypothermie. Pour prévenir l'objection qu'on pourrait faire qu'il ne s'agissait pas d'érysipèle, l'auteur a mis hors de contestation le diagnostic en pratiquant l'inoculation à des animaux et même à l'homme.

Ophthalmological Society.

SÉANCE DU 13 MARS 1884.

Anévrysme artério-veineux de la rétine. — Conjonctivite à la suite d'introduction de whisky dans l'œil. — Pathogénie et traitement du glaucome. — Jequirity, sa valeur thérapeutique.

M. *Gunn* présente une petite fille âgée de onze ans, chez laquelle on peut voir un anévrysme artério-veineux de la rétine. Elle vint consulter pour des douleurs de tête, dont elle souffrait depuis quatre ans. En examinant l'œil gauche, on constata qu'une branche de la veine temporale inférieure communiquait largement par un rameau avec l'artère temporale supérieure. Plusieurs veines de la rétine commencent brusquement, ayant sans doute leur origine dans la choroïdo et traversant verticalement la rétine. M. Gunn demande si les membres de la Société ont vu quelque chose d'analogue.

— M. *A. Brown* communique un cas de conjonctivite grave produite par l'introduction de whisky dans l'œil. Le

malade, vu le lendemain de l'accident, avait les deux yeux fermés; les paupières étaient tuméfiées, et un liquide sanieux, purulent et jaunâtre s'écoulait par la fente palpébrale. La moitié inférieure de la cornée était recouverte par une membrane diphthéroïde, que l'on pouvait enlever, et sous laquelle la cornée était claire et transparente. La conjonctive était épaissie, injectée, un peu ecchymotique, mais elle ne présentait pas de chémosis. Très vive douleur et photophobie. Des fomentations de belladone et des lavages à la solution tiède d'acide borique remirent rapidement toutes choses en place.

— M. *Walker* lit une note sur la pathogénie et le traitement du glaucome. Il pense que cette affection est due à l'inflammation des trabécules du ligament pectiné, dont la cause première est la contraction excessive du muscle ciliaire. Il propose comme traitement l'établissement d'une fistule sous-conjonctivale.

— M. *Benson* communique un travail sur le jequirity et sa valeur thérapeutique. Il a employé ce médicament dans soixante cas de conjonctivite granuleuse. Il semble disposé à attribuer une action puissante à la solution de jequirity, même en l'absence de micro-organisme, car il a employé des solutions plus ou moins vieillies renfermant des bacilles privés de mouvement, et il n'en a pas moins constaté les heureux effets.

Clinical Society of London.

SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1884.

Artérite oblitérante de l'humérale droite.

M. *Pearce Gould* présente un jeune homme de dix-neuf ans n'ayant aucun antécédent morbide, personnel ou de famille. La maladie dont il est atteint a débuté au mois de mai 1883 par un refroidissement et un changement de coloration des doigts de la main droite, avec douleurs nocturnes. L'artère brachiale droite, à ce moment, était plus résistante que la gauche et ses battements moins nets; au niveau du pli du coude, le pouls avait complètement disparu. Rien dans les autres artères, ni au cœur. Rien dans les urines. Depuis quelque temps les battements de l'axillaire ont diminué; les doigts sont momifiés. M. Gould pense qu'il est en présence d'une artérite oblitérante, telle que celle décrite par Friedlander, et qu'on peut la rapprocher des artérites des vaisseaux intracrâniens.

M. *Hodden* dit avoir observé un cas à peu près semblable chez une femme de trente-cinq ans, non syphilitique, ayant l'habitude de coucher avec un enfant infirme, qui reposait sur son bras pendant la nuit. Elle eut un commencement d'arrêt de la circulation des doigts, avec froid, pâleur, etc., mais tout s'arrêta après qu'elle eut perdu l'extrémité de trois ou quatre doigts.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1884.

Thrombose de la veine cave inférieure.

M. *Mansell Moullin* présente le malade sujet de cette observation et lit son histoire. Homme de trente-cinq ans, entré à London Hospital pour des veines variqueuses et une ulcération de la jambe gauche. Ni syphilis, ni goutte. Un an et neuf mois avant il s'était contusionné violemment la jambe droite et avait dû garder le lit quelques semaines. Peu de temps après il constata que de grosses veines se montraient à la partie inférieure de la paroi abdominale. Pas d'anasarque, ni d'hématurie. Au moment de son admission, on remarque sur les parois de l'abdomen plusieurs grosses veines tortueuses qu'on peut diviser en trois groupes : deux du côté gauche, l'un ayant son origine dans le triangle de Scarpa et l'autre sur le milieu de la crête iliaque; le troisième se trouve à 4 pouces de la colonne vertébrale. Dans l'abdomen, on rencontre une masse dure en avant de la colonne vertébrale, au niveau de l'ombilic, prédominant surtout à droite; on y perçoit des pulsations, du thrill et un bruit de souffle; il n'y a cependant pas de signes d'anévrysmes, car il n'existe pas de mouvements d'expansion. On a porté le diagnostic de thrombose de la veine cave inférieure, avec coagulation s'étendant à travers la veine iliaque gauche jusqu'à la fémorale; la tumeur de l'abdomen étant la partie inférieure de la veine cave avec les tissus périphériques indurés et œdémateux, les pulsations correspondent à un vaisseau comprimé et déplacé de l'abdomen, probablement la mésentérique supérieure. L'abouchement des veines rénales avec leur fort courant empêche la thrombose de s'étendre. Ce malade sera suivi avec soin, promet M. Moullin.

SÉANCE DU 14 MARS 1884.

Insuffisance de l'artère pulmonaire. — Abcès multiples du foie; incisions; guérison.

M. *Fowler* lit une note sur un cas d'insuffisance de l'artère pulmonaire, chez une femme de vingt-trois ans, domestique, qui se plaignit pour la première fois, en août 1882, de toux, de dyspnée et de douleur dans l'aisselle gauche. Le lobe droit du corps thyroïde était hypertrophié. On entendait un souffle diastolique dans le second espace intercostal gauche, avec thrill bien évident; pas d'hypertrophie du ventricule gauche, mais l'impulsion du ventricule droit était un peu plus forte que normalement. En janvier 1884, la malade se plaint de vertiges et de douleur dans la région sternale. A la percussion, on constate une zone de matité dans le second espace intercostal gauche, en même temps qu'on perçoit au même point un soulèvement manifeste à chaque pulsation. M. Fowler pense qu'il se trouve en présence d'une insuffisance de l'artère pulmonaire avec dilatation du vaisseau, c'est aussi l'avis d'une commission composée de MM. Moxon, Douglas et Powell.

— M. *Samuel West* rapporte une observation d'abcès multiples du foie chez un garçon âgé de onze ans, traités par les incisions et suivis de guérison. Ce malade fut apporté à l'hôpital le 20 février, se plaignant d'une violente douleur dans l'hypochondre droit et ayant une température très élevée. Le 23 février, un vaste abcès fut évacué au moyen de l'aspiration. Quatre jours après, une incision à ciel ouvert donna écoulement à 7 onces de pus; un second abcès reconnu fut ce même jour traité par l'aspiration. Le 6 mars, deux nouvelles tumeurs furent ouvertes et drainées. Le 9 avril, nouvelle collection également ouverte. A partir de ce moment, la convalescence commença, interrompue seulement par un abcès diffus de la paroi abdominale. Les points remarquables de cette observation sont l'âge du malade, onze ans; le nombre des abcès, trois ou quatre, et probablement plus; l'absence d'une cause connue, les bons effets des ponctions et des incisions. Une intéressante discussion à ce sujet s'engage sur les causes et les symptômes des abcès du foie.

A. Pousson.

Société médicale de Vienne.

SÉANCE DU 28 MARS 1884.

Résection du pylore. — Compression cérébrale.

Le docteur *V. Hacker*, assistant de Billroth, présente une femme chez laquelle ce chirurgien a pratiqué une résection du pylore cancéreux. Il rend compte en même temps d'une opération pratiquée chez une femme de quarante-trois ans qui présentait une tumeur abdominale. L'opération démontra qu'il s'agissait de la rate complètement détruite par un lympho-sarcome. Les adhérences avec l'épiploon et l'intestin furent détachées avec un instrument mousse ou sectionnées après ligature préalable. L'opérée va bien. Hacker rappelle en quelques mots les trente-six cas d'extirpation de la rate publiés jusqu'à ce jour.

— M. le professeur *Adamkiewicz* fait une communication importante sur la compression cérébrale. Il étudie d'abord la compressibilité de la matière cérébrale. Rien n'est plus facile que de démontrer son existence. Il suffit d'introduire dans le crâne d'un lapin un morceau de laminaria, lequel en se gonflant se creuse un lit dans la substance cérébrale. La substance étant restée normale dans toutes ses couches, il faut en conclure qu'elle est compressible. Si l'on tue l'animal par hémorrhagie et si l'on injecte les vaisseaux, on trouve au point comprimé les vaisseaux hyperhémiés (paralysie de la tunique musculaire). La compressibilité du cerveau ne tient donc pas au retrait du sang ou de tout autre liquide incompressible de sa nature : elle tient au tassement de la substance cérébrale elle-même.

Si l'on enlève à l'animal encore vivant la tige de laminaria, l'impression produite disparait, ce qui démontre que la substance cérébrale est élastique. Cette élasticité diminue en raison de la durée de la compression. Au bout d'un an, l'auteur a trouvé la pie-mère transformée en tissu cellulaire entourant comme d'une capsule tout le foyer, les vaisseaux multipliés et augmentés de volume, pas de tissu cellulaire de nouvelle formation. La substance nerveuse est fortement tassée. Le nombre des ganglions est augmenté et les vaisseaux sont plus apparents quoique le volume total soit diminué.

L'auteur distingue trois formes de compression : une première, qui ne dépasse pas les limites de la compressibilité normale du tissu nerveux, une dernière, conduisant à la destruction, et une forme intermédiaire. Dans le premier cas, il n'y a aucun trouble fonctionnel : dans le second les troubles dépendent uniquement de la zone comprimée.

Chez le lapin la compression de la zone motrice détermine la succession des phénomènes suivants : l'animal reste tranquille, baisse la tête, salive, grince des dents, fait des mouvements des lèvres, des paupières, de la tête, des muscles du dos, des pattes. Les convulsions cloniques unilatérales se distinguent de l'épilepsie et ressemblent à l'épilepsie jacksonnienne, qui d'ailleurs est due à la présence de tumeurs dans les hémisphères cérébraux. — Si la compression se prolonge, il se produit une hémiplégie intéressant tous les muscles convulsés précédemment. Enfin l'animal hémiplégié devient paraplégique : confirmation éclatante des vues de Munk et de Brown-Sequard. L'auteur a constaté en outre que chez les animaux hémiplégiés, les réflexes tendineux sont de plus en plus marqués, puis deviennent de l'épilepsie spinale, du tremblement, finalement de la paraplégie.

Société médicale de Berlin.

SÉANCE DU 26 MARS 1884.

Paralysie traumatique du nerf radial. — Sarcome myélogène de l'humérus.

M. *Israel* présente un jeune homme dont le bras, pris dans une machine, présentait une fracture triple suivie de paralysie et d'atrophie dans le domaine du nerf radial. L'auteur mit à nu le nerf radial au-dessus du foyer de la fracture et poursuivit vers le bas. Il découvrit qu'au niveau du cal, le nerf était aplati et soudé par le fragment postérieur, soudé au périoste, d'une couleur jaune pâle contrastant avec son segment supérieur. L'auteur fendit la gaine, détacha le nerf de ses adhérences, sectionna le périoste, le releva de chaque côté et enleva avec le ciseau une portion suffisante du cal pour que le nerf pût conserver sa direction et sa tension normale. La plaie guérit par première intention. Le malade remis aux soins de M. Remak guérit au bout de trois mois de traitement.

M. *Remak* expose les détails du traitement. Il trouve l'opération parfaitement justifiée. L'observation est d'ailleurs heureuse, car il arrive souvent que le rétablissement de la fonction nerveuse ne se produit qu'au bout de douze ou dix-huit mois.

— M. *Küster* présente une préparation de sarcome myélogène de la tête de l'humérus, tumeur rare qui semble manifester une singulière prédilection pour cette région. L'observation ne présente rien de particulier.

REVUE DES JOURNAUX

Note sur l'emploi de l'acide gallique dans les hémorrhagies des organes urinaires, par Lionel S. Beale. — C'est, d'après l'auteur, le meilleur hémostatique qu'on puisse employer dans les hémorrhagies des organes urinaires; mais il faut l'administrer à doses répétées et élevées, car il est rapidement éliminé par les urines. Son usage arrête les hémorrhagies provenant de la muqueuse du bassinet, de l'uretère, de la vessie, de l'urèthre; il agit également favorablement dans les tumeurs fongueuses des reins, des uretères, de la vessie, dans les hypertrophies de la prostate avec énorme dilatation vasculaire. L'estomac le supporte bien, il ne détermine pas de constipation. Le meilleur procédé d'administration est de le mélanger avec de la glycérine au quart. (*The Lancet*, 15 mars 1884, p. 466.)

Cellulite de l'orbite, par le docteur Thomas Pooley. — L'auteur rapporte deux cas d'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite, dont la cause est restée obscure, et à ce sujet il entre dans quelques considérations sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de cette affection. Il insiste particulièrement sur la compression des artères de la rétine et sur la thrombose veineuse. Le diagnostic doit être fait avec l'irido-choroïdite, l'inflammation de la glande lacrymale, la ténonite, la périostite et la carie de l'orbite. Quant au traitement, on emploiera avec avantage les cathartiques, le mercure; les applications de compresses chaudes bien préférablement aux compresses froides ; on se trouvera bien aussi d'une légère compression sur le globe de l'œil ; enfin, si les phénomènes de tension sont considérables, il ne faudra pas hésiter à faire une incision pour évacuer le pus, incision faite suivant les règles de l'antisepsie et accompagnée d'un bon drainage. (*New York medical Journal*, 1er mars 1884. p. 241.)

La durée de la fièvre typhoïde peut-elle être diminuée? par P. Fry. — Les praticiens les plus autorisés répondent par la négative à cette question; cependant le docteur Thomas King Chambers, supposant que le poison typhique fait une première étape dans l'estomac, avant d'infecter toute l'économie, et qu'il y détermine d'abord des désordres locaux se manifestant par des vomissements opiniâtres, pense qu'il y a avantage à employer la médication vomitive, pour débarrasser hâtivement l'organisme de ce poison et diminuer l'intensité et la longueur de la fièvre typhoïde. Guidé par l'opinion de Chambers, Fry a appliqué le traitement émétique à plusieurs typhiques et en a retiré, dit-il, de très bons effets, toutes les fois qu'il l'a employé assez tôt. Il rapporte plusieurs observations. (*The medical Record*, 1er mars 1884, p. 230.)

Tétanos idiopathique, par le docteur Edward Cureton. — Un homme de soixante-dix-huit ans, d'une très bonne santé antérieure, à l'exception de quelques douleurs rhumatismales dans ces trois dernières années, n'ayant jamais reçu aucune blessure, mais habitant un endroit humide, se plaint le 25 décembre 1883 d'un coryza ordinaire et de quelques douleurs dans les jointures des mains et des pieds. Le 8 janvier il accuse de la raideur dans les muscles de la nuque et de la gêne dans la mastication et la déglutition. Peu à peu les spasmes musculaires envahissent tous les muscles du corps et gagnent les muscles du thorax; la mort arrive dans un accès de suffocation le matin du sixième jour. Le traitement consista dans l'administration de hautes doses de bromure de potassium et un bain de vapeur. Pas d'autopsie. L'auteur attribue la cause de cette affection, que rien autre chose ne peut expliquer, à un *poison rhumatismal* et rappelle que Niemeyer reconnaît le tétanos rhumatismal comme une affection parfaitement déterminée. L'âge du malade dans ce cas est aussi intéressant à signaler. (*The Lancet*, 8 mars 1884, p. 422.)

Un cas de superfétation, par le docteur J.-W. Lewis. — Une femme de quarante-cinq ans accouche normalement d'un garçon à terme et bien constitué. Sitôt la sortie de l'enfant, l'accoucheur, plaçant la main sur le ventre de la mère, trouve l'utérus contracté sur une masse solide, mesurant environ huit pouces dans son plus petit diamètre et douze dans son plus grand. La délivrance ne se faisant pas d'elle-même, M. Lewis extrait artificiellement un placenta présentant les particularités suivantes : son volume est à peu près doublé; sur sa surface libre on voit un grand nombre de nodules calcifiés variant du volume d'un pois à celui d'une grosse noix; ses deux tiers sont formés d'une substance spéciale caséeuse, s'écrasant facilement entre le pouce et l'index; près de son centre et adhérent à sa substance se trouve un volumineux kyste, contenant environ une pinte de liquide, et dans lequel se trouve un fœtus mâle de trois pouces et demi de long, attaché par un cordon ombilical de petit volume à une masse ressemblant à un placenta greffé sur la face interne du kyste. Ce fœtus avait évidemment reçu de la mère les éléments de sa nutrition, car il paraissait bien nourri et sa mort paraissait récente. (*The medical Record*, 23 février 1884, p. 205.)

BIBLIOGRAPHIE

Les flèches empoisonnées, par M. le docteur Brassac. — **La médecine légale chez les Chinois**, par M. le docteur E. Martin.

Qui n'a entendu parler des flèches empoisonnées des sauvages? Quel amateur d'*Exposition universelle* n'a eu occasion de contempler quelqu'une de ces tiges de bois dur munies à leur extrémité d'un morceau d'os aigu, dont la pointe est recouverte d'une substance brunâtre? Eh bien, tout cet appareil de mort ne paraît être que fantasmagorie, au moins en ce qui concerne les flèches des sauvages du Pacifique. Ces messieurs ne sont pas meilleurs pour cela; ce qui leur manque, ce sont des connaissances solides en matière médicale et en toxicologie. Beaucoup enduisent réellement leurs flèches de substances destinées à empoisonner leurs ennemis; seulement ces substances sont inoffensives ou peu dangereuses. C'est ce qui résulte d'un intéressant document que je reçois de Nouméa. Il s'agit un rapport adressé par le chef du service de santé de la Nouvelle-Calédonie, M. le docteur Brassac, au nom d'une commission qu'a instituée M. le gouverneur, par décision du 16 mars 1883, et dont faisaient partie MM. A. Michel, médecin principal; J.-B. Campana, pharmacien de 1re classe, et A. Montrouzier, missionnaire apostolique. Cette commission était chargée « d'examiner la nature du poison des flèches empoisonnées, employées par les naturels des îles du Pacifique; les effets, la durée de ce poison, et de rechercher les moyens qui peuvent le combattre et le guérir ». Veuillez remarquer, s'il vous plaît, que ce style n'est pas celui du rapport, mais celui de la formule administrative. Le rapport, en bon français qui ne se sent aucunement du milieu sauvage, expose une série de faits propres à répandre une vive lumière sur la question posée. On a pu observer à loisir des hommes blessés par les flèches dans diverses attaques de sauvages contre des équipages anglais ou contre des missionnaires; et la relation de ces cas a été publiée par des témoins dignes de foi, dont l'un est un confrère expérimenté, le docteur Messer, de la frégate anglaise la *Pearl*. De l'ensemble de ces observations il résulte : d'abord que certaines flèches ne portent, quand elles sont extraites, aucune trace de substance végétale, et que, conséquemment, si elles en avaient été munies, ce devait être en très petite quantité; secondement, que, même dans les cas où elles en présentaient, la marche et la nature des accidents, comme le genre de mort lui-même, n'étaient aucunement favorables à l'hypothèse d'une intoxication. Les accidents graves se sont toujours déclarés du *sixième au vingt-sixième jour*, ce qui n'est guère en rapport avec les résultats de l'injection hypodermique des poisons, telle que la pratiquent les chrétiens. En outre, la mort a lieu par le tétanos. La fréquence de ce terrible accident s'explique par la composition de l'instrument vulnérateur qui est très solide, souvent composé de plusieurs tiges reliées ensemble, terminées tantôt, comme il a été dit plus haut, par un fragment d'os aiguisé, tantôt par une pointe de bois dur taillé et barbelé. Cette pointe, dont la longueur a communément une longueur de 20 à 25 centimètres, pénètre profondément dans les chairs, y produit des déchirures et s'y brise fréquemment.

Voilà un premier motif de rejeter l'idée d'un empoisonnement, tout au moins d'un empoisonnement sérieux : c'est le motif physiologique. La commission en fait valoir un autre, celui-là expérimental et plus décisif encore. Elle a eu à sa disposition 50 flèches (dont 15 de luxe), ne présentant pas d'enduit suspect et 35 dont la pointe était recouverte d'un enduit gommo-résineux diversement coloré; sur quelques-unes on remarquait à la surface de l'enduit une matière rugueuse et noirâtre, ressemblant à de la poudre mouillée, puis desséchée. La commission, se substituant aux indigènes de Vanikoro et des Nouvelles-Hébrides, s'est mise à transpercer des lapins et des coqs, en ayant soin de laisser pendant un intervalle de cinq à dix minutes le dard dans la plaie; les animaux ne s'en sont plaints d'aucune manière, pas seulement une petite atteinte de tétanos. Les injections hypodermiques de la matière suspecte ont été faites sur huit rats et un chien. Un rat s'est avisé de mourir le lendemain, mais sans qu'on ait pu l'observer à ses derniers moments. C'était un mauvais caractère : il était entré dans une atroce fureur pendant l'opération. Les autres rats ont continué à grignoter pacifi-

quement. Il faut dire tout; le chien qui avait reçu la matière fournie par le raclage de *quatre* pointes de flèche « a refusé de manger à son heure habituelle et a eu des tremblements (non des convulsions), qui ont été surtout très prononcés deux heures après l'injection et qui ont persisté, tout en diminuant graduellement, jusqu'à quatre heures du soir ». L'opération avait été faite à neuf heures du matin. Le lendemain ce chien, qui est du reste rhumatisant, paraissait revenir à son état ordinaire. Trois jours après, piqué avec une flèche suspecte et taillée en plume pendant cinq minutes, il a manifesté dans les heures suivantes une certaine inquiétude et a retardé l'heure de son repas, mais n'a pas eu le moindre tremblement.

Ces diverses expériences sont confirmatives de celles qui avaient été faites précédemment par Forster, Van Leent, Halford. La conséquence à en déduire, c'est que les substances dont les sauvages enduisent leurs flèches n'ont pas le caractère d'un agent morbigène actif, à effets rapides et pouvant jouer un rôle important dans les suites de la blessure. Mais on ne pourrait aller jusqu'à les déclarer absolument inoffensives. Les expériences de Van Leent (faites sur les oiseaux de forte taille) sembleraient même prouver que celles qui sont employées par les Bornéens et les Javanais sont plus actives que celles dont se servent les indigènes des archipels voisins de la Nouvelle-Calédonie. Seulement, comme le remarque M. Brassac, la quantité de matière qu'il a fallu pour rendre un chien malade pendant un jour seulement, à supposer que la maladie ait été réellement produite par l'injection, est de nature à rassurer contre les effets d'une blessure faite chez l'homme par une flèche de sauvage, surtout si, comme cela a lieu d'ordinaire, elle est promptement extraite. Le Rapport a d'ailleurs soin de faire ses réserves au sujet des flèches usitées sur la côte occidentale d'Afrique et dans l'Amérique du Sud.

On n'est pas entièrement dépourvu de renseignements sur la composition de cet enduit des flèches. Le rapport cite, pour Bornéo et Java, d'après Van Leent, les sucs du *Pohon-upas* (*antiaris toxicaria*), et du *Pohon-ipoe* (*strychnos-tieuté*); pour l'Afrique occidentale (notamment les Pawhins) et le Sud américain, l'*inée*, le *curare*. La suite en serait longue. Les plantes désignées comme fournissant des *poisons de flèches* dans les contrées sauvages des diverses parties du monde sont en effet assez nombreuses, et elles sont telles parfois, qu'on ne saurait douter que l'introduction d'une partie même minime des substances actives qu'elles renferment, ne soit de nature à faire courir aux blessés de sérieux dangers; mais il se peut ou que ces plantes n'aient pas toutes l'usage qu'on leur attribue, ou, si elles l'ont, que l'extraction des sucs en soit défectueuse. Quoi qu'il en soit, ce qui ressort clairement des recherches de la commission et du rapport de M. Brassac, c'est que dans les îles du Pacifique, les flèches suspectes ne déterminent pas, chez les blessés, d'accidents bien appréciables d'intoxication.

C'est une opinion assez répandue que les sauvages enduisent quelquefois leurs flèches de matières animales putréfiées; ils ont l'instinct de la septicémie. La commission n'a touché ce point qu'accessoirement; et elle a constaté avec Billroth que les animaux succombent après l'inoculation des matières putrides récentes, mais n'éprouvent aucun fâcheux effet des matières putrides desséchées depuis quelques jours.

En définitive, la question des pratiques usitées par les sauvages pour empoisonner leurs flèches est ouverte, et il est toujours intéressant de rechercher quelles sont les substances qu'ils emploient dans ce but. Ces substances, cela est certain, ne sont pas bienfaisantes : sont-elles toutes nuisibles, et à quel degré? Quelques-unes ont-elles assez d'énergie toxique pour produire des accidents mortels si elles étaient absorbées à dose un peu notable? En attendant qu'on soit parfaitement renseigné à tous ces égards, on est, quant à présent, en droit d'accuser les sauvages de tentatives criminelles non suivies d'effet par suite de circonstances indépendantes de leur volonté.

Si-yuen-lu, par M. Ernest Leroux. Brochure in-8° de 70 pages.

Si les Peaux-Rouges ne sont pas forts en toxicologie, et vraisemblablement aussi en médecine légale, c'est peut-être qu'ils ont pris leurs leçons des Chinois. Il leur sera arrivé quelque exemplaire du *Si-yuen-lu;* assemblage de mots fort difficile à traduire en français, paraît-il, mais dont le sens général est celui d'un recueil de moyens propres à laver quelqu'un d'une injure, d'un préjudice. J'ai sous les yeux une sorte d'analyse très détaillée de ce savant ouvrage (1) par le docteur Ern. Martin, sinologue distingué, dont la *Gazette hebdomadaire* de 1873 a publié une intéressante étude sur la médecine des Chinois. Le *Si-yuen-lu* est daté, il est vrai, de 1248, et a été composé par un célèbre médecin du nom de *Sung-tze;* mais il n'a pas vieilli : il est toujours à la hauteur de la science contemporaine, je parle de la science du pays, et c'est pourquoi les nombreuses éditions qu'on en a faites ressemblent à la première.

Le *Si-yuen-lu*, composé d'après les documents épars dans les diverses législations, est un *Compendium* de médecine légale, comprenant à la fois l'instruction criminelle et l'expertise médicale, et servant de guide aux magistrats aussi bien qu'aux médecins. Il est une sorte de palladium pour le peuple, convaincu de l'infaillibilité des mesures qui y sont prescrites; à ce point, dit M. E. Martin, « que, dès le moment où un accusé apprend que son crime doit passer au crible de l'instruction, il est tout disposé à l'aveu spontané ». Heureuses contrées! Heureuse sottise des criminels, qui corrigent la profonde ignorance de leurs juges en les éclairant eux-mêmes par un aveu! Le proverbe a tort : c'est la foi qui perd! Chez nous, c'est tout le contraire ; avec des empoisonneurs chimistes, par exemple, avec des conflits suscités entre les experts du tribunal et les experts de la défense, des avocats qui lisent les livres de médecine, on a toujours la chance de mettre le désordre dans la cervelle des honnêtes bourgeois qui forment le jury.

L'empoisonnement, c'est un des grands moyens d'homicide chez les Chinois. Un missionnaire, le P. Cibot, a cru bon de ne pas en parler, afin « de ne pas révéler à l'Europe des horreurs *qu'elle a le bonheur d'ignorer* ». Le bon Père calomnie l'Europe criminelle. Elle n'empoisonne pas avec des vers à soie; elle n'asphyxie pas par l'aspiration de petites feuilles d'or pénétrant jusque dans les voies respiratoires; elle n'introduit pas des boulettes d'arsenic dans l'oreille; mais elle en sait plus long que la Chine sur le *pa-tiou* (croton-tiglium), sur le *shue-yin* (mercure), sur le *sing-gen* (acide prussique), sur le *yapien-yen* (opium), etc., etc., et elle ne serait pas embarrassée pour accroître ses richesses en ce genre.

Faut-il entrer dans le détail de cette médecine légale du Céleste-Empire? A quoi bon? Cela tournerait bien vite à la monotonie de l'amusement, à la banalité du rire. Un ou deux exemples seulement pour vous donner idée de ce que vous perdez. Veut-on constater l'identité d'une personne morte au moyen de sa parenté avec telle ou telle autre? Celle-ci répand de son sang sur les os du mort : si le sang pénètre dans leur intérieur, la parenté est démontrée. Il est bon d'ailleurs de ne pas ignorer que « le mélange du sang entre parents, enfants, époux, épouses, a lieu dans un vase rempli d'eau froide, tandis que le sang des étrangers ne se mêle jamais ». Est-on en présence d'un cadavre carbonisé? Rien de

(1) Exposé des principaux passages contenus dans le *Si-yuen-lu*. Broch. in-8° de 70 pages. Paris, Ernest Leroux.

plus aisé que de savoir si un individu a été brûlé vif ou jeté dans le feu après la mort. On jette un de ses os sur le sol; s'il y a résonance, le malheureux a péri dans les flammes.

N'allez pas croire pourtant que dans ce pot-pourri de sentences médicales, où la science ne se montre jamais, mais qui n'est pas non plus un pur produit de l'imagination, on n'en trouve aucune qui ne soit d'accord avec l'observation, et ne puisse dès lors être de quelque utilité au médecin expert. Souriez d'abord de cette opinion (partagée d'ailleurs par bien des Français) que le corps d'un homme noyé flotte sur le ventre, *bien qu'il ne porte pas de fardeau*, tandis que le corps d'une femme flotte sur le dos; mais écoutez ce qui suit : chez une personne noyée, quel qu'en soit le sexe, « la peau de la plante des pieds et des mains est ridée; il y a du sable... sous les ongles des mains et des pieds... Le sable que l'on trouve dans les fosses nasales et dans la bouche témoigne des efforts qu'on a faits pour respirer, tandis que ce signe ne se rencontre pas lorsque la mort précède la chute dans l'eau. » Ce texte, qui est de M. Martin, mais qui reproduit la pensée du *Si-yuen-lu*, ne serait pas déplacé dans un livre d'Orfila ou de Tardieu. Et l'on pourrait citer quelques autres propositions aussi exactes, mais presque toujours gâtées par l'ignorance de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie, ces trois petits ingrédients d'une médecine légale un peu sérieuse.

Index bibliographique.

Some remarks on naso-aural catarrh (quelques remarques sur le catarrhe naso-aural) (La *Toux nasale*, brochure extraite des *Transactions médico-chirurgicales de l'Etat de Maryland*, 1883), par M. John Mackenzie. — C'est particulièrement du catarrhe hypertrophique de la pituitaire que s'occupe l'auteur, catarrhe qui se prolonge souvent, on le sait, jusque dans la trompe d'Eustache.

Il en donne la description anatomique, rappelle les tumeurs adénoïdes sessiles ou pédonculées qui se forment quelquefois sur la muqueuse, et qui sont souvent confondues avec les polypes, les symptômes auxquels cette maladie peut donner lieu, les troubles qu'elle apporte dans la respiration et l'olfaction, et, arrivant au traitement, fait connaître les moyens qu'il emploie pour faire disparaître l'obstruction du conduit, ou plutôt décrit le procédé qu'il emploie pour enlever les tumeurs par la ligature faisant office d'écraseur, et que la dilatation préalable et l'introduction d'un miroir dans la bouche permettent de manœuvrer avec sécurité.

L'auteur donne quelques autres indications sur les autres moyens de traitement, mais ce n'est qu'une partie très accessoire de ce travail.

De la nature de la coqueluche et de son traitement par la résorcine, par le docteur Moncorvo, membre de l'Académie de médecine de Rio-de-Janeiro.— Ce mode de traitement est fondé sur la nature bacillaire de la coqueluche, qui tendrait à démentir, depuis le mémoire de M. Poulet (*Académie des sciences*, 1867), les recherches de Lesterich, Tschamer, Oltramare, etc., et celles mêmes que l'auteur a entreprises avec M. Silva Aranjo. Ces bacilles existent toujours dans les crachats, et leur prolifération est proportionnelle à la marche de la maladie; elles perdent leur mouvement sous l'influence de la médication indiquée. Cette médication est l'analogue de toutes celles qui ont été instituées dans ces dernières années en vue de la nature parasitaire de la coqueluche, et dans lesquelles figuraient le salicylate de soude, le thymol, le pétrole et surtout l'acide phénique. Le docteur Moncorvo a eu recours à une substance congénère de l'acide phénique, la *résorcine*, introduite dans la thérapeutique par Andeer (de Wurtzburg), puis par Callias, Dujardin-Beaumetz, etc. Cette substance exerce une action topique moins irritante que celle de l'acide phénique. Il l'emploie en solution aqueuse dans la proportion de 1 pour 100, qu'il porte toutes les deux heures environ sur la glotte au moyen d'un pinceau. Les premières applications augmentent quelquefois les crises convulsives; mais l'amélioration ne tarde pas à se produire, et les coqueluches se guérissent en très peu de temps. « Dans une série de trente cas, dit l'auteur, je n'ai pas eu à enregistrer un seul insuccès. » Le mémoire contient la relation de dix-huit de ces cas. Et il est certain qu'on y voit constamment le nombre des accès diminuer avec rapidité après quelques applications du remède, et les accès disparaître entièrement après six, huit, dix, vingt jours de traitement.

Da dilataçao do estomaco nas creanças, e seu tratamento (De la dilatation de l'estomac chez les enfants et de son traitement), par le docteur Moncorvo. — L'auteur, qui est professeur de clinique des maladies des enfants à la policlinique de Rio-de-Janeiro, a poursuivi chez les enfants les observations qui ont été faites depuis bien longtemps, et renouvelées dans ces dernières années, sur la dilatation de l'estomac. M. Moncorvo, qui paraît très au courant de la littérature médicale, et surtout de celle de France, a soin de rappeler que cette question a été étudiée « sous tous les points de vue » en 1833 par Duplay, alors chef de clinique de Rayer, à l'hôpital de la Pitié (*Archives générales de médecine*), et énumère les principales recherches qui ont eu celles-là pour point de départ. En ce qui le concerne, il a observé la dilatation d'estomac chez neuf enfants de quinze mois à treize ans, dont quatre filles et cinq garçons. Chose à noter, sept de ces enfants présentaient des signes évidents de syphilis héréditaire; six des signes d'impaludisme, et un des syphilitiques était en même temps phthisique. On voit donc que les enfants atteints de dilatation de l'estomac étaient sous le coup d'une ou plusieurs cachexies. L'auteur relate toutes les observations dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer, mais qui seront lues avec beaucoup d'intérêt.

Influence des bains sur la température du corps, par le docteur P. Aubert, chirurgien en chef de l'Antiquaille. Broch. in-8°. Lyon, 1883. H. Georg. — Ces recherches ont été faites à Saint-Aubin-sur-Mer dans les années 1879, 1880 et 1881. Les températures périphériques ont été prises toujours sur le même point (face antéro-externe du bras gauche); les températures internes l'ont été dans le rectum. M. Aubert, à qui l'on doit déjà des observations sur la température axillaire (*De l'hyperhydrose axillaire des personnes nues*, in *Annales de dermatologie*, 1882), a étudié successivement l'influence de la durée du bain, celle de l'exercice avant le bain, celle de l'exercice pendant le bain, celle de l'exercice après le bain. Il s'est occupé ensuite des réactions multiples, du rapport entre les températures réelles et les sensations éprouvées dans la demi-immersion, et des moyens divers d'obtenir l'action et la réaction sans abaisser la température; de l'influence de l'habitude sur la netteté des réactions. Il termine par des considérations sur l'action et la réaction en général.

On voit que le sujet a été envisagé sous toutes ses faces, et que les expériences de l'auteur sont de nature à apporter une précision particulière dans cette partie un peu vague de l'hydrothérapie. Aussi ne nous étonnons-nous pas que la Société de médecine de Lyon l'ait honoré par une médaille d'or. Nous en extrairons seulement quelques données, choisies parmi celles qui sont de nature à intéresser le plus grand nombre de baigneurs. 1° Les bains *très courts* n'exercent presque aucune influence sur la température centrale. 2° Dans les bains de *cinq minutes*, et pendant le séjour dans l'eau, il se produit une élévation de température qui a pu atteindre jusqu'à 9 dixièmes de degré. Dans les cinq minutes qui suivent la sortie du bain, la température descend brusquement d'une quantité à peu près égale, et revient ainsi à un point très rapproché du point de départ; enfin cette chute est suivie d'un abaissement très faible (1 à 4 dixièmes). 3° *Dans les bains de quinze minutes*, toutes les courbes, malgré quelques variations, présentent les particularités suivantes : *a.* ascension brusque atteignant presque toujours son maximum dans les cinq premières minutes; *b.* maintien constant de cette température au-dessus du point initial pendant toute la durée du bain; *c.* après le bain, chute brusque de la température, qui ensuite descend lentement un peu au-dessous du point primitif; *d.* enfin lente réascension. Ces deux derniers faits sont importants en ce que le refroidissement interne est très persistant : ce n'est qu'entre la deuxième et la troisième heure que la réascension ramène la température au voisinage et au niveau de son point de départ. 4° Pour ce qui concerne les *bains prolongés*, un bain de vingt-cinq minutes a donné la même courbe que dans le cas précédent. L'abaissement maximum, dans la première heure qui a suivi le bain, a été de 8 dixièmes de degré et a persisté longtemps. Dans un bain de

trente minutes, la température s'est élevée pendant les vingt premières minutes de l'immersion, puis il s'est produit une chute brusque coïncidant avec une sensation prononcée de froid; après le bain, abaissement par étapes successives jusqu'à 1°,2; plus de deux heures après la sortie du bain, l'écart avec la température d'entrée était encore de 1 degré; cette sortie du bain avait été marquée par un frisson.

Quelles modifications apporte l'exercice à ces résultats? Les voici. La chaleur que développe l'exercice actif *pendant* la durée du bain reste, en quelque sorte, latente; mais le refroidissement consécutif est moins prononcé que si l'on est resté immobile; l'exercice modéré, celui qui est le plus habituel aux baigneurs, donne des résultats intermédiaires à ceux de l'exercice actif et de l'immobilité. L'exercice *après* le bain peut produire deux effets différents : s'il est lent ou modéré, il n'empêche pas l'abaissement de la température centrale et peut même, dans quelques circonstances, la favoriser; s'il est actif, il provoque, au contraire, une réelle ascension de cette température.

De l'ensemble des expériences, de celles qui sont relatives à la demi-immersion et à l'influence de l'exercice, l'auteur tire cette conclusion : « On ne peut compter, pour produire l'action et la réaction pleines, sans abaissement de température, que sur deux moyens : le bain court ou le bain plus long, mais accompagné et suivi d'un exercice actif. L'immersion partielle ne peut donner le même résultat. »

Nous engageons le lecteur à consulter le chapitre consacré à la comparaison des changements réels de température avec les sensations éprouvées, et où la température centrale et la température périphérique sont étudiées parallèlement.

Leçons sur les déformations vulvaires et anales produites par la masturbation, le saphisme, la défloration et la sodomie, par le docteur Martineau, recueillies par M. Lormand. Paris, 1884. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — Un jour que Récamier, appelé en consultation par un confrère, rejetait brusquement les couvertures du lit de la malade, mettant ainsi presque à nu un corps de jeune fille, ce confrère ne put réprimer un mouvement de surprise où le blâme se lisait clairement. « N'êtes-vous pas *médecin*, » s'écria durement le célèbre vitaliste? Ce mot a de la grandeur. Le médecin, dans son ministère, est au-dessus de tout soupçon de convoitise charnelle. La pudeur des familles, en ce qui le touche, est une injure. Pourtant nous ne conseillerions à personne de se conformer rigoureusement à cette maxime; elle est hors nature. La pudeur est un sentiment instinctif qui ne s'évanouit pas même en face de la vertu la plus incontestable, et le raisonnement de Récamier, suffisant pour le praticien, ne l'est pas pour la malade. Le milieu sur lequel nous place M. Martineau est moins embarrassant. Les dames qui lui ont fourni les éléments de son livre se sont laissé secourir sans protestation, et on n'a pas de peine à se sentir *médecin*, nous voulons dire impassible, devant les misères du corps qui y sont décrites. Ces tableaux répugnent; certaines pages se lisent avec dégoût, et on se prend à présumer que l'auteur, pour s'engager dans les bas-fonds des mœurs secrètes plus profondément que ne l'avait fait Tardieu, pour entrer dans le détail minutieux de ces mystères obscènes, a dû vaincre ses propres répugnances plus que celles des habituées de Lourcine.

Après tout, il s'agit ici des intérêts de la science et plus encore de ceux de la justice. Malgré les recherches de Parent-Duchâtelet, de Tardieu, de Charpy et d'autres, on ne s'accorde pas encore entièrement sur les altérations que font subir à la vulve et à l'anus les diverses espèces de manœuvres honteuses. M. Martineau apporte à cette étude la gerbe importante qu'il a pu recueillir dans un service hospitalier si favorable à ce genre de récolte, et où il lui a été facile de ne produire ses appréciations devant ses élèves que pièces en mains. Ce qu'on trouvera de plus neuf dans son livre, c'est la partie relative au *saphisme* et au *tribadisme*. On y trouvera, à côté de certains renseignements du domaine de la police des mœurs, des indications cliniques qui ne sont indifférentes ni pour la pratique habituelle, ni pour la médecine judiciaire.

Lésions tardives après un traumatisme de rachis; plaie ulcéreuse sur l'ischion, par M. Guermonprez (broch. in-8°, extraite du *Journal des sciences médicales de Lille*). Paris, 1883. J.-B. Baillière et fils. — Il s'agit d'un homme qui fut atteint, il y a dix-sept ans, de paraplégie subite à la suite d'une chute sur le siège. Actuellement il n'y a pas de déplacement appréciable, ni trace de fracture des vertèbres; on constate des zones d'anesthésie et d'hyperesthésie des membres inférieurs, et des troubles trophiques assez remarquables. La peau des pieds, froide, violette' est comme doublée d'une graisse molle. Les cuisses ne sont atrophiées que du côté antérieur; la peau des jambes est rapeuse. Déviation des pieds; jambe droite étendue, la gauche fléchie; déformation de l'articulation tibio-fémorale gauche avec déplacement de la rotule en dehors, etc. Enfin plaie calleuse à la face gauche, ayant son point de départ près de l'orifice anal, et suivant la direction du pli fessier dans une étendue de 4 à 5 centimètres.

Cette observation est très intéressante en raison des troubles trophiques qui ont suivi une lésion évidente de la moelle. L'auteur la rapproche des observations de *mal perforant du pied*.

Applications du salicylate de bismuth au traitement de la fièvre typhoïde, par le professeur L. Desplats (broch. in-8°, extraite du *Journal des sciences médicales de Lille*). Paris, 1883. J.-B. Baillière et fils. — On se rappelle les essais faits l'an dernier par M. Vulpian sur l'emploi du salicylate de bismuth dans la fièvre typhoïde, et qui ne furent guère encourageants. M. Desplats aurait été plus heureux : sur 20 cas, le médicament lui a produit 11 fois une action *abortive;* 4 fois une action *modératrice*, et n'a produit *aucune action* chez 5 malades, dont 3 sont morts. L'auteur ne croit pas pouvoir se prononcer sur le mode d'action du salicylate de bismuth, et se montre porté à espérer qu'il serait plus actif encore et plus abortif si on le donnait dès le début du mal ou même comme préventif. Les meilleurs effets ont été obtenus avec une dose modérée (5 à 6 grammes); M. Vulpian la donnait presque toujours à celle de 10 à 12 grammes. Le salicylate employé par M. Desplats ne contenait que 3 pour 100 d'acide salicylique en excès; celui de M. Vulpian en contenait 25 à 30 pour 100.

Contribution a l'étude du lichen planus, par M. le docteur F. Lavergne, ancien interne des hôpitaux. — Thèse de Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — Le lichen plan, dont la première description est due à Erasmus Wilson, est une affection de l'âge adulte, fréquente surtout chez l'homme, et sur le développement de laquelle l'arthritisme et les troubles du système nerveux ont une influence incontestable. On peut diviser le lichen planus, au point de vue clinique, en trois variétés : lichen planus aigu, chronique et corné. Toujours la lésion élémentaire reste la même; elle est constituée par des papules, qui se multiplient et se groupent de façon à constituer des plaques d'un aspect tout spécial, remplacées, après guérison, par une pigmentation particulière. Dans un certain nombre de cas, l'affection reste stationnaire. On a préconisé le traitement général par l'arsenic à haute dose, mais d'autres auteurs préfèrent le traitement local par le glycérolé tartrique ou la pommade à l'acide pyrogallique; les deux méthodes ont donné des succès. Quant au *lichen ruber* de Hébra, il ne serait, pour l'auteur, qu'une modalité clinique du lichen plan, dont il représente la forme grave, inconnue en France, mais observée à l'étranger et en particulier à Vienne.

Emploi du jequirity et de l'inoculation blennorrhagique dans l'ophthalmie granuleuse, par M. le docteur A. Carette. — Thèse de Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — Après avoir rappelé l'origine des premiers essais d'inoculation jequiritique dans le traitement de la conjonctivite granuleuse, le docteur Carette rapporte un certain nombre d'observations et compare l'efficacité du procédé à celle de l'inoculation blennorrhagique. Il est d'avis que, à la première période de l'ophthalmie granuleuse, lorsqu'il existe un gonflement hypertrophique, un bourgeonnement des conjonctives palpébrales, avec un degré de sécrétion plus ou moins marqué, il faut employer les caustiques ; à la seconde période, dans les cas anciens, lorsque l'atrophie conjonctivale est accompagnée de pannus de la cornée, le jequirity donne de bons résultats : il convient presque mieux au traitement de la kératite qu'à celui de la conjonctivite d'origine granuleuse. Quant à l'inoculation blennorrhagique, c'est un moyen extrême, qui doit être réservé comme dernière ressource, lorsque tous les autres procédés, et l'emploi du jequirity lui-même, auront échoué. La préparation la plus employée de jequirity est la macération à froid de 10 grammes de graines décortiquées et pulvérisées, dans 500 grammes d'eau. Cette macération sert à lotionner les yeux du malade plusieurs fois par jour, jusqu'à ce que l'on obtienne une réaction suffisamment intense.

L'ophthalmie jequiritique et son emploi en clinique, par M. le professeur H. Sattler (d'Erlangen) et M. le docteur de

Wecker. — Paris. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — Consciencieuse étude sur les propriétés de l'infusé des graines de l'*Abrus precatorius*, et sur le mode de développement de l'ophthalmie jequiritique, due à la présence d'un schizomycète spécial, agent incontestable de l'inflammation virulente provoquée par les lotions avec l'infusion de jequirity. Non seulement l'ophthalmie jequiritique se laisse doser par le nombre et la force des lotions, mais, d'après de Wecker, la cornée ne court aucun risque pendant l'évolution de cette ophthalmie, pourvu qu'on n'augmente pas outre mesure le nombre des lotions, et qu'on ne les laisse pas se succéder trop rapidement, surtout s'il s'agit d'une préparation à 5 pour 100; de plus, incontestablement l'ophthalmie jequiritique guérit rapidement les granulations. Du reste, de Wecker conseille d'employer ce procédé de traitement même dans les cas les moins intenses, et aussi contre le pannus scrofuleux et les kératites pustuleuses graves. On emploiera alors l'infusion à 2 ou 3 pour 100, et l'on fera une ou deux lotions seulement. Cette inoculation opposée sous le nom de *végétale*, à l'inoculation blennorrhagique ou *animale*, doit seule être conservée et suffit à tous les cas, même les plus rebelles, si l'on sait manier les doses et approprier leur activité au but désiré. Dans une dernière partie, de Wecker entreprend une polémique de revendication pour la priorité de ses recherches sur l'ophthalmie jequiritique, et, tout en estimant qu'à aucun point de vue un débat de priorité ne saurait être soulevé, il conteste longuement les prétentions de Moura-Brazil à ce sujet.

De la mort subite pendant la crise hystérique, par M. le docteur Humbert Mollière, médecin des hôpitaux de Lyon. — Lyon, 1884. Henri Georg. — L'auteur, dans ce mémoire lu à la Société des sciences médicales de Lyon, établit la réalité de la mort subite au cours de la crise hystérique, mais reconnaît que c'est un accident fort rare, et qui a été passé sous silence dans la plupart des ouvrages écrits sur l'hystérie. Quant au mécanisme de la mort subite pendant l'accès convulsif, il est le résultat du spasme laryngien et de l'asphyxie consécutive, ainsi qu'on l'observe parfois dans l'épilepsie, dans l'hystéro-épilepsie, et dans la laryngite striduleuse. L'auteur rapporte une intéressante observation personnelle, relative à une femme atteinte d'hystérie incontestable, et qui succomba subitement pendant une attaque convulsive. L'autopsie ne révéla aucune lésion.

De l'intervention chirurgicale dans les hernies étranglées compliquées d'adhérences ou de gangrène. Entérectomie et entérorrhaphie, par M. le docteur J. Barette, aide d'anatomie à la Faculté de médecine. — Thèse de Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — Grâce aux procédés de la méthode antiseptique rigoureuse, l'intervention chirurgicale dans les hernies gangrenées est aujourd'hui d'une pratique courante: elle consiste surtout dans la résection et la suture de l'intestin lésé. Il est évident que dans les hernies compliquées de gangrène le pronostic sera d'autant plus grave que le sphacèle de l'anse intestinale sera plus étendu; et, d'ailleurs, l'établissement d'un anus contre nature sera, pendant longtemps encore, la seule ressource entre les mains d'un médecin dépourvu d'assistance et d'outillage suffisant pour donner quelques chances de succès. Dans le cas contraire, étant connus les dangers immédiats et éloignés de l'anus contre nature, un chirurgien habile ne devra accepter ce mode de terminaison de la hernie que lorsqu'il le rencontrera spontanément établi. Quant aux sutures intestinales, leurs résultats sont très différents: la suture latérale expose à moins d'accidents que la suture circulaire, qui reste jusqu'ici classée parmi les opérations dangereuses. On pourra d'ailleurs exécuter la suture circulaire en deux temps; ce procédé laisse un échappement de sûreté qui protège la réunion, et qu'il est toujours assez simple de guérir. Les mêmes différences existent entre les résultats des deux modes de suture lors de déchirure de l'intestin, conséquence de la dissociation ou de la dissection d'adhérences; mais la suture circulaire, dans ce cas, est plus souvent suivie de succès, ce que peut facilement expliquer l'état d'intégrité vitale des parois intestinales. Lorsqu'il existe des adhérences molles et gélatineuses, on pratiquera leur dissociation; on devra réséquer les adhérences filamenteuses.

VARIÉTÉS

Assemblée générale de l'Association des médecins de France (1).

Séance du 20 avril. — Présidence de M. Roger.

M. *le Président* souhaite la bienvenue aux présidents et délégués des Sociétés locales, qui, cette année, nous paraissent être plus nombreux que les années précédentes.

M. *le Trésorier* expose l'état financier de l'Association du 31 mars 1884.

Caisse générale	88 530 54
Caisse des pensions viagères	828 655 48
Sociétés locales et Société centrale	856 313 37
Total	1 773 499 39

Si l'on ajoute à cette somme les rentes constituées tant au profit de la Caisse des retraites que des Sociétés locales et qui s'élèvent à un ensemble approximatif de 3377 fr. 50, on voit que la fortune totale de l'Association des médecins de France peut être évaluée à 1 863 000 francs et qu'elle est en progrès de plus de 110 000 francs sur le chiffre de l'année dernière.

Les dons faits aux Sociétés locales se sont élevés à 7737 francs. Parmi les sociétaires, il y en a 170 qui ont perpétué leurs cotisations et 321 qui payent, généreusement, une cotisation supérieure au taux normal de 12 francs.

Quant aux secours alloués en 1883, en voici le relevé très approximatif. On a distribué à :

71 pensionnaires	30 500
52 sociétaires	15 891
135 femmes, fils et filles	32 463
44 étrangères	1 746
Soit un total de	80 600

en augmentation de 12 000 francs sur le chiffre correspondant de 1883. En outre, l'Association pourvoit à l'éducation de neuf pupilles qu'elle a adoptés.

M. *Foville*, secrétaire général, lit le *rapport annuel des actes de l'Association*.

Après avoir constaté que la Société célèbre aujourd'hui ses noces d'argent, il paye un juste tribut d'hommages aux ouvriers de la première heure, aujourd'hui disparus, mais dont le souvenir restera toujours au sein de l'œuvre qu'ils ont fondée; il adresse ensuite des regrets à la mémoire des présidents et membres des Sociétés locales, décédés dans le courant de cette année, et fait connaître l'adhésion de 373 membres nouveaux.

Le rapporteur annonce que le Conseil général, par suite des vœux pris en considération l'année dernière, a rédigé un projet de loi sur l'exercice de la médecine, qui sera soumis demain aux délibérations de l'assemblée.

D'un autre côté, le Conseil général a adhéré à la pétition que la Société locale de la Seine-Inférieure a adressée au Sénat, à l'effet d'obtenir que le privilège de dernière maladie soit étendu à tous les soins médicaux donnés pendant un an, avant le dessaisissement ou la saisie du mobilier.

Le Conseil général a suivi les diverses phases traversées par le projet de loi sur les Sociétés de secours mutuels actuellement soumis au Parlement, et a obtenu que le président de l'Association serait entendu par la commission sénatoriale, lorsque celle-ci s'occuperait d'arrêter le texte de son projet.

Quant à la question des syndicats médicaux, le Conseil général, loin de rejeter l'étude des rapports à établir entre eux et l'Association, est tout disposé à aborder cette étude, et il adhère d'avance au vœu qui sera soumis demain par le délégué de la Société de la Gironde. Si, à Paris, les syndicats n'ont peut-être pas de raison d'être, il n'en est pas de même en province, et chacune des Sociétés locales devra examiner si l'Association ne suffit pas à tous les besoins, ou si le complément d'un ou plusieurs syndicats doit augmenter la somme des avantages légitimement recherchés par le Corps médical.

M. *Foville* dit en terminant :

Vous aurez ainsi préparé, par une série de solutions partielles,

(1) Nous empruntons ce compte rendu au journal la *Semaine médicale*.

la solution d'ensemble qui, faisant concourir à un même but les divers modes de l'Union confraternelle, ne peut manquer de nous rapprocher du résultat que nous poursuivons tous, la prospérité matérielle et l'honorabilité professionnelle du médecin.

M. *Durand-Fardel* donne lecture du *Rapport sur les pensions viagères pour l'exercice* 1884.

Il a été adressé, pour l'exercice 1884, 8 demandes de pensions nouvelles et 13 demandes d'augmentation de pension.

5 décès de pensionnés ayant eu lieu dans le cours de l'année, le nombre des pensions, qui était de 71, s'élèvera cette année à 74.

La Caisse des pensions possède actuellement un capital de 825 655 francs et servira, après votre approbation, une rente de 32 500 francs pour 74 pensions, soit une moyenne de 440 francs par pension, représentant un capital d'environ 650 000 francs.

Un accroissement annuel de son capital, de 50 000 francs minimum à 60 000 francs, chiffre atteint plusieurs fois et dépassé cette année, lui est assuré, les provenances de ce capital étant assez diverses pour que leurs produits ne puissent manquer de se compenser réciproquement.

(Ces propositions ont été adoptées dans la séance du lundi 21.)

M. *Lunier* lit un *Rapport relatif à une proposition de loi sur l'exercice de la médecine*.

La discussion de ce rapport aura lieu dans la séance de demain.

On procède ensuite à l'élection d'un vice-président et de six conseillers. Sont élus : *vice-président*, M. Bouchacourt (de Lyon); *membres du conseil général*, MM. Bancel (de Melun), Dufay (de Blois), Fauvel, Hérard, Lannelongue, de Ranse (de Paris).

La séance est levée.

Nous rendrons compte dans le prochain numéro de la séance du lundi.

La séance du dimanche a été suivie d'un banquet de 150 couverts. Plusieurs toasts ont été prononcés. Voici celui de M. le président Henri Roger :

« Merci, chers confrères, chers présidents et délégués, merci d'être venus en foule fêter dans ce jour solennel les *noces d'argent* de l'Association! Qu'elle soit née sur les bords de la Seine ou de la Gironde, toujours est-il que l'enfant a été mis en nourrice à Paris. Chaque année, à cette époque, ses tuteurs les présidents de nos Sociétés locales venaient constater, avec la naïve admiration des parents, la croissance et les progrès de leur pupille : avec des cotisations de *douze francs*, ils lui ont constitué sur leurs économies une fortune de deux millions.

» Aujourd'hui,

C'est une forte femme, aux puissantes mamelles.

» Et, à vingt-cinq ans, elle est mère de huit mille enfants!

» Glorifions, le verre en main, sa fécondité miraculeuse, et tâchons d'amasser millions sur millions pour lui permettre d'entretenir sa petite famille et même de la pensionner. Buvons à la prospérité et à la concorde de cette progéniture intarissable,

Et nati natorum et qui nascentur ab illis. »

Réunion des Sociétés savantes a la Sorbonne. — Il ne s'est produit dans le cours de la session aucun travail relatif à la médecine, à l'exception d'une communication qui avait été faite déjà à l'Académie de médecine.

Le 16 avril a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, l'assemblée générale, présidée par M. le ministre de l'instruction publique, qui, après le discours d'usage, a distribué à divers membres des *Sociétés savantes* et des Sociétés des beaux-arts les palmes d'officier d'instruction publique et d'Académie. Nous ne remarquons parmi les noms de ces membres qu'un nom de médecin, celui de M. Vincent, médecin de 1re classe de la marine, collaborateur aux expéditions du *Travailleur* et du *Talisman*.

LE TRICENTENAIRE DE L'UNIVERSITÉ D'ÉDIMBOURG.

Le Monde presque tout entier était représenté, dans cette fête de la science : depuis l'Amérique du Nord, le Brésil, le Pérou, le Japon, jusqu'à la France, l'Allemagne, l'Italie, la Belgique, la Hollande, la Russie, la Suède et la Norwège. On se rappelle que le délégué de l'Académie de médecine était M. Noël Gueneau de Mussy.

Premier jour. — Réception au *Muséum* par le lord *Provost* (prévôt) d'Édimbourg. Réunion nombreuse et brillante; malheureusement il était aussi difficile d'entrer au Muséum que d'en sortir, une seule porte servant au flux et au reflux.

Deuxième jour. — Cérémonie religieuse à Saint-Gilles, sermon presbytérien. Tous les délégués des Académies et autres corps savants, et tous ceux qui étaient venus pour recevoir les titres et les insignes de docteur ès lois (*Doctor of Laws*) étaient en costume. Il y en avait de toutes les couleurs ; la robe verte de Pettenkoffer se mêlait aux robes jaunes de nos Facultés des lettres.

Après la cérémonie, déjeuner offert par la Faculté de médecine dans le musée encore inachevé de la nouvelle Université.

Troisième jour. — C'est le grand jour du jubilé. Il est consacré à la remise des diplômes universitaires. La cérémonie a lieu dans le hall de l'Union du synode presbytérien. Les récipiendaires défilent successivement devant l'estrade où siègent le recteur, le chancelier et le principal de l'Université. Le chancelier prononce la formule de réception en tenant le bonnet doctoral au-dessus du récipiendaire, que le doyen de la Faculté de droit revêt ensuite du *Hood* (capuchon). Des marques de satisfaction partent habituellement de l'auditoire; mais les applaudissements deviennent frénétiques quand c'est le tour de M. de Lesseps et de M. Pasteur.

Dans cette même cérémonie a lieu la réception des délégués des Académies et Sociétés savantes. Le désir, sans doute, de ne blesser aucune susceptibilité a amené un singulier ordre dans le défilé. On suivait l'ordre alphabétique : si bien que *l'Académie de Clermont-Ferrand* a passé avant l'Académie française, par cette raison décisive que la lettre C vient avant la lettre F. Chaque délégué remettait une adresse au nom de l'Académie qu'il représentait. Ici les Français n'ont pas brillé, non plus que les Italiens. Leurs adresses se cachaient modestement dans une enveloppe de papier blanc, tandis que celles des Allemands se pavanaient dans de magnifiques étuis tout dorés.

Le soir, banquet monstre dans l'immense hall du Drill-Hall. Toasts innombrables et discours. Nouvelles acclamations en l'honneur de de Lesseps et de Pasteur.

Quatrième jour. — Réception des délégués et des nouveaux *docteurs ès lois* par les étudiants. Discours de Virchow, Helmoltz, Pasteur, de Lesseps, etc. Cette séance était présidée par le recteur Sir Strafford Northcote, le chef actuel de l'opposition à la Chambre des communes.

Voici, pour finir, la liste de ceux qui ont reçu le titre de *doctor of laws* pour travaux relatifs aux sciences médicales. Nous indiquons leur nationalité. On y remarquera quatre savants français : MM. Chauveau, Gueneau de Mussy, Ollier et Pasteur.

Balfour (Ecossais), Barker Fordyce (Américain), Billings (Américain), Bowmann (Anglais), Bristove (Anglais), Chauveau (Français), Andew Clark (Anglais), Erichsen (Anglais), W. Gull (Anglais), Holmoltz (Allemand), Jenner (Anglais), Keith (Ecossais), Marshall (Anglais), Mausdley (Anglais), Gueneau de Mussy (Français), Ollier (Français), Paget (Anglais), Pasteur (Français), Pettenkofer (Allemand), Priestley (Anglais), Saxtorph (Danois), Smith (Ecossais), Stokvis (Hollandais), Virchow (Allemand), Watro (Ecossais) et Wilks (Anglais).

Nous pouvons ajouter que, quelque temps auparavant, M. Charcot avait reçu le même honneur.

UN NOUVEAU SCANDALE EN ÉGYPTE ET UN NOUVEAU DANGER POUR L'EUROPE.

Tel est le titre d'une correspondance de Constantinople en date du 20 mars, publiée dans le journal le *Temps*. Le 12 juin de l'année dernière, ce journal signalait le premier, sous un titre qui explique le précédent (*Un scandale à Alexandrie et un danger pour l'Europe*), la décision que venait de prendre, sous la pression des agents anglais, le Conseil sanitaire d'Alexandrie, décision menaçante pour la santé publique en Europe, et spécialement dans le bassin de la Méditerranée. Le 31 juin, le choléra éclatait en Egypte, et l'on sait les ravages et les deuils qu'il y a produits. Aucun homme instruit et de bonne foi ne peut contester qu'il ne fût venu d'Asie. Cette terrible leçon a-t-elle fait reculer le mercantilisme anglais? Aucunement, et le *Temps* énumère la série de mesures par lesquelles l'Angleterre, toute-puissante en Egypte, entend mettre les intérêts de son commerce au-dessus des intérêts de la santé publique dans le monde entier. Le Conseil de santé et d'hygiène publique du Caire, qui comptait parmi ses membres,

en 1883, le docteur Salem-Pacha, le docteur Dacorogna-Bey (ancien interne des hôpitaux de Paris); le docteur Grant-Bey, de nationalité anglaise; le docteur Gastinel-Bey, professeur à l'École de médecine, le Conseil, qui avait affirmé l'origine asiatique du choléra, a été dissous et remplacé par un *directeur*, Hassan-Pacha-Mahmoud, qui avait été à Alexandrie, pendant l'épidémie, l'agent aveugle de l'Angleterre, et un sous-directeur, le docteur Sandwicht, qui ne peut être que l'agent aveugle du directeur.

A Alexandrie, au Conseil sanitaire et quarantenaire, dont le caractère international a été profondément altéré, dont plusieurs membres non médecins sont aujourd'hui anglais, et où certaines puissances sont représentées par des médecins égyptiens aux ordres de l'Angleterre, la présidence passe de Hassan-Pacha, non à un médecin, mais au vice-consul Mieville, c'est-à-dire à celui-là même qui, sur l'ordre de lord Granville, entrava toutes les précautions quarantenaires, et sous l'inspiration de qui le Conseil avait écarté toute mesure immédiate contre les navires venant de Bombay. C'est peu de jours après que le choléra éclatait en Egypte. La nomination de M. Mieville n'a pas d'ailleurs tardé à porter ses fruits. Il y a quelques jours, le docteur Mackie, délégué anglais au Conseil d'Alexandrie, a lu un factum dont voici le sens exact : « Je propose, au nom de mon gouvernement, de lever les quarantaines contre les Indes. Si vous ne le faites pas, prenez garde que l'on passe outre (il s'agissait du débarquement de troupes venant des Indes), et, si l'on passe outre, je vous rendrai responsable de ce qui pourrait survenir. » Les délégués d'Allemagne, d'Autriche-Hongrie, de France, d'Italie et de Turquie ont voté contre la levée des quarantaines, qui a été néanmoins décidée par le Conseil, sous l'œil des autorités anglaises. Les délégués des puissances qui ont voté suivant leur conscience ont également protesté contre la déclaration inacceptable du docteur Mackie, et ont envoyé leur protestation à leurs consuls généraux. Le conseil a décidé de mettre en surveillance, pendant vingt-quatre heures, aux sources de Moïse, tous les bâtiments venant de Calcutta et de Bombay. Les navires à bord desquels des décès cholériques se seraient produits subiront une quarantaine d'une semaine à El Tor, à l'entrée du golfe de Suez, sur la côte de la presqu'île sinaïque. Des mesures sévères ont de plus été prises à l'égard de tous les bâtiments qui traversent le canal.

Internat des hôpitaux de Paris. — *Association amicale des internes en médecine des hôpitaux de Paris.* — Pour la première fois, cette Société a tenu sa séance annuelle dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique. Le bureau était composé de MM. Hardy, président; Bottentuit, secrétaire; Piogey, trésorier, et de MM. Desprès, Paquet, Tillot. Bon nombre d'internes, jeunes ou vieux, habitant Paris ou la province, étaient présents.

L'exposé de la situation de la Société nouvelle est des plus satisfaisants; plus de 120 membres étaient inscrits et certainement un grand nombre de recrues a dû être fait au banquet annuel de l'internat qui a eu lieu le même jour. Parmi les propositions faites à la séance de l'Association, nous signalerons celle de M. le docteur Fernet relative à l'admission des *étudiantes* en médecine au concours de l'externat, ce qui est un fait acquis, et à l'interdiction du concours de l'internat pour ces femmes externes à cause des inconvénients qui résulteraient de la nécessité de la fréquentation de la salle de garde par ces internes qu'en anglais on désignerait sous le nom de « female interne ».

L'annuaire de l'internat est en voie d'impression et, à ce sujet, M. Hénocque a proposé de joindre au mode actuel de publication des noms, par liste alphabétique, et par villes, la création d'une carte topographique, semblable à celle de la statistique municipale de Paris, où seraient marqués, par des numéros d'ordre, la résidence des anciens internes par quartier, pour faciliter, d'une part la recherche des internes pratiquant dans chaque quartier, et d'autre part aider les internes qui veulent pratiquer à Paris dans le choix d'une résidence.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Le mardi 22 avril, les cinq Académies de l'Institut de France se sont réunies en assemblée générale pour procéder à l'élection des membres du Conseil supérieur de l'instruction publique. La séance était présidée par M. Rolland, de l'Académie des sciences.

Le scrutin, ouvert à deux heures, a été fermé à trois heures.

Ont été élus, sur la proposition de chacune des Académies : pour l'*Académie française*, M. Jules Simon; pour l'*Académie des inscriptions et belles-lettres*, M. Jules Girard, professeur à la Faculté des lettres; pour l'*Académie des sciences*, M. Joseph Bertrand; pour l'*Académie des beaux-arts*, M. le vicomte Delaborde; pour l'*Académie des sciences morales et politiques*, M. Victor Duruy.

A la *Faculté de médecine* de Paris, nous croyons pouvoir dire que les délégués nommés seront MM. Béclard et Tourdes. Nous reviendrons dans le prochain numéro sur le vote des autres Facultés de médecine.

Hospice des Enfants assistés (rue d'Enfer, 74).— *Conférences cliniques sur les maladies des enfants du premier âge.* — M. le docteur Blachez, professeur agrégé libre de la Faculté, commencera ce cours le jeudi 1er mai 1884, à neuf heures et demie, pour le continuer les jeudis suivants, à la même heure. La visite aura lieu à huit heures et demie. — Consultations les lundis, mercredis et vendredis, à neuf heures. Conférences aux consultations du lundi.

Ecole pratique : Electrothérapie. — M. le docteur Apostoli commencera ses leçons le mercredi 7 mai, amphithéâtre n° 3, à trois heures, pour les continuer les mercredis suivants, à la même heure.

Résumé de la 15e semaine. — Le service de la statistique municipale a reçu notification, pendant la semaine actuelle, de 1219 décès au lieu de 1275 qui avaient été comptés pendant la semaine précédente.

Fièvre typhoïde (36 décès); affections puerpérales (8); scarlatine (3); variole (1); coqueluche (8); rougeole (42); diphthérie (61).

On a constaté à Paris, pendant le 1er trimestre de 1883, d'après les bulletins hebdomadaires de statistique municipale, 762 décès par diphthérie, soit 16 décès par 100 000 habitants pour un seul trimestre (soit une mortalité annuelle de 136 si la mortalité doit rester aussi élevée pendant les quatre trimestres de 1884). Ce sont des chiffres très élevés, car pendant la période 1865-69, la mortalité annuelle par diphthérie et croup n'était que de 43 pour 100 000 habitants.

Mortalité a Paris (16e semaine, du vendredi 11 au jeudi 17 avril 1884). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1180, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 31. — Variole, 0. — Rougeole, 44. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 53. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 10. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 64.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 217. — Autres tuberculoses, 18. — Autres affections générales, 53. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 55. — Bronchite aiguë, 29. — Pneumonie, 100. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 38; au sein et mixte, 21; inconnu, 7.— Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 120; de l'appareil circulatoire, 89; de l'appareil respiratoire, 89; de l'appareil digestif, 50; de l'appareil génito-urinaire, 31; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 6. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 7.

Résumé de la 16e semaine. — Le service de la statistique municipale a enregistré pendant la semaine actuelle 1180 décès, au lieu de 1219, qui avaient été comptés pendant la semaine précédente.

Variole (0 décès); scarlatine (2); coqueluche (8); rougeole (44); fièvre typhoïde (31); diphthérie (53). En résumé, la population parisienne continue à être très éprouvée par la rougeole et par la diphthérie.

Rappelons, au sujet de ces deux dernières maladies, qu'il existe à Paris un service qui rendrait les plus grands services, s'il était moins ignoré du public. Il suffit, pour faire transporter gratuitement à l'hôpital un individu atteint d'une maladie épidémique, contagieuse ou parasitaire, de s'adresser *à un poste de police quelconque*. La demande est aussitôt télégraphiée au service central, et la voiture arrive sur-le-champ. Elle est attelée d'avance. Ces voitures sont construites spécialement à l'usage des malades; elles sont soigneusement désinfectées, et elles sont chauffées. Le malade peut y être accompagné par un de ses parents.

Dr Jacques Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

THÉRAPEUTIQUE

Du meilleur moyen d'administrer le salicylate de soude, par le docteur R. Desportes.

L'histoire si récente et déjà si remplie de la médication salicylée est trop connue pour qu'il soit nécessaire de la faire à nouveau.

Les succès obtenus dès le début ont encouragé les praticiens, et beaucoup d'entre eux se sont mis à l'œuvre pour vérifier les résultats énoncés. En très peu de temps, MM. Hérard, Hardy, Oulmont, Gueneau de Mussy et Jaccoud ont apporté à la tribune de l'Académie de médecine le fruit de leur expérience. Ils ont reconnu que le salicylate de soude, pur et administré sous une forme convenable, était le médicament le plus efficace que l'on ait employé contre le rhumatisme articulaire aigu ou chronique, les nodosités d'Aberdeen et certaines affections goutteuses.

« Aujourd'hui, dit M. le professeur Vulpian (1), il y a accord unanime sur l'efficacité de l'emploi du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, et ce serait du temps perdu que de rapporter de nouveaux faits plus ou moins analogues à ceux que chaque médecin a pu observer dans sa propre pratique.

» Le salicylate de soude pur produit de très bons effets dans le traitement des accès aigus de goutte. Il guérit souvent ces accès en peu de jours, aussi rapidement que les attaques de rhumatisme articulaire aigu. »

D'après le docteur Compagnon (2) : « Le salicylate de soude peut et doit être employé dans le traitement du rhumatisme noueux, toutes les fois que l'état de la circulation centrale ou des reins ne vient pas le contre-indiquer. »

Non seulement il calme les douleurs, mais encore il permet aux articulations de reconquérir une partie des mouvements perdus et il enraye la marche de la maladie.

« Seulement, ajoute le docteur Compagnon, souvent le salicylate de soude étant impur, il sera essentiel de s'assurer de la qualité du médicament. »

Une discussion intéressante s'est élevée sur ce point à la Société de médecine de Paris : M. le docteur Charrier, après avoir rappelé les succès constants obtenus dans le traitement du rhumatisme par l'administration du salicylate, s'exprime ainsi : « J'ai, dans mon service à l'Imprimerie nationale, une malade qui est atteinte de nodosités d'Aberdeen, avec déformation des doigts et douleurs atroces; elle prend, depuis deux ans, 4 grammes par jour de salicylate, les douleurs ont disparu, les nodosités n'ont plus augmenté et la malade a pu continuer son travail sans interruption » ; puis il ajoutait : « Une chose aussi est à considérer : c'est la pureté du médicament, aussi me suis-je toujours servi avec avantage de la Solution Clin au salicylate de soude. Le salicylate que Clin emploie est d'une pureté parfaite, préparé avec le plus grand soin. C'est un médicament dans lequel on peut avoir toute confiance. »

M. Géry a corroboré cette affirmation en termes catégoriques : « J'ai employé, a-t-il dit dans la même séance, le salicylate de soude aux mêmes doses et dans les mêmes conditions que vous, et comme vous j'ai eu des succès et des revers. Frappé de la persistance de ces derniers chez certains malades qui me semblaient être dans les meilleures conditions pour se bien trouver du traitement, j'ai cru devoir attribuer l'insuccès à la préparation plus ou moins mauvaise du médicament, et, après des essais comparatifs, je suis convaincu qu'il faut attribuer une grande importance à la manière dont le salicylate est préparé, et que toutes les pharmacies ne le livrent pas suffisamment pur. Je me trouvais dernièrement en consultation avec mon excellent confrère et ami M. Millard, qui me disait qu'avec une préparation toujours identique comme la Solution Clin, il n'avait eu qu'à se louer de l'emploi du salicylate de soude. »

Mais quelles que soient les circonstances dans lesquelles on se propose de prescrire le salicylate de soude, il importe d'avoir constamment présentes à l'esprit les règles posées par le professeur G. Sée (1) : « Pour administrer le salicylate de soude, le meilleur moyen c'est la *solution;* je ne saurais accepter l'usage du salicylate en pilules, pastilles, poudres, cachets; car ces formes pharmaceutiques finiraient par déprécier un médicament des plus utiles. La seule condition exigible, c'est la pureté du médicament, qui contient trop souvent une certaine quantité d'acide phénique; c'est là un inconvénient qui se traduit par un profond dégoût. »

En résumé, le salicylate de soude possède une efficacité incontestable et a donné d'excellents résultats, toutes les fois qu'il a été possible d'administrer ce produit absolument pur. A cet égard, on aura toute garantie en prescrivant la Solution Clin : chaque cuillerée à bouche contient 2 grammes de salicylate de soude pur, chaque cuillerée à café en contient 50 centigrammes. Cette Solution incolore, par conséquent *exempte d'acide phénique*, très exactement dosée et toujours identique dans sa composition, permet au médecin d'administrer sûrement le salicylate de soude pur et de varier les doses selon les indications qui se présentent.

(1) *Journal de pharmacie et de chimie*, décembre 1880 : Revue médicale, par M. le professeur Vulpian, doyen de la Faculté de médecine de Paris : *Du mode d'action du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.*

(2) *De l'utilité du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme noueux*. Paris, 1880.

(1) *Académie de médecine de Paris* (1877).

Action de l'aconitine dans les névralgies.

Les faits cliniques relatifs aux propriétés antinévralgiques de l'aconitine cristallisée, signalés dans ces dernières années, ont attiré l'attention des thérapeutistes, et depuis,

l'excellent travail du docteur Oulmont (1), médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, est venu confirmer les résultats énoncés.

« L'aconitine, dit M. Oulmont, réussit parfaitement dans certaines formes de névralgie faciale essentielle, c'est-à-dire qui ne sont pas liées à d'autres lésions, sans intermittences ni périodicité bien marquées, névralgies congestives, comme les appelle Gubler, survenues le plus souvent à la suite de refroidissements. L'aconitine produit, dans ces cas, des guérisons d'une rapidité extrême. J'ai vu un cas de névralgie faciale datant de sept jours, sans périodicité bien marquée et qui avait résisté au sulfate de quinine, céder instantanément et définitivement à l'azotate d'aconitine.

» Le succès est plus net et plus rapide dans les névralgies récentes que dans les névralgies anciennes; on cite cependant de ces dernières qui ont guéri assez rapidement. L'aconitine n'est pas sans action sur les névralgies ou les hyperesthésies secondaires, comme celles qu'on observe dans les caries dentaires, les caries du rocher, l'otite interne, les paraplégies, etc., etc.

» Le rhumatisme articulaire aigu, traité par l'aconitine, nous a donné de beaux résultats. Chez quatre individus auxquels ce médicament a été administré à dose progressive, la guérison est arrivée une fois en huit jours, et les autres fois en dix jours. La température de 39 degrés à 38 degrés est descendue à 36°,2 et 36°,1, et le pouls est tombé dans les mêmes proportions. Dans les autres cas, la guérison a été obtenue un peu plus lentement. L'action apyrétique fut également bien évidente.

» Les résultats obtenus par Gubler sont tout aussi remarquables (thèse de M. Franceschini, p. 52 et suivantes). Sur quatre observations qui ont été publiées et dans lesquelles les malades ont été traités par l'aconitine à la dose de 1/5 de milligramme, portée graduellement jusqu'à quatre doses par jour, la guérison eut lieu le sixième, le neuvième, le douzième et le treizième jour. L'action sur la douleur a été très rapide; sur la fièvre, elle a été plus lente, mais non moins manifeste. »

« Dans les névralgies du trijumeau, dit le professeur Gubler (2), ses effets sont véritablement merveilleux. »

M. le docteur Oulmont termine son travail par cette conclusion : que l'aconitine de provenance certaine est un médicament bien défini, qui agit d'une manière sûre et régulière; mais, à cause de son énergie, il ne faut l'employer qu'à très petites doses et largement espacées.

(1) Oulmont, *De l'aconit, de ses préparations, et de l'aconitine considérée au point de vue thérapeutique.* Paris, 1877. *Académie de médecine*, séance du 29 janvier 1878.

(2) *Leçons de thérapeutique faites à la Faculté de médecine.* Paris, 1877.

Fréquemment, les névralgies sont accompagnées d'accidents intermittents et périodiques bien marqués. Pour combattre cette complication, le docteur Moussette emploie des pilules très exactement dosées, contenant chacune 1/5 de milligramme d'aconitine et 5 centigrammes de quinium, dont l'indication est nette dans ces sortes d'affections.

En raison de l'action énergique de l'aconitine, il est bon de tâter la susceptibilité du malade et de commencer le premier jour par trois pilules, une le matin, une à midi et une le soir.

Si le premier jour on n'obtenait pas une sédation marquée, on pourrait augmenter graduellement d'une pilule par jour, jusqu'à six dans les vingt-quatre heures; on se tiendra à cette dose jusqu'à la cessation des douleurs, et, à moins de cas exceptionnels, il sera bon de ne pas aller au delà; s'il survenait un peu de diarrhée, on diminuerait la dose de ces pilules.

« En résumé, les études physiologiques et les observations cliniques recueillies dans les hôpitaux de Paris, ont démontré que l'action sédative que les pilules Moussette exercent sur l'appareil circulatoire, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les névralgies du trijumeau, les névralgies congestives, les affections rhumatismales, douloureuses et inflammatoires, etc., etc. »

A la *Société médicale des Hôpitaux* de Paris (séance du 22 octobre 1880), le docteur Desnos, à propos d'une communication du docteur Empis, cite le cas d'un malade atteint d'aortite, dont les souffrances étaient notablement calmées par l'aconitine. Mais il fait remarquer que le changement de l'aconitine donne des résultats tout à fait différents.

M. le docteur Constantin Paul trouve qu'il est indispensable de toujours spécifier la provenance du médicament. « On obtient, dit-il, des effets très variables avec l'aconitine, suivant la provenance de cette substance. »

Il est donc bien important, pour le médecin et le malade, que le médicament employé soit toujours identique dans sa composition et d'un dosage rigoureusement exact; à cet égard, on aura toute garantie en employant les véritables pilules Moussette de Clin et Cie.

Du traitement de la goutte.

La nature de la goutte n'est pas encore parfaitement déterminée; cependant on s'accorde aujourd'hui pour la regarder comme une affection générale, qui tient à l'état du sang et aux affections calculeuses des voies urinaires. Sa cause réside dans une nourriture trop animalisée d'une part, et de l'autre dans une déperdition insuffisante. Le sang puise dans les aliments trop azotés un excès d'urée, et, si les reins n'éliminent pas cet excès, l'acide urique donne lieu à la gravelle et à la diathèse goutteuse. Le travail et la fatigue, en activant la circulation et la respiration, diminuent la proportion de l'urée. De là cette conséquence que la goutte est la maladie des riches, c'est-à-dire de ceux qui peuvent se nourrir d'une manière trop succulente et qui ne trouvent pas dans un travail forcé la compensation à cet excès.

Les femmes sont moins sujettes à la goutte que les hommes; le pourquoi de cette différence est bien difficile à trouver.

Toujours est-il que la goutte est une affection très douloureuse et qui produit parfois les accidents les plus graves. Elle peut être acquise ou héréditaire; dans le premier cas, elle ne se montre guère qu'à l'âge où la perspiration commence à diminuer; dans le second, elle apparaît souvent beaucoup plus tôt.

L'invasion de la goutte est souvent précédée de troubles digestifs, de fourmillements et de crampes dans les membres; d'autres fois elle a lieu brusquement. Presque toujours elle commence par les gros orteils, pour s'étendre promptement aux petites articulations et se fixer ensuite dans les grandes. L'attaque dure de sept à trente jours, et se compose de quatre ou cinq accès. A la suite de ces accès, il se forme dans les parties atteintes des noyaux ou concrétions qui sont essentiellement formés d'urate de soude et atteignent la grosseur d'une noisette et même d'une noix.

La goutte n'affecte pas toujours la forme aiguë ou régulière, elle est quelquefois chronique ou irrégulière. Dans cette forme, les douleurs articulaires sont généralement beaucoup moins vives; elles s'accompagnent de gonflements sans rougeur, et persistent, augmentent ou diminuent irrégulièrement, sans jamais présenter d'intermittences, ni par conséquent d'accès. Enfin, dans quelques cas, heureusement assez rares, les symptômes locaux disparaissent tout à coup, et la goutte, répercutée vers le cerveau, le cœur, l'estomac ou les poumons, y produit des accidents souvent mortels.

Cette terrible diathèse a été combattue par bien des moyens, et il s'en faut de beaucoup que le succès ait répondu aux efforts. Les moyens antiphlogistiques sont, la plupart du temps, sans efficacité; l'application de sangsues est inutile ou nuisible. Les purgatifs légers ont produit parfois de bons effets; encore n'en faut-il pas abuser, sous peine de les voir bientôt devenir complètement inefficaces, ou bien d'affaiblir le malade outre mesure.

Il existe cependant une préparation dont les bons effets ont été souvent constatés, et que l'approbation des docteurs Alibert, Velpeau et Andral a consacrée depuis longtemps, c'est le sirop antigoutteux de Boubée. Cette préparation, administrée au début d'un accès de goutte, en enraye immédiatement la marche, et calme presque instantanément la douleur; elle procure au malade une transpiration modérée, qui termine la crise sans aucun risque d'affaiblissement.

Le sirop de Boubée est sudorifique, stimulant, légèrement purgatif, diurétique et antispasmodique. Par ces diverses qualités, il arrive promptement à placer le malade dans ces conditions de régularité fonctionnelle et de calme qui amènent d'abord le soulagement, et avec la persévérance, la guérison.

Le sirop de Boubée peut être pris pur, mêlé à une tisane de tilleul ou en lavement; la dose est de quatre cuillerées à bouche à prendre en se couchant, trois heures après le dernier repas, pendant la période des crises; ou de deux cuillerées seulement pendant quatre jours chaque mois, pendant trois mois, à titre de préservatif à la suite d'un accès.

Dr E. Lasniée.

De la Papaïne ou pepsine végétale tirée du Carica papaya.

MM. Trouette et Pierret, pharmaciens chimistes, se sont faits depuis quelques années les propagateurs de la Papaïne, et ils ont obtenu à l'Exposition de Melun de 1880, et à celle de Bordeaux en 1882, deux diplômes d'honneur pour les diverses préparations qu'ils ont présentées. Ils l'offrent aux médecins et au public sous cinq formes différentes : le sirop de Papaïne; le vin de Papaïne; l'élixir de Papaïne; les cachets, et enfin les dragées de Papaïne. Chacune de ces préparations trouve son emploi suivant l'âge, le tempérament, le goût du malade, mais leur effet constant peut être garanti à tous.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur les cas dans lesquels la Papaïne doit être ordonnée; elle est appelée à remplacer la pepsine naturelle qui fait défaut, et par conséquent est indiquée dans les gastralgies, dyspepsies, lientéries, gastrites et dans toutes les maladies qui ont pour cause un mauvais fonctionnement de l'estomac. Elle remédiera à tous ces troubles et ramènera la digestion à l'état normal avec plus de certitude, d'énergie et de constance que la pepsine animale, dont les effets sont parfois nuls en raison des mauvais éléments qui la composent. En effet, la pepsine animale peut être recueillie dans de bonnes conditions en pratiquant directement sur l'estomac de l'animal une fistule gastrique; mais on peut aussi se contenter de dissoudre quelques centigrammes de pepsine dans l'eau contenant de l'acide chlorhydrique, ou bien remplacer la pepsine par un fragment de la membrane stomacale d'un animal carnivore, ou par un morceau de la caillette d'un ruminant, ou encore par un peu de présure. Quelle garantie de semblables préparations peuvent-elles offrir, et comment supporteraient-elles la comparaison avec la pepsine végétale, toujours franche et rigoureusement dosée, des propagateurs de la Papaïne?

(*Union médicale.*)

THÉRAPEUTIQUE

Du lactate de fer.

L'action du fer dans la chlorose et la chloro-anémie est tellement connue, qu'il ne saurait plus être question d'en faire l'éloge, et s'il est une étude à faire au sujet des nombreuses préparations martiales, c'est uniquement dans le but de savoir quelles sont celles qui peuvent être les plus efficaces, et surtout celles qui ne peuvent jamais nuire.

Il est d'abord de toute évidence qu'une préparation ne saurait être efficace qu'autant qu'elle est de nature à être assimilée, et la première condition pour être assimilée, c'est qu'elle soit soluble. Un certain nombre de préparations sont solubles par elles-mêmes, d'autres ne le sont qu'en empruntant aux organes les acides physiologiques qu'ils contiennent. Dans le premier cas, l'assimilation se fera tout naturellement et sans aucun effort de l'organisme, il en sera différemment dans le second cas, qui exigera de l'estomac un travail plus ou moins laborieux. Il est hors de doute, par conséquent, que les préparations dans lesquelles le fer est soluble doivent avoir la préférence.

Des expériences nombreuses et concluantes peuvent d'ailleurs guider les praticiens à cet égard. M. Claude Bernard a étudié comparativement l'action du sulfate ferreux et celle du lactate de fer ou Dragées de Gélis et Conté. Il a vu que ces deux sels, placés dans les mêmes conditions, se comportent d'une manière toute différente. Le lactate de fer, injecté en dissolution, même saturée, dans le sang, ne produit aucun accident et est complètement assimilé; tandis que le sulfate de fer, employé même à des doses très minimes, chemine dans tous les organes sans être assimilé et amène presque toujours la mort. Le même expérimentateur a constaté que le sulfate de fer se retrouve en entier dans les urines, mais que le lactate ne s'y montre point, preuve nouvelle de son assimilation.

En 1858, des expériences fort importantes ont été faites par une commission de l'Académie de médecine dans le but de déterminer l'action digestive du suc gastrique sur la fibrine en présence du fer. Il a été reconnu que certains sels de fer solubles sont absorbés sans être assimilés. De plus, la plupart des ferrugineux expérimentés doivent être considérés non seulement comme inefficaces, mais encore comme directement nuisibles, puisque, sur les neuf préparations soumises à l'expérimentation, six ont plus ou moins paralysé la digestion. L'action digestive du suc gastrique n'a pu se manifester d'une manière complète qu'en présence du lactate de fer. Le fer réduit et le pyrophosphate ont entravé cette action, sans toutefois l'arrêter complètement; mais il a fallu les donner à petites doses.

Le rapporteur de la commission, M. F. Boudet, s'exprimait en ces termes : « Les résultats obtenus avec le lactate, le tartrate et le citrate de fer, et le fer réduit, sont conformes à ceux que MM. Boudault et Corvisart avaient obtenus dans des expériences antérieures; ils montrent que le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal partage, avec des sels de fer dont l'efficacité est incontestable, comme le tartrate et le citrate, et avec le fer réduit lui-même, la propriété de paralyser l'action digestive du suc gastrique, et que le lactate de fer seul jouit d'une parfaite innocuité à cet égard. »

De ces expériences on peut conclure que les préparations ferrugineuses réellement efficaces qui se présentent au choix d'un praticien ne sont pas très nombreuses; et que le nom de *préparation ferrugineuse normale* peut rationnellement s'appliquer au lactate de fer ou Dragées de Gélis et Conté; car il paraît bien démontré aujourd'hui que le fer n'est assimilé qu'à l'état de lactate. Il est en cet état éminemment soluble et est assimilé sans l'intervention du suc gastrique, laquelle ne peut se produire qu'aux dépens de la digestion. Aussi son premier effet est-il d'augmenter l'appétit et d'activer les fonctions digestives.

« Ce sel, dit M. le professeur Gubler, n'ayant pas une saveur atramentaire très prononcée, n'exerce aucune action irritante sur la muqueuse gastrique, ce qui est un avantage pour l'emploi interne; mais, en revanche, il ne jouit pas des propriétés styptiques efficaces des sels de fer solubles à acides minéraux. Aussi n'est-il d'aucune utilité comme topique astringent; on s'en sert uniquement dans la médication tonique analeptique, dont il constitue, d'après Andral, Bouillaud, Beau, Rayer et d'autres médecins éminents, l'un des meilleurs agents chez les chlorotiques, les anémiques et les sujets épuisés. »

Un grand nombre d'observations prises dans les services de MM. les professeurs Andral, Bouillaud, Fouquier, Bally, Nonat, Beau, etc., démontrent l'efficacité des *Dragées et Pastilles de Gélis et Conté*, dans toutes les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang, comme la *chlorose* et l'*anémie*, l'*aménorrhée*, qui en est souvent la conséquence. Elles sont non moins efficaces pour aider au développement des jeunes filles et dans tous les cas où il faut ranimer les forces vitales, comme à la suite de longues maladies, d'abondantes saignées, etc.

Les déductions de la science aussi bien que l'expérience des faits s'accordent donc pour justifier la préférence que les médecins accordent à ces dragées sur toutes les autres préparations martiales.

(*Union médicale.*)

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

Président : M. le docteur A. DECHAMBRE

Membres : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. Dechambre, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 2 mai 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : MOUVEMENTS DU CERVEAU. L'ÉLECTION AU CONSEIL SUPÉRIEUR.

Académie de médecine : Mouvements du cerveau.

Dans la dernière séance, M. U. Trélat s'est constitué le défenseur énergique de l'opinion, aujourd'hui presque unanime, des physiologistes, que ce qu'on appelle communément les *mouvements* du cerveau se réduit à de simples variations de pression, sous l'influence des mouvements respiratoires, de la systole ventriculaire et d'une autre cause, un peu négligée dans le débat, à savoir le plus ou moins de réplétion du système veineux encéphalique. Appelé ailleurs par ses devoirs professoraux, l'orateur a dû soumettre son discours à une sorte de réduction; mais il en a marqué les traits principaux avec assez de netteté et de vigueur pour que sa pensée en soit ressortie tout entière. Le liquide sous-arachnoïdien, le sang des plexus veineux et des sinus sont des enveloppes liquides protectrices de l'encéphale dont les déplacements s'accommodent aux variations de pression, aux changements de volume de la masse nerveuse. Grâce à ces dispositions, le cerveau, dans l'état physiologique, ne se heurte jamais contre les parois crâniennes; et il faut, pour que cet effet soit produit, une violence extérieure, comme une chute sur la tête, plus forte que la protection intérieure, et rompant l'équilibre de tension.

M. Sappey, qui a succédé à M. Trélat, est entré un peu plus, théoriquement du moins, dans les vues de M. Luys : il s'est placé au point de vue que nous avions envisagé nous-même. Le cerveau, plus petit que la cavité crânienne, étant immergé dans un liquide d'un poids spécifique inférieur au sien et la quantité de ce liquide pouvant être, en certains cas, assez considérable, serait-il déraisonnable d'admettre que le cerveau, indépendamment des variations de volume auquel il est soumis, puisse aussi subir de véritables déplacements, si légers qu'on les suppose? M. Sappey n'avait pas repoussé cette hypothèse; mais, considérant que, précisément en raison de la différence de poids spécifique entre le cerveau et le liquide sous-arachnoïdien, le premier devait reposer directement sur la base du crâne, et le second occuper principalement la voûte, c'est à la base qu'il a pratiqué une ou plusieurs ouvertures sur le cadavre, *après avoir pris la précaution d'obturer le trou occipital* pour empêcher tout écoulement du liquide. « Je m'attendais, dit-il, le sujet ayant la tête en bas, à rencontrer la base du cerveau plus ou moins éloignée de la surface osseuse; » mais le fait démentit la prévision; le cerveau continuait à toucher la base du crâne. Cependant si alors, la tête étant toujours dirigée en bas, l'on donnait écoulement au liquide arachnoïdien, le cerveau descendait aussitôt et tombait sur la voûte. Et enfin, si l'on ouvrait une fenêtre à la voûte, on pouvait, en relevant ou abaissant alternativement la tête, faire exécuter au cerveau des mouvements de va-et-vient.

Il y avait naturellement à se demander comment il se fait, si le cerveau, dans l'attitude debout, appuie sur la base du crâne parce qu'il a une pesanteur spécifique supérieure à celle du liquide qui le baigne, qu'il ne soit pas tombé sur la voûte quand, aucune goutte de ce liquide ne s'étant écoulée, on a placé la voûte en bas et la base en haut. L'orateur en a donné l'explication suivante. L'encéphale est retenu à la base crânienne par des attaches vasculaires et ligamenteuses. Son poids *physiologique* n'étant, en moyenne, que de 45 grammes, c'est-à-dire la trentième partie de son poids absolu (1350 grammes), ne suffit pas pour vaincre cette résistance; mais, le liquide écoulé, le poids absolu reprend toute sa puissance d'action et devient plus fort que la résistance.

Quoi qu'il en soit, on voit que les expériences de M. Sappey, entreprises dans une supposition théorique qui n'était pas défavorable à l'opinion de M. Luys, ont tourné contre elle. Sa conclusion dernière n'a pourtant pas été exempte de tout tempérament. Placé au même point de vue, nous avions dit que les vrais déplacements du cerveau, s'ils étaient théoriquement possibles, devaient être extrêmement limités. M. Sappey, qui n'a pu les constater expérimentalement et

paraissait ainsi autorisé à en nier absolument l'existence, n'a pas osé aller jusque-là. Mais le peu qu'il accorde, pour l'honneur des théories hydrostatiques, ne sera sans doute, pour M. Luys, qu'un faible dédommagement.

A la fin de la séance, M. le docteur Constantin Paul, sans entrer dans le fond du débat, a présenté d'intéressantes remarques sur le rôle des ventricules latéraux dans les changements de volume du cerveau.

Élections au Conseil supérieur.

L'élection des deux délégués des Facultés de médecine au Conseil supérieur de l'Instruction publique a eu le résultat qu'on attendait. La majorité des suffrages s'est portée sur MM. J. Béclard, doyen de la Faculté de Paris, et G. Tourdes, doyen de la Faculté de Nancy. Nous donnons plus loin (p. 307) les résultats détaillés du dépouillement des votes.

Nous profitons de l'occasion pour rectifier une erreur commise dans l'article consacré au renouvellement des membres du Conseil supérieur (n° 16). Examinant les cas où l'élection ferait sortir de l'urne les noms de deux professeurs des Facultés de province, nous disions que la Faculté de Paris pourrait encore voir ses intérêts défendus par le délégué de l'Académie de médecine. Nous avions sous les yeux l'ancienne loi, modifiée par la loi du 27 février 1880, qui ne compte plus l'Académie dans le corps électoral. Quant à l'Académie des sciences, elle délègue ordinairement son secrétaire perpétuel, mais ce n'est qu'un usage, qu'elle peut changer à son gré.

TRAVAUX ORIGINAUX

Anatomie.

SUR LE CALIBRE RELATIF DE LA TRACHÉE ET DES BRONCHES, Note lue à l'Académie de médecine le 23 avril 1878, par le docteur MARC SÉE.

On admet généralement que la capacité de l'arbre aérien va en augmentant depuis la trachée jusqu'aux dernières ramifications bronchiques, et que les voies respiratoires représentent un cône creux, dont le sommet tronqué répond au cartilage cricoïde et la base aux vésicules pulmonaires. « La capacité des deux bronches réunies, dit Cruveilhier (*Traité d'anatomie descriptive*, 5e édit., t. II, p. 291), est plus considérable que celle de la trachée, de même que la capacité des divisions bronchiques est plus considérable que celle des bronches; d'où il résulte que, dans l'expulsion de l'air, la vitesse de ce fluide doit être accélérée. » Voici comment s'exprime M. Sappey : « Son diamètre (il s'agit de la bronche droite), qui parfois diffère peu du diamètre de la trachée, s'élève en moyenne à 16 millimètres, et celui de la bronche opposée à 12 ou 14 seulement. Ces chiffres nous montrent que le calibre des deux bronches réunies est *très supérieur* à celui de la trachée » (Sappey, *Traité d'anatomie descriptive*, 2e édit., t. IV, p. 430, 1874).

Cette dernière citation nous indique que l'opinion généralement acceptée repose sur une erreur de mathématiques, car les capacités de deux cylindres supposés de même longueur ne sont pas proportionnelles à leurs diamètres, mais aux carrés de ces diamètres. Or, si l'on applique les principes de la géométrie à l'évaluation de la capacité de l'arbre aérien, on arrive, en se servant des chiffres donnés par les auteurs, à des résultats tout opposés à ceux qui sont admis.

Depuis longtemps, cependant, l'erreur des anatomistes avait été signalée, du moins en ce qui concerne les artères, par M. Berrier-Fontaine. Dans sa thèse inaugurale, soutenue en 1835, cet auteur s'exprime ainsi : « Le système artériel, considéré dans son ensemble, forme un cylindre et non pas un cône tronqué dont le sommet répond au cœur et la base aux extrémités, comme l'ont avancé plusieurs auteurs. Pour s'en convaincre, il suffit de mesurer les diamètres de l'aorte et des différents troncs qui en partent et de comparer les carrés de ces diamètres, qui sont entre eux comme les surfaces des cercles. » Et M. Berrier-Fontaine donne comme exemples les chiffres que lui ont fournis les mensurations de l'aorte, du tronc brachio-céphalique, de la carotide et de la sous-clavière gauches. Puis il ajoute : « Il en est de même pour toutes les artères que j'ai pu mesurer. Les veines, dans leur ensemble, sont disposées de la même manière; mais la somme de leurs capacités est plus considérable, ce qui explique la moindre vitesse du sang dans ces vaisseaux. » (Thèses de Paris, 1835, n° 96, p. 48.)

Les mêmes considérations sont exposées dans une Note que M. Berrier-Fontaine a adressée à l'Institut en 1875 (*Comptes rendus*, t. LXXXI, p. 1347).

Il m'a semblé intéressant de rechercher si ce qui est vrai pour les vaisseaux s'applique également à la trachée et aux bronches, dont M. Berrier-Fontaine n'a fait aucune mention dans ses publications. J'ai examiné, dans ce but, quarante-deux sujets de l'un et de l'autre sexe et de divers âges, depuis la naissance jusqu'à quatre-vingt-six ans; j'ai mesuré, en outre, les voies respiratoires du chien, du mouton, du cochon d'Inde.

Une difficulté s'est présentée tout d'abord : la trachée et les bronches ne sont pas cylindriques, comme les artères; elles sont aplaties en arrière, au niveau de leur portion membraneuse. Il s'ensuit que leur diamètre antéro-postérieur est, en général, plus petit, mais à un degré variable, que leur diamètre transverse. Il y a cependant des exceptions : il n'est pas extrêmement rare de rencontrer des trachées dont les deux diamètres sont sensiblement égaux; il en est même dont le diamètre antéro-postérieur l'emporte sur le diamètre transverse.

Il résulte de ces variations que la forme de la trachée, et la même chose peut se dire des bronches, est elle-même très variable, ainsi qu'on peut s'en assurer sur les segments que j'ai réunis sur ce carton, et dont la cavité a été maintenue exactement au moyen d'une injection de paraffine. On peut constater également sur ces pièces que fréquemment la trachée présente un défaut de symétrie dans ses deux moitiés latérales, de sorte que son plus grand diamètre devient oblique. Il est facile enfin de reconnaître que la largeur de la portion membraneuse, et conséquemment le degré de l'aplatissement postérieur, varient beaucoup suivant les sujets, et surtout suivant les âges. Chez les individus très jeunes, cette largeur représente en général 1/6 et 1/7 de la circonférence totale de la trachée. Sur deux enfants de quatre et cinq ans, elle formait à peine 1/8 de cette circonférence, et chez un chien examiné immédiatement après la mort, elle était réduite à zéro : la contraction des fibres musculaires avait amené, sur cet animal, les extrémités des cerceaux cartilagineux au contact. Chez les sujets d'un certain âge, la partie membraneuse forme d'ordinaire 1/5 environ de la paroi trachéale, quelquefois 1/4, exceptionnellement 1/3, ou même un peu plus d'un tiers.

Pour obtenir des résultats rigoureusement exacts, il faudrait donc calculer mathématiquement la surface de chacune des sections de la trachée et des bronches que l'on veut comparer, et encore trouverait-on des chiffres sensiblement différents suivant le point où la coupe aurait été pratiquée,

puisque ces canaux ne conservent pas identiquement la même forme dans tout leur trajet. Mais des mensurations à ce point minutieuses sont rarement nécessaires en anatomie, et pour le sujet qui nous occupe, en particulier, il suffit de déterminations approximatives pour permettre des comparaisons pleinement justifiées. Je me suis donc contenté de prendre, pour chaque canal aérien, la moyenne entre les diamètres antéro-postérieur et transverse, et de comparer entre eux les carrés des diamètres moyens. Dans cette comparaison, il est évident qu'on ne peut considérer comme réelles que des différences d'une certaine importance, celles qui ne dépassent pas 15 à 20 millimètres carrés, pour des surfaces de 300 à 400 millimètres carrés, pouvant très bien ne traduire que l'imperfection des moyens de mensuration mis en usage.

Toutes mes mesures ont été prises à l'intérieur des canaux aériens; elles laissent en dehors, par conséquent, l'épaisseur des parois, qui varie notablement suivant les sujets, surtout à l'état pathologique. Les mesures qui se rapportent à la trachée ont été prises un peu au-dessus de sa bifurcation toutes les fois que la section ne répondait pas à une dilatation du conduit à ce niveau, ce qui est la règle chez les sujets jeunes et exempts de maladies des organes de la respiration, contrairement à ce qui a été avancé par quelques auteurs. Les bronches ont été mesurées à leur partie moyenne.

Voici, en résumé, les résultats que j'ai obtenus :

1° Le *diamètre moyen de la trachée* est généralement plus considérable dans le sexe masculin que dans le sexe féminin, chez les sujets de même âge; il augmente avec l'âge. Il était de 3 millimètres 1/4 sur un fœtus de sept mois et demi. A la naissance, il a varié entre 4mm,12 et 5mm,6. L'âge de deux ans m'a donné les chiffres de 7,5 et 8 millimètres; celui de quatre à sept ans, les diamètres de 8 à 10mm,5. Au-dessus de vingt ans, les chiffres ont varié, pour le sexe masculin, entre 16 millimètres et 22mm,5; pour le sexe féminin, entre 13 et 16 millimètres. La moyenne pour 21 sujets adultes masculins a été de 18 millimètres; pour 12 sujets adultes féminins, de 14mm,5.

2° Le *diamètre moyen de la bronche droite*, chez les sujets au-dessus de vingt ans, a varié entre 11mm,75 et 17mm,5. La moyenne de 18 sujets masculins m'a donné 14 millimètres; celle de 12 sujets féminins, 12 millimètres.

3° Le *diamètre moyen de la bronche gauche* a varié, chez les sujets de plus de vingt ans, entre 7 et 13,5 millimètres. La moyenne de 18 sujets masculins a été de 11mm,6; celle de 12 sujets féminins, de 9 millimètres.

4° Le carré du diamètre moyen de la trachée, comparé aux carrés réunis des diamètres moyens des bronches, m'a donné des chiffres sensiblement égaux dans 25 cas. Ces cas comprennent :

a. Tous les sujets, au nombre de 13, de l'un et l'autre sexe, au-dessous de vingt ans, à l'exception d'un petit garçon de quatre ans, mort du croup, chez lequel le calibre de la trachée l'emportait notablement sur les calibres réunis des deux bronches (72mm,25 contre 52mm,60). Chez presque tous ces sujets, les poumons étaient sains. Seul un garçon de cinq ans était mort de pneumonie tuberculeuse; deux autres, du même âge, avaient succombé au croup.

b. 12 sujets au-dessus de vingt ans, dont 8 avaient des poumons sains, et parmi ces derniers il y avait un vieillard de quatre-vingt-six ans. Les 4 autres étaient un homme de vingt et un ans et une femme de trente ans, morts de phthisie tuberculeuse, un homme de trente-deux ans atteint de pneumonie suppurée, et un autre de quarante-cinq ans affecté de dilatation des bronches.

La même égalité s'est montrée sur les chiens et sur un mouton que j'ai examinés dans ce but.

5° Le *calibre de la trachée* était *inférieur* à la somme des calibres des deux bronches chez 8 sujets, parmi lesquels 5 présentaient une tuberculisation très étendue des poumons; les 3 autres, deux hommes de soixante-deux et soixante-huit ans et une femme de vingt-sept ans, avaient des poumons sains.

6° Enfin, le *calibre de la trachée* s'est montré *supérieur* aux calibres réunis des deux bronches sur 11 sujets, qui se répartissent de la manière suivante :

a. Le petit garçon mort du croup mentionné plus haut.
b. 3 sujets emphysémateux.
c. 4 tuberculeux, dont un avec emphysème pulmonaire.
d. 1 sujet dont les poumons étaient sains.
e. 1 homme mort de pneumonie caséeuse.
f. 1 homme dont je n'ai pu voir les poumons, et chez lequel, d'ailleurs, les différences étaient peu considérables.

Les conclusions qui me paraissent découler de ce travail sont les suivantes :

1° A l'état normal, les calibres réunis des deux bronches sont égaux au calibre de la trachée. Je puis ajouter, d'après un petit nombre de mensurations que j'ai faites, que les calibres réunis des divisions bronchiques sont égaux au calibre de la bronche qui leur a donné naissance. Les *voies respiratoires représentent donc un cylindre et non un cône*.

2° A l'état pathologique, l'équilibre entre la capacité de la trachée et celle des bronches peut être rompu, soit au profit des bronches, comme dans la tuberculisation chronique, soit à l'avantage de la trachée, comme chez les emphysémateux.

Pathologie interne.

Du traitement de l'ulcère simple de l'estomac. Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 25 avril, par M. le docteur Debove, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital des Tournelles.

Le traitement classique de l'ulcère de l'estomac consiste à soumettre les malades au régime lacté exclusif, à l'usage des alcalins représentés par l'eau de Vichy, l'eau de chaux, etc. Ce traitement compte de nombreux succès, mais il échoue chez certains malades; chez d'autres encore, bien supporté au début, il amène plus tard une dilatation de l'estomac (1).

Pour nourrir en effet un sujet presque exclusivement avec du lait, il faut lui en donner quatre litres par jour, plus même s'il ne garde pas la chambre et mène une existence active. Pour peu qu'on ajoute à ce régime une certaine quantité d'eau de Vichy ou d'eau de chaux, la dilatation de l'estomac est inévitable, et cette complication peut par elle-même amener la mort.

Frappé de ces inconvénients, j'ai autrefois proposé de nourrir des malades avec une plus petite quantité de lait, dont on augmentait la valeur nutritive par l'addition soit de poudre de lait, soit de lait concentré. Dans la pratique, j'ai rencontré des difficultés bien grandes dues à la qualité inférieure des poudres de lait ou des laits concentrés actuellement dans le commerce. Et même, en me plaçant dans les meilleures conditions, un certain nombre de mes malades supportait mal le régime que j'avais institué. Il m'est arrivé de prescrire également des poudres de viande, mais malgré leur grande digestibilité elles ont toujours été mal tolérées, ont donné lieu à des accès gastralgiques, à des vomissements ou même à des hématémèses.

On peut donc dire que la plupart des régimes préconisés jusqu'à ce jour dans le traitement de l'ulcère de l'estomac, échouent assez souvent et donnent parfois lieu à des accidents graves.

L'idéal serait, en pareille circonstance, de suspendre pendant un certain temps l'action de l'estomac, car l'action du

(1) Ces accidents ont amené depuis longtemps le professeur Bouchard à instituer ce qu'il a appelé la diète sèche. Ce régime consiste à donner aux malades des aliments de petit volume et à leur laisser ingérer seulement de petites quantités de liquide

suc gastrique, s'il n'est pas la cause de l'ulcère, contribue tout au moins à l'entretenir. Mais on ne peut laisser longtemps jeûner les malades atteints d'ulcères, et les tentatives faites pour les nourrir par des lavements peptonisés ont échoué. Dans un pareil état de choses, nous avons été conduit par la théorie à instituer un traitement qui nous a donné les meilleurs résultats dans des cas extrêmement graves.

Le suc gastrique a une réaction acide, et cette réaction est absolument nécessaire pour qu'il exerce son action digestive, et cela, aussi bien *in vitro* que dans l'estomac. « Cette réaction acide, écrit Cl. Bernard, est tellement caractéristique du suc gastrique, qu'il suffit de la changer pour faire disparaître instantanément toutes ses propriétés physiologiques, de telle sorte qu'on pourrait dire en réalité que le suc gastrique alcalin n'est plus du suc gastrique (1). » D'où il résulte que, si on entretenait la réaction alcaline de l'estomac pendant que les aliments séjournent dans cet organe, ils ne seraient pas digérés, le suc gastrique n'aurait aucune action sur eux, mais n'exercerait pas non plus son action sur l'ulcère, s'il existe un ulcère, les aliments passeraient indigérés dans l'intestin, avec leur réaction alcaline, c'est-à-dire dans les conditions les plus favorables à la digestion intestinale; cette digestion seule fournirait les matériaux de la réparation des tissus.

Nous avons institué quelques expériences pouvant nous permettre de voir si notre raisonnement n'était pas purement théorique. Nous avons à diverses reprises introduit dans l'estomac un mélange formé par exemple de 20 grammes de poudre de viande (représentant plus de 80 grammes de viande) additionnés de 10 grammes de bicarbonate de soude. Au bout d'une heure, par le lavage de l'estomac, on ne trouvait plus de viande et le liquide extrait était neutre. Si l'on pratiquait le lavage, au bout d'un quart d'heure, d'une demi-heure, de trois quarts d'heure le liquide extrait par le lavage contenait des proportions variables de viande, mais on n'y trouvait pas traces de peptones et la réaction était toujours neutre. Le bicarbonate de soude ingéré à haute dose suffisait donc à entretenir la neutralité du milieu gastrique, l'absence de peptones montrait la non-digestion de la viande, il est probable (quoique nous n'ayons pu, bien entendu, le constater directement) qu'elle passait indigérée dans l'intestin.

Dans quatre cas très graves d'ulcère de l'estomac, dont deux avaient déjà été traités depuis longtemps par le régime lacté et l'eau de Vichy, nous avons obtenu une cessation immédiate des douleurs et des vomissements, et au bout de deux mois en moyenne les malades se sont trouvés dans un état tel qu'il y a tout lieu de croire qu'à une époque prochaine ils seront complètement guéris.

Voici exactement la marche que nous avons suivie :

Nous avons les premiers jours lavé l'estomac pour le débarrasser des liquides plus ou moins acides qu'il pouvait contenir, et nous ne croyons pas que cette manœuvre puisse entraîner quelque danger. Nous n'avons pas observé, en effet, que le lavage favorisât les hématémèses; quant au danger de perforer l'ulcère de l'estomac, il n'est guère à craindre si on se sert de sondes suffisamment molles, et si l'opération est faite avec des précautions suffisantes, alors même que l'extrémité de la sonde viendrait toucher la surface de l'ulcère.

Les lavages ne sont d'ailleurs pas indispensables s'il n'y a pas dilatation de l'estomac, et nous les cessons généralement au bout de quelques jours.

Les repas étaient au nombre de trois, composés chacun de 25 grammes de poudre de viande délayée dans de l'eau ou du lait et additionnés de 10 grammes de bicarbonate de soude. Dans la journée nos malades buvaient par petites doses, un litre de lait additionné d'eau de chaux ou de saccharure de chaux.

Ce mélange était ordinairement pris par la sonde, parce que 10 grammes de bicarbonate de soude joints à la poudre de viande forment un repas d'un goût si désagréable que, nos malades, habitués aux lavages, préféraient introduire leurs repas par la sonde. Mais on peut faire prendre 5 grammes de bicarbonate de soude dans du pain à chanter, immédiatement avant la poudre de viande, et 5 autres grammes, un quart d'heure après.

Dix grammes de bicarbonate de soude par repas paraîtront une dose considérable, puisque nos malades ingèrent ainsi 30 grammes de cette substance dans les vingt-quatre heures, et on craindra peut-être les accidents de la cachexie dite alcaline. Pour notre compte, jamais nous n'avons observé aucun accident, quoique le traitement ait été continué des mois.

D'ailleurs, les médecins qui ont employé les alcalins à dose élevée dans le traitement du rhumatisme articulaire, n'en ont observé aucun inconvénient. Le professeur Jaccoud (1) les a administrés à la dose de 20 grammes par jour. « Nous n'avons vu, écrit-il, chez aucun de nos malades, survenir les symptômes que l'on attribue à la cachexie alcaline. » Le professeur Charcot (2) s'exprime en termes identiques. « Malgré l'administration du bicarbonate de soude, dit-il, à doses aussi élevées (30 à 40 grammes par jour), et aussi longtemps maintenues, nous n'avons jamais vu survenir d'effets pathogéniques capables d'inspirer la moindre inquiétude. »

Quoique nous n'ayons jamais observé personnellement d'accidents imputables à la cachexie alcaline, il est bon dans les premiers jours du traitement d'employer les alcalins à des doses un peu plus faibles que celles indiquées, et de les élever rapidement, si le sujet ne paraît ressentir aucune influence fâcheuse de la médication instituée.

Le bicarbonate de soude a le grand avantage de n'exercer aucune action irritante sur la muqueuse stomacale, mais il a l'inconvénient en se décomposant sous l'influence des acides de donner lieu à de l'acide carbonique ; il amène ainsi des éructations, et à la température de l'estomac peut contribuer à dilater cet organe. Il est en outre très soluble, facilement absorbable, et, si les aliments séjournent un certain temps dans l'estomac, il pourra être absorbé avant que les aliments aient passé en entier dans l'intestin. Ces inconvénients nous ont déterminé à essayer une série de substances antacides, tels que la chaux, le saccharure de chaux, le carbonate de chaux, le savon, la magnésie.

La chaux a été employée sous forme d'eau de chaux, dans le traitement de l'ulcère. Mais l'eau de chaux ne contient que 1gr,285 de chaux par litre, et il faut craindre ici le volume exagéré des boissons pouvant amener la dilatation de l'estomac. La chaux peut avoir, si l'on dépassait certaines doses, une action irritante sur l'estomac.

Le saccharure de chaux est moins désagréable au goût que la chaux, plus soluble, il a une action irritante assez énergique. Nous l'avons employé en le faisant dissoudre directement dans le lait.

Le carbonate de chaux précipité n'a point d'action irritante sur l'estomac, mais a l'inconvénient en saturant les acides de donner lieu à un dégagement d'acide carbonique.

Le savon médicinal est un peu irritant, si on le donne à dose un peu forte. Il faut en tous cas n'employer que du savon médicinal qu'on a purifié en le dissolvant dans l'alcool absolu. Le savon ou stéarate de soude se décompose au contact des acides, les matières qui résultent de cette décomposition n'ont aucun inconvénient pour l'estomac.

La magnésie sature bien les acides de l'estomac, mais elle

(1) Cl. Bernard, *Leçons sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des liquides de l'organisme*. Paris, 1859, t. II, p. 372.

(1) Jaccoud, *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 467.

(2) Charcot, *ibid.*, p. 489.

ne peut être employée à dose suffisante à cause de son action purgative.

Les avantages et inconvénients de chacune des substances que nous venons d'énumérer nous ont conduit à les associer les unes aux autres, par exemple de la façon suivante :

Le malade fait trois repas par jour, composés chacun de 25 grammes de poudre de viande délayée dans du lait ou de l'eau, convenablement aromatisé et additionné de la poudre composée suivante : magnésie calcinée, 1 gramme ; craie préparée ; 2 grammes, saccharate de chaux, 1 gramme. Immédiatement avant ce repas, le malade ingère un cachet contenant 2 grammes de bicarbonate de soude, et un quart d'heure après le repas, il ingère encore 4 grammes de bicarbonate de soude.

Il faut, en outre, éviter que le malade prenne une grande quantité de liquide et nous lui permettons au plus 1 litre à 1 litre 1/2 de lait additionné d'une quantité de saccharure de chaux qui varie de 4 à 6 grammes. Encore doit-il prendre ce lait par petites quantités à la fois.

Nos observations nous ont convaincu qu'en appliquant ce régime non seulement aux ulcères de l'estomac, mais aussi à diverses formes de gastrites non ulcéreuses on obtient des guérisons qu'on demanderait en vain à d'autres méthodes thérapeutiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 21 AVRIL 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

Sur la stérilisation des liquides au moyen de la marmite de Papin. Note de M. *L. Heydenreich*. (Voy. *Gaz. hebd.*, 1884, p. 278.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 29 AVRIL 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ALPHONSE GUÉRIN.

M. le docteur *Amat*, médecin-major, envoie la relation manuscrite *d'une épidémie de fièvre typhoïde* qu'il a observée en Algérie. (*Commission des épidémies.*)

M. *J. Mercié* fait déposer, au nom de M. le docteur *Garrigou-Désarènes* et au sien, un *Pli cacheté* relatif au *Traitement du catarrhe chronique des fosses nasales et de l'ozène par l'électrolyse.* (*Accepté.*)

M. *Altiat* demande l'acceptation d'un *Pli cacheté* concernant le *traitement des angines diphthéritiques.* (*Accepté.*)

M. le docteur *Netter* (de Nancy) envoie, pour le concours du prix Godard de 1884, plusieurs mémoires *sur la fièvre typhoïde et le typhus.* (Inscrits sous le n° 3.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Ceccheretti* de Parme), une brochure intitulée : *La nefrorraria nel rene mobile;* 2° de la part de M. le docteur *Luis Carreras y Arago* (de Barcelone), plusieurs ouvrages *sur l'ophthalmologie.*

M. *le Secrétaire annuel* dépose : 1° de la part de M. le docteur *Gomez*, un *Pli cacheté* pour le concours du prix Barbier de 1884, *sur le traitement de la fièvre jaune;* 2° au nom de M. le docteur *H. Napias*, trois brochures relatives à *l'hygiène professionnelle et industrielle.*

M. *Dechambre* offre, de la part de M. le docteur *Coriveaud* (de Blaye), une brochure ayant pour titre : *Le lendemain du mariage.*

M. *Léon Colin* présente : 1° au nom de M. le docteur *Bourgeois*, médecin-major, un *instrument* et un *mémoire relatifs à la vaccination* (*Commission de vaccine*) ; 2° de la part de M. le docteur *Covette*, un travail manuscrit *sur les vaccinations et revaccinations* de la garnison de Montbéliard. (*Même Commission.*)

M. *Larrey* dépose une Note manuscrite de M. le docteur *Gavoy*, médecin-major, *sur l'amplitude des déplacements du cerveau dans les différentes attitudes du corps.*

M. *Fournier* fait hommage, de la part de M. le docteur *Corlieu*, de la traduction d'un ouvrage de *Joseph Grünbeck* (seizième siècle), ayant pour titre : *De la mentulagre ou mal français.*

M. *Jules Guérin* présente : 1° au nom de M. le docteur *Chassinat* (d'Hyères), un mémoire manuscrit sur *quelques affections cérébrales d'origine paludéenne* Commission : MM. *Jules Guérin, Léon Colin, Hardy* et *Besnier*) ; 2° de la part de M. le docteur *Levert*, un travail manuscrit *sur l'influence des différences de température des tissus inoculés.*

M. *Gustave Bouchardat* dépose une brochure de M. le docteur *Debout d'Estrées* sur sa pratique médicale à Contrexéville. (*Commission des eaux minérales.*)

Lavage stomacal. — M. le docteur *Boisseau du Rocher* présente un instrument destiné au lavage de l'estomac ; cet instrument se compose d'un appareil à injection et d'un appareil d'aspiration fixés sur un tube en caoutchouc à double courant ; le tube est construit par un procédé de fabrication spécial et fait de telle sorte que les deux courants aient le même diamètre, le diamètre total extérieur étant cependant inférieur à la somme des deux diamètres intérieurs.

Mouvements du cerveau. — La discussion reprend sur les mouvements du cerveau suivant les diverses attitudes de la tête. M. *Luys* persiste dans son opinion et apporte les nouvelles preuves suivantes : 1° il place un cadavre debout, fait un trou au sommet du crâne par lequel il injecte une substance coagulante, puis il fait sur les parties déclives une contre-ouverture destinée à permettre l'écoulement du liquide céphalo-rachidien ; le crâne étant alors ouvert, on constate que la matière injectée occupe surtout la partie supérieure des circonvolutions ; 2° la même expérience pratiquée en sens inverse, avec un cadavre couché sur le dos, la plus grande épaisseur de matière coagulante siège en regard des lobes frontaux. D'où il résulte, suivant M. Luys, que le cerveau, plus petit que la voûte crânienne, se porte toujours dans les parties déclives, laissant à la partie culminante, variable suivant les attitudes, un espace libre démontré par la plus grande épaisseur à ce niveau de la matière à injection ; cet espace libre peut être évalué au 1/11ᵉ du volume du cerveau.

M. *Ulysse Trélat* combat l'opinion de M. Luys à l'aide d'arguments empruntés surtout à la pathologie. Il fait remarquer que le cerveau est disposé de manière à subir le moins possible les efforts isolés de la pesanteur, soit dans les changements d'attitude, soit par les chocs à la tête, et à échapper aux variations de pression dépendant de la respiration, de la diastole artérielle, de la déplétion des sinus par les attitudes ou par l'effort. A l'état normal le sang des sinus et plexus veineux d'une part, et de l'autre le liquide céphalo-rachidien sont, par leur accommodation précise et rapide, les agents de ce mécanisme préservateur ; aussi les mouvements que la masse cérébrale exécute, grâce à la séreuse arachnoïdienne, sont-ils, à l'état normal, bornés aux faibles variations de tension du cerveau ou de ses tutamina. D'où il résulte que, si le mécanisme exposé par M. Luys était réel, la contusion, l'attrition du cerveau seraient fréquentes ; le crâne étant dur, le cerveau mou, le choc serait certain grâce au vide. Ce phénomène est heureusement rare ; et pour qu'il se produise il faut l'emploi de forces considérables qui déjouent l'effet des conditions normales : dans la précipitation sur la tête, sans fracture du crâne ou avec fracture, mais sans ouverture de la boîte osseuse, on observe des attritions de la substance cérébrale au point du choc et quelquefois au point opposé.

C'est dans ces conditions essentiellement anormales et extraphysiologiques que des mouvements de déplacement, suivant M. Luys, se produisent. Mais ici nous sommes sur le terrain pathologique. La fonction normale est anéantie par une force supérieure, dont M. Béclard a déjà indiqué la puissance. D'ailleurs M. Luys a observé sur le cadavre, et l'on sait les profondes différences qui résultent de la disparition ou diminution du liquide céphalo-rachidien, de l'absence ou de la coagulation du sang veineux.

Pourrait-on admettre que l'injection coagulante faite dans les artères rétablisse les conditions de la vie ? Nullement. D'autre part, les observations pathologiques empruntées à Broca et à M. Verneuil ne prouvent qu'une chose, c'est que l'encéphale subit des variations de pression dont les sources sont connues ; on n'en saurait déduire que le cerveau se déplace en masse. En résumé, des inductions et hypothèses phy-

siologiques que M. Luys a tirées de ses expériences, les unes sont étrangères au sujet, comme le mal de mer ou le coup de chaleur; les autres trouvent leur explication naturelle dans les modifications de la circulation du cerveau et ne fournissent non plus aucune preuve en faveur du déplacement ou ballottement de la masse cérébrale.

Pour M. *Sappey*, les faits constatés par M. Luys sont réels, mais il convient de leur donner une tout autre signification. Il a eu soin de répéter les expériences de celui-ci et de les compléter, afin de répondre aux trois questions suivantes : 1° quel est le poids anatomique de l'encéphale? 2° quel est son poids physiologique? 3° quelle est la situation respective de l'encéphale et du liquide céphalo-rachidien dans la boîte crânienne?

Le chiffre de 1500 grammes indiqué par Broca comme étant le poids anatomique du cerveau est certainement exagéré et il faut le réduire à 1350 grammes en moyenne. Quant au poids physiologique, c'est-à-dire au poids de l'encéphale plongé dans le liquide céphalo-rachidien, les nouvelles expériences de M. Sappey permettent de l'évaluer à 45 grammes en moyenne, soit la trente-huitième partie du poids anatomique moyen. On admet généralement enfin que le liquide céphalo-rachidien est uniformément réparti autour de la masse encéphalique; M. Sappey ne partage pas cette manière de voir. Le liquide céphalo-rachidien est en effet plus léger que l'encéphale ; de plus, la base du crâne porte seule des empreintes et des lignes sinueuses correspondant directement aux saillies et aux anfractuosités de la partie inférieure du crâne ; on peut, en outre, s'assurer *de visu* que le cerveau tombe et repose sur la base du crâne, tandis que le liquide céphalo-rachidien monte vers la voûte crânienne, s'accumulant entre celle-ci et la convexité des hémisphères suivant une couche, plus ou moins épaisse, variant avec certains états pathologiques, ayant en moyenne 5 millimètres.

Mais de ce que le cerveau repose, dans la station debout, sur la base du crâne et reste éloigné de la voûte, s'ensuit-il qu'il soit mobile et puisse changer de position suivant les attitudes comme le voudrait M. Luys? M. Sappey, pour y répondre, a voulu pratiquer des ouvertures sur la base, au lieu d'en faire sur la voûte crânienne : ayant ouvert la colonne rachidienne et disposé les méninges de telle sorte que le liquide céphalo-rachidien ne puisse s'écouler, il a fait reposer le sujet sur le sommet du crâne et après avoir enlevé la face et mis à nu la base du crâne, il a pratiqué d'abord au niveau de la voûte orbitaire, ensuite au niveau des fosses sphénoïdales, de petites fenêtres ; quelle que fût l'attitude, le cerveau ne quitta point la base du crâne; l'appareil vasculaire et nerveux faisait alors équilibre à son poids physiologique ; une issue étant ensuite donnée au liquide céphalo-rachidien par l'ouverture pratiquée au niveau du rachis, le cerveau, retrouvant son poids absolu, s'éloigna subitement de la base du crâne, tomba sur la voûte et se déplaça suivant les diverses attitudes. Il s'agit donc dans ce cas de mouvements purement artificiels, et jamais le cerveau immergé, à l'état physiologique, n'en exécute de pareils. M. Luys ne saurait donc appliquer à l'état normal les résultats artificiels que lui a donnés l'expérimentation cadavérique.

M. *Constantin Paul* rappelle qu'en dehors de ces divers mouvements, le cerveau peut, comme tous les autres organes, s'atrophier ou s'hypertrophier; d'où résultent des variations inverses dans la quantité du liquide céphalo-rachidien contenu dans la cavité crânienne. Si, par exemple, la diminution de volume du cerveau est assez notable, l'abondance du liquide forme comme une variété d'hydrocéphalie ; le siège de l'épanchement réside dans la cavité des ventricules latéraux, tandis qu'on trouve celle-ci réduite à néant, pour ainsi dire, lorsque le cerveau a son volume médiocre. Les ventricules latéraux ont donc la fonction principale suivante : la cavité crânienne restant immobile, la variation de grandeur de la cavité ventriculaire compense cette fixité; en se dilatant, elle empêche que les circonvolutions ne s'éloignent de la voûte crânienne dans les cas d'amoindrissement de la masse encéphalique. D'où l'on peut conclure : si la diminution de la masse encéphalique avait eu pour résultat l'éloignement des circonvolutions de la voûte crânienne, ces circonvolutions n'auraient pu exécuter un semblable mouvement qu'en voyant décroître très rapidement le périmètre dont elles disposent, ce qui est une circonstance des plus défavorables au point de vue fonctionnel. Au contraire, grâce à l'ampliation des ventricules et à la fixité des circonvolutions qui en est la conséquence, le cerveau peut subir des variations considérables de volume, sans que la surface de ces circonvolutions en soit en rien modifiée.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 25 AVRIL 1884. — PRÉSIDENCE DE M. BUCQUOY.

Simulation thermique chez une hystérique : M. Du Castel. — Traitement de l'ulcère simple de l'estomac : M. Debove (discussion ; MM. Duguet, Gérin-Roze, Bucquoy). — Fracture spontanée du radius chez un syphilitique : M. Debove.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Du Castel* relate un fait curieux démontrant que les hystériques peuvent arriver à tromper le médecin jusque dans les résultats des explorations thermométriques dont elles sont l'objet. — Il s'agit d'une femme jeune, nerveuse, entrée à l'hôpital au mois de février dernier pour une angine herpétique, et dans les antécédents de laquelle on ne relevait qu'une fluxion de poitrine (?) et une hémoptysie récente; jamais elle n'avait eu d'attaques convulsives. Au bout de cinq à six jours, l'angine était à peu près complètement guérie, et la température, qui avait un moment atteint 39°,5, était retombée aux environs de la normale; mais alors apparut un accès délirant de quelques heures de durée, suivi d'une agitation manifeste. Quelques jours plus tard, la malade déclara avoir *craché du pus* pendant la nuit, mais personne n'avait été appelé à constater ce phénomène, et le crachoir avait été vidé avant la visite. Bientôt, elle présenta un coma passager, accompagné d'une légère élévation de la température; puis une paraplégie complète avec hyperesthésie généralisée; enfin, des attaques hystériformes très nettes, de l'aphasie, du mutisme, etc. Le thermomètre indiquant à ce moment une température variant de 39 degrés à 39°,5, on hésitait à affirmer le diagnostic d'hystérie, et on était amené à se demander, à cause de la surdité constatée au cours de l'angine et du crachement de pus (?) consécutif, s'il n'existait pas quelque lésion de l'oreille interne, compliquée d'abcès cérébral. L'incertitude subsistait toujours, lorsqu'un matin l'externe chargé de prendre la température de la malade constata que le thermomètre marquait 43°,4! On crut à une erreur, et l'on prit à nouveau la température : on ne trouva que 39 degrés. Mais, huit jours plus tard, le thermomètre indiquait encore 43 degrés et quelques dixièmes; puis la température restait, les jours suivants, aux environs de 39 degrés; on constata un matin 44 degrés. Tous les thermomètres du service furent vérifiés et trouvés exacts; cependant on relevait chaque jour les températures les plus variables : 38 degrés, 43 degrés, 39 degrés; mais l'ascension ou la chute étaient parallèles pour la température axillaire et vaginale. Supposant quelque fourberie, dit M. Du Castel, on *chauffa* la malade en feignant un intérêt très grand pour ce curieux phénomène, et l'on institua une surveillance rigoureuse pour surprendre le procédé qu'elle mettait en œuvre; on ne pouvait supposer qu'elle avait à sa disposition une source de calorique quelconque, puisqu'elle était confinée au lit par la paraplégie; elle devait donc employer un moyen mécanique

pour faire monter au delà des limites vraisemblables l'index du thermomètre à maxima. On ne découvrit rien pendant longtemps, et cependant on relevait une température de 48 degrés ! puis des températures extravagantes, l'index atteignant le sommet du tube capillaire intérieur d'un thermomètre de précision et en déterminant la rupture. Enfin, avec un thermomètre à étuve pouvant donner l'indication de 160 degrés, on constata un matin une température axillaire de 76 degrés ! qui fut même de beaucoup dépassée quelques jours plus tard. On finit par remarquer que la malade cherchait, lorsqu'elle ne se croyait pas surveillée, à rapprocher sa main gauche de l'extrémité du thermomètre placé dans l'aisselle droite, et on eut enfin l'explication du mystère lorsqu'un élève du service eut constaté et démontré à diverses reprises qu'au moyen de percussions légères et répétées sur l'extrémité de la tige thermométrique, on peut faire monter l'index à la hauteur que l'on désire, et que cette ascension est d'autant plus rapide que l'index atteint les parties supérieures de l'instrument. — M. Du Castel a tenu à communiquer ce fait pour prouver à M. Debove que les recherches thermométriques, chez les hystériques, ne sont pas à l'abri de toute erreur, puisque certains sujets *éduqués* peuvent, même à cet égard, satisfaire leur désir de simulation.

— M. *Debove* donne lecture d'un mémoire intitulé : *Du traitement de l'ulcère simple de l'estomac.* (Voy. p. 295.)

M. *Duguet* ne croit pas le lavage de l'estomac complètement exempt de dangers dans le cas d'ulcère gastrique. Il a pratiqué le lavage, il y a quelques années, chez un homme de trente-cinq ans atteint d'ulcère simple, avec dilatation stomacale, se révélant par tous les symptômes les plus nets, mais qui n'avait jamais eu (du moins il l'affirmait) aucune hématémèse. Tout alla bien pendant plusieurs semaines, et l'amélioration était évidente, lorsqu'un jour le liquide retiré par le siphon se montra teinté de sang. Craignant quelque accident résultant de l'aspiration au niveau de l'extrémité de la sonde, M. Duguet suspendit aussitôt le lavage et résolut de n'y plus recourir; mais le malade, éprouvant de nouveau des douleurs les jours suivants, pratiqua lui-même le lavage sans en rien dire à personne. Un jour, au cours de cette opération, l'aspiration du siphon amena dans l'entonnoir des flots de sang; M. Duguet fut appelé en toute hâte, mais le malade succomba à une hémorrhagie que rien ne put arrêter.

M. *Debove* pense que, parfois, le sang retiré au moment du lavage s'était déjà répandu dans l'estomac, par suite d'une hémorrhagie spontanée au niveau de l'ulcère. Le lavage a mis en lumière une gastrorrhagie qui eût pu passer inaperçue, surtout si le sang avait été expulsé par l'intestin. Il a ainsi plusieurs fois retiré du sang *marc de café* de l'estomac d'individus atteints d'ulcère simple, et qui affirmaient n'avoir jamais eu d'hématémèse. Il est, du reste, évident qu'il faut cesser immédiatement l'opération lorsque le liquide revient teinté de sang; dans ce cas, d'ailleurs, l'exhalation sanguine est due aux efforts faits par le malade, et non au traumatisme exercé par l'extrémité de la sonde.

M. *Gérin-Roze* fait observer qu'on ne voit pas le régime lacté produire la dilatation gastrique chez les cardiaques ou les brightiques auxquels on l'administre. Cette dilatation, dans le cas d'ulcère simple, paraît donc bien plutôt le résultat de l'affection gastrique; elle existe avant le traitement par le régime lacté.

M. *Bucquoy* a plusieurs fois observé la coloration rosée du liquide ayant servi au lavage gastrique; c'est, pour lui, non l'effort musculaire, mais l'aspiration du siphon qui détermine ce léger écoulement de sang : aussi doit-on immédiatement cesser le lavage, et ne jamais permettre aux malades atteints d'ulcère simple de le pratiquer eux-mêmes. Quant à la dilatation de l'estomac, il la croit consécutive aux lésions du viscère et non au régime lacté; elle préexiste au traitement dans bien des cas, et reconnaît pour cause la lenteur des digestions et le long séjour dans l'estomac des résidus alimentaires. Le régime lacté constitue un excellent moyen de traitement, sur lequel il serait préjudiciable de jeter un discrédit immérité.

M. *Debove* maintient que le régime lacté peut déterminer la dilatation gastrique chez les malades atteints d'ulcère simple, mais il faut attribuer ce résultat bien plutôt à la façon dont est dirigé le régime qu'à ce régime lui-même. En effet, on voit le plus souvent les malades ingérer en une seule fois un litre de lait et même davantage, et renouveler cette ingestion à trois ou quatre reprises dans la journée; c'est là une méthode défectueuse, qui cause tout le mal; le lait doit être pris par doses beaucoup moindres et plus fréquemment répétées. D'autre part, on a voulu attribuer la dilatation stomacale aux lésions de la muqueuse gastrique antérieures à tout traitement par le régime lacté. Mais, si l'on soumet à la *diète sèche* de Bouchard des malades atteints d'ulcère simple avec dilatation gastrique, et chez lesquels, par suite du régime lacté préalablement institué, on ne peut déterminer nettement la cause réelle de la dilatation, on voit celle-ci disparaître assez rapidement lorsqu'elle ne remonte pas à une époque trop éloignée. Comment méconnaître, dans ces cas, l'influence du régime lacté sur l'ampliation du viscère malade.

— M. *Debove* lit une Note intitulée : *Des fractures spontanées syphilitiques.* Il s'agit d'une pièce anatomique recueillie à Bicêtre, et provenant d'un individu qui, en 1841, avait eu au niveau du radius gauche, vers le tiers inférieur, une fracture déterminée par le heurt que produit le canon du fusil tombant dans la paume de la main gauche au deuxième temps de la charge. Or, au niveau même où se produisit la fracture, existait une lésion osseuse de nature syphilitique pour laquelle le malade avait fait un séjour au Val-de-Grâce. Il semble bien évident que cette altération du tissu osseux a servi de cause prédisposante à la fracture, vu le peu d'intensité du traumatisme. Par suite d'un traitement chirurgical absolument défectueux, et sans doute aussi à cause de la lésion osseuse antérieure, la consolidation ne se produisit pas, et l'on peut voir, sur la pièce que M. Debove place sous les yeux de la Société, une pseudarthrose manifeste. Le malade présenta d'ailleurs, par la suite, d'autres accidents sérieux de syphilis, et principalement des lésions du côté du système osseux.

— A quatre heures trois quarts la Société se constitue en comité secret.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 23 AVRIL 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE

Deux observations d'anévrysme : M. Trélat. — Anévrysme de l'artère fémorale traité par la ligature au-dessus du sac : M. Pamard (d'Avignon). — Pleurésie purulente, résection costale, large fistule pleurale : M. Hermann (de Mulhouse).— Résection de l'astragale : M. Ollier. — Diagnostic de la névrite traumatique : M. Guermonprez (de Lille).

M. *Nicaise* fait hommage à la Société de son travail publié dans l'*Encyclopédie internationale de chirurgie*, sur les maladies chirurgicales des nerfs et les opérations qu'on pratique sur eux.

— M. *Trélat* dépose sur le bureau deux observations d'anévrysmes intéressantes à divers titres et les résume ainsi. La première observation est intitulée : *Anévrysme poplité diffus guéri par la ligature de l'artère fémorale.* Il s'agit d'un homme de cinquante ans, très vigoureux, nullement diathésique, qui, en 1877, fit une chute sur le genou, sans

lésions primordiales apparentes. Quelques mois après il constata que par la marche la jambe de ce côté devenait œdémateuse, mais un médecin consulté à ce moment ne trouva rien d'anormal, et le malade ne s'inquiéta pas autrement. Un an après cependant il consulta de nouveau, et cette fois-ci on découvrit dans le creux poplité un petit anévrysme artériel avec tous ses caractères classiques, pour lequel il fut convenu que le malade entrerait à la maison municipale de santé afin de s'y soumettre à un traitement régulier. Malheureusement le malade, faisant quelques courses pressées avant son entrée, fit un faux pas sur le trottoir, la jambe malade fortement portée en extension; il ressentit à ce moment une légère douleur et dès le soir même il fut obligé de garder le lit. M. Trélat insiste particulièrement sur cet épisode, il est bien probable pour lui que c'est à partir de cette chute que l'anévrysme circonscrit s'est transformé en anévrysme diffus. Quoi qu'il en soit, le lendemain, 4 septembre 1878, le malade entre à la maison de santé, où il est vu par M. Pozzi. Pendant trois jours consécutifs on essaye l'emploi de la compression avec la bande d'Esmark; les séances sont assez bien supportées, mais à part un peu de dureté de la tumeur aucun autre phénomène modificateur ne s'y observe. Le 18 septembre, on a recours à la compression digitale au pli de l'aine, une escharre empêche bientôt de la continuer et quelques jours après le malade quitte l'hôpital sensiblement dans le même état qu'au moment de son entrée. Au mois d'octobre M. Trélat voit pour la première fois le patient, la tumeur poplitée est assez volumineuse et ne présente aucune trace de guérison. Le traitement par la flexion et la compression successivement employées doit être bientôt abandonné en présence des douleurs intolérables qu'il occasionnait. M. Trélat, aidé par l'entourage très éclairé du malade, eut l'idée de comprimer la fémorale à l'aide d'une bouteille d'Hunyadi-Janos contenant une quantité de plomb juste suffisante pour amener l'effacement du calibre du vaisseau et reposant sur lui par l'intermédiaire d'une petite boule de caoutchouc interposée : cette compression douce mais suffisante était supportée sans la moindre douleur et sans le moindre froissement de la peau. Grâce à elle on fit d'abord des séances de dix heures par jour à diverses reprises, puis deux séances de quatre jours consécutifs sans aucune espèce de résultat. Laissant alors la compression indirecte, on revint à la compression directe, en emprisonnant le membre dans une sorte de sac de caoutchouc en forme de bonnet de coton, dans l'intérieur duquel on comprimait de l'air; l'intolérance du malade dut faire abandonner également ce mode de traitement. Sur ces entrefaites survint une petite ecchymose du mollet, qui, s'ajoutant aux autres signes tirés de l'impuissance de tous les traitements jusqu'alors mis en usage, fit penser à M. Trélat qu'il ne s'agissait pas d'un anévrysme circonscrit, mais d'un anévrysme diffus. Broca appelé en consultation confirma le diagnostic de M. Trélat, il conseilla la compression et engagea à se préparer à faire l'amputation du membre, s'il survenait quelque accident.

Le 18 décembre, l'apparition d'une nouvelle ecchymose hâta l'intervention à laquelle M. Trélat s'était arrêté. Le 28 décembre, il fit la ligature de l'artère fémorale à la pointe du triangle de Scarpa; l'opération fut des plus simples, grâce au développement des collatérales, le membre n'éprouva pas le moindre refroidissement; la chute de la ligature eut lieu le trente-quatrième jour; en mars le malade commença à marcher et aujourd'hui la guérison ne s'est pas démentie.

La deuxième observation est relative à un petit garçon de quinze ans, qui fit une chute ayant dans sa poche un couteau tout ouvert. Le couteau pénétra à la partie moyenne de la région interne de la cuisse et fit une plaie profonde donnant lieu à une hémorrhagie considérable. Deux jours après M. Letulle reconnaissait l'existence d'un anévrysme artério-veineux. Admis à l'hôpital, le malade y fut d'abord soumis au traitement par la compression directe qui fit disparaître le souffle continu et transforma l'anévrysme artério-veineux en anévrysme artériel. M. Trélat employa alors pour pratiquer la compression indirecte les bouteilles que son premier malade avait si bien supportées, et cette fois-ci le succès fut complet; après quelques séances la guérison était parfaite.

— M. *Pamard* (d'Avignon) communique l'observation suivante : *Anévrysme de la fémorale gauche à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur, ligature au-dessus du sac, guérison.* Un mineur, âgé aujourd'hui de trente et un ans, est blessé en 1870 à la région interne de la cuisse gauche par un couteau pointu, dont il veut prévenir la chute à terre en rapprochant les jambes. La plaie petite saigne peu, elle guérit très rapidement et ne laisse aucun reliquat apparent, au point qu'en 1873 le blessé est pris pour le service militaire. Pendant son séjour au régiment, il se plaint de gêne, de pesanteur dans le mollet et voit apparaître des varices; de retour dans ses foyers il reprend son ancien métier de mineur. Depuis six mois, avant le moment où il vint consulter, il s'était aperçu qu'il avait une tumeur au niveau du point antérieurement blessé; on constate en effet à cette époque (13 avril 1883) une tumeur volumineuse avec battements, expansion, bruit de souffle et tous les signes de l'anévrysme; le mollet est très gros et sillonné de varices nombreuses. On fait une première séance de compression élastique sous le chloroforme pendant une heure, suivie de la compression digitale pendant cinq heures; à trois reprises le même traitement est repris sans succès. En présence de ces échecs successifs, M. Pamard eut recours à la ligature au-dessus du sac, environ à 4 centimètres; l'artère fut sectionnée entre deux ligatures; le membre se refroidit notablement après l'opération, mais aucun accident ne survint et la guérison fut complète et rapide. Il y a quelques jours la guérison persiste, mais il s'est produit un phénomène difficile à interpréter, c'est l'existence d'une petite fistule au niveau même de l'ancienne tumeur anévrysmale.

— M. *Hermann* (de Mulhouse) lit une observation de pleurésie purulente ponctionnée à deux reprises sans succès, et pour laquelle on dut faire à deux fois différentes la résection centrale. La dernière de ces opérations a été pratiquée par M. Hermann lui-même vingt-sept mois après le premier empyème. Le malade, âgé de cinquante ans, était bien constitué, encore vigoureux malgré la longue suppuration et ne présentait pas de bacilles dans ses crachats. On réséqua une portion des sixième, septième, huitième, neuvième et dixième côtes, après avoir fait une incision des parties molles en ⌶ horizontal. La suture réunissant les deux volets ainsi obtenus manqua, les bords de l'incision rentrèrent en dedans à la rencontre de la plèvre et aujourd'hui il existe une large fenêtre au fond de laquelle on aperçoit le poumon rétracté le long de la colonne vertébrale à plus de six centimètres du plan des côtes. Celles-ci n'ont aucune tendance au retrait et comme d'autre part le poumon est fixé par des adhérences, la guérison paraît bien impossible.

— M. *Ollier* (de Lyon) a eu l'occasion de pratiquer, depuis ces dernières années, vingt-deux fois la résection de l'astragale; il désire attirer l'attention de la Société sur les avantages de cette opération, sur ses indications et son manuel opératoire.

Autrefois le chirurgien lyonnais, dans les résections tibio-tarsiennes, s'occupait peu de l'astragale et se contentait de réséquer, suivant les besoins, les deux malléoles; aujourd'hui il s'attaque d'abord à cet os pour les trois raisons suivantes, d'abord parce qu'il est très souvent malade, en second lieu parce que son ablation permet de mieux apprécier l'état de la mortaise tibiale, en troisième lieu enfin parce que l'expérience lui a appris que l'extirpation de l'astragale ne compromet en rien le bon fonctionnement ultérieur du pied.

Cette opération peut être faite soit dans un but morphologique, soit pour des lésions pathologiques ou traumatiques de l'articulation tibio-tarsienne. C'est dans ce dernier cas qu'on obtient les plus beaux succès. Sur seize résections pathologiques, on a noté quatorze guérisons, avec restauration suffisante pour permettre l'usage du membre; les deux autres opérés sont morts d'accidents ne relevant pas de l'opération elle-même, l'un ayant succombé à la pourriture d'hôpital et l'autre à une tuberculose généralisée.

En 1867, M. Ollier préconisait comme manuel opératoire l'incision antérieure et externe; depuis il y ajoute une incision interne, afin d'arriver sur le puissant ligament deltoïdien, véritable clef de l'articulation et qu'on peut ainsi atteindre sans crainte de blesser les vaisseaux en ayant soin, avec son détache-tendon, de ne pas abandonner la surface osseuse. Pour faciliter la manœuvre, il a imaginé des daviers érignes, qui saisissent solidement l'os sans l'écraser dans leurs mors, et des daviers tournants, qui permettent l'effacement de leurs branches, afin de laisser bien libre le champ opératoire.

— M. *Guermonprez* (de Lille) lit un travail sur le diagnostic de la névrite traumatique ancienne par les courants électriques.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 26 AVRIL 1884. — PRÉSIDENCE DE M. FRANÇOIS-FRANCK, VICE-PRÉSIDENT.

Élévation de la température profonde par le travail cérébral: M. Gley. — Développement des diatomées : M. Pouchet. — Mécanisme de la mort à la suite des injections sous-cutanées de chloroforme : M. Laborde. — Comparaison de la léthargie et du somnambulisme : M. Brémaud. — Anesthésie du conduit auditif et de la membrane tympanique par la douche d'acide carbonique : M. Gellé.

M. *Gley* a cherché, à l'aide d'un thermomètre construit spécialement dans ce but, si le travail intellectuel produit réellement une élévation de la température profonde. Ses expériences, répétées dans des conditions très variées, lui ont permis de constater que la courbe d'abaissement régulière de la température rectale observée sous l'influence du repos prolongé se trouvait atténuée et même interrompue par des phases d'élévation, quand il se livrait à un travail cérébral un peu actif. Il était donc à supposer qu'une influence capable de produire de la chaleur intervenait pour lutter plus ou moins efficacement contre l'effet de l'immobilité prolongée. C'est ce qu'établissent les expériences faites au lit, dans un milieu à température sensiblement constante, alors que la température profonde ne subissait pas la chute observée pendant le jour, quand l'auteur restait longtemps assis devant une table, exposé à la déperdition de chaleur; dans ces nouvelles conditions, la courbe thermométrique se relevait sous l'influence de l'activité cérébrale. Quant à l'interprétation de l'élévation centrale de la température produite par le travail intellectuel, elle reste difficile à préciser : M. Gley incline à l'attribuer à la production exagérée de chaleur dans le cerveau lui-même, tandis que M. Franck accepterait plus volontiers l'hypothèse d'une provocation à la production de calorique dans les tissus en général et non dans le cerveau seulement; M. Dastre, de son côté, se demande dans quelle mesure on peut considérer comme réellement centrale la température du rectum, qui est fortement influencée par les variations de température du sang veineux des membres inférieurs. Un fait n'en paraît pas moins bien établi par ces nouvelles études : l'influence du travail cérébral se traduit par une augmentation notable de la production de calorique.

— M. *Pouchet* expose les résultats de ses recherches sur le développement et la reproduction des bacillariées ou diatomées. On voit sur le fond de la mer des corps sarcodiques qui, après une période d'activité et de mouvement, s'arrêtent et s'étalent en expansions filamenteuses formant des réseaux qui s'étendent au loin. A un moment donné, les filaments font place à des corps biconiques plus ou moins espacés et chevauchant les uns sur les autres; on a sous les yeux des diatomées en voie de formation. Sur les nitszchia, le réticulum d'origine présente un aspect tout spécial : le corps amiboïde dont il provient est ordinairement caché sous des masses zoogléiques. Les renflements qui formeront les diatomées se déplacent le long des filaments, et changent de route quand ils rencontrent un filament latéral; ces déplacements se font avec une rapidité notable. Un fait fort intéressant est fourni par l'étude du noyau : l'évolution des diatomées se poursuit indépendamment de cet élément.

— M. *Laborde*, reprenant des expériences qu'il avait exécutées autrefois avec Muron, et poursuivant l'étude des accidents étudiés récemment par M. Bouchard à la suite des injections sous-cutanées de chloroforme, expose l'ensemble de ses recherches. Il étudie spécialement le mécanisme de la mort, qu'on voit parfois (mais non constamment, ainsi que l'avait dit M. Bouchard) survenir, chez le lapin, dans les heures ou dans les jours qui suivent l'injection. Comme M. Bouchard, il a constaté l'albuminurie, mais pas plus que celui-ci il ne croit qu'on doive attribuer la mort à cette catégorie d'accidents. Les phénomènes mortels résultent bien d'une perturbation du système nerveux central, et M. Laborde pense en avoir établi la nature. Tous les animaux, qu'ils succombent ou non, présentent des accidents respiratoires semblables à ceux qui suivent la double section des pneumogastriques; quand ils meurent, leurs poumons offrent les mêmes lésions congestives, œdémateuses et hémorrhagiques. On se trouvait donc amené à rechercher dans le bulbe la provenance de ces accidents : en effet, l'examen minutieux du bulbe permet de constater des congestions manifestes localisées dans les régions correspondant à l'origine des pneumogastriques.

Ces altérations paraissent résulter de l'absorption du chloroforme injecté sous la peau; elles expliquent à la fois les troubles de la respiration et ceux de la sécrétion rénale.

M. *Richet*, rappelant les expériences qu'il a faites avec M. Reynier sur le choc péritonéal, penserait plutôt qu'il s'agit d'une sorte de sidération nerveuse dans les accidents consécutifs aux injections de chloroforme.

M. *Malassez* insiste sur la possibilité d'altérations très délicates des cellules de l'épithélium rénal, suffisantes pour frapper de mort les éléments et pouvant expliquer l'albuminurie.

M. *Quinquaud* signale la gravité des accidents qu'on a quelquefois observés chez l'homme à la suite des injections sous-cutanées pratiquées sur le trajet du sciatique. Il ajoute que les troubles observés dans le fonctionnement rénal se sont révélés, dans les examens du sang qu'il a pratiqués, par l'augmentation notable du chiffre de l'urée.

— M. *Brémaud*, comparant la léthargie au somnambulisme, est conduit par ses expériences à admettre qu'il n'y a entre ces deux états « aucune différence essentielle au point de vue du fonctionnement intellectuel et de la mise en action de centres particuliers, puisque, par un simple artifice d'expérience (vibrations vocales transmises par les éléments solides du corps), on peut se mettre en relation avec le léthargique comme avec le somnambule.

— M. *Gellé*, s'inspirant des expériences de M. Brown-Séquard sur l'anesthésie de la muqueuse du pharynx et du larynx par un jet rapide d'acide carbonique, a tenté d'employer ce moyen comme calmant de la douleur dans l'otalgie, et aussi comme anesthésique de la peau du conduit et du tympan, dans les opérations qui se pratiquent sur ces régions. Comme calmant, le résultat a été aussi complet que possible ;

il a pu, entre autres, amender les crises de douleurs otalgiques atroces causées par une affection chronique ulcéreuse de la langue et des piliers du voile; le sujet continue l'usage du jet de gaz et s'en trouve toujours bien. Il faut un jet assez rapide; l'action est prompte, mais passagère.

M. Gellé se réserve de présenter, dans quelque temps, les résultats obtenus dans l'emploi du jet de gaz acide carbonique comme agent anesthésique dans les opérations qui se pratiquent sur l'oreille.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 23 AVRIL 1884. — PRÉSIDENCE DE M. DELPECH.

Traitement de la cystite : M. Brame. — Hamamelis virginica : M. Blondeau. — Borate de quinine en Allemagne : M. Boymond — Piscidia erythrina : M. Limousin. — Valérianate de cérium contre les vomissements incoercibles : M. Blondeau. — Injections de sublimé dans la blennorrhagie : M C. Paul.

M. *Brame* lit une Note *sur le traitement de la cystite.* — Cette note est, sur la demande du secrétaire général, renvoyée au Comité de publication.

— M. *Blondeau*, à l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, fait connaître à la Société la pharmacopée anglaise relative à l'*Hamamelis virginica*, d'après la traduction qu'il en a faite dans le formulaire de Martin Dale. — En Angleterre c'est l'écorce d'*Hamamelis* et non les feuilles que l'on emploie pour les diverses préparations en usage. Elle est réputée posséder des propriétés astringentes précieuses pour combattre les hémorrhagies et les sécrétions muqueuses exagérées; ces propriétés d'ailleurs ne sauraient être attribuées, d'après l'auteur anglais, aux seuls principes tanniques que renferme la plante. On retire de cette écorce un extrait pulvérisé nommé *Hamamelin* ou *Hamamelideis*, que l'on administre en pilules, à la dose de 1 à 2 grains (1 grain = 0gr,0648). On prépare également des suppositoires renfermant 1 grain d'hamamelin, contre les hémorrhoïdes.

La teinture a pour formule : écorce d'hamamelis, 1 once (28gr,349); alcool, 10 onces; elle est très employée comme hémostatique, contre les varices, les hémorrhoïdes, l'hémophilie, etc. On la prescrit à la dose de deux à cinq gouttes (minims), ou même davantage. On applique sur les hémorrhoïdes saignantes un onguent d'hamamelis composé ainsi : teinture d'hamamelis, 1 drachme (3gr,54); onguent simple, 10 drachmes.

— M. *Boymond* signale, d'après un journal allemand, l'emploi du *borate de quinine amorphe* en Allemagne. Ce corps, qui se présente sous l'aspect d'une poudre jaunâtre, serait soluble dans son poids d'eau (?), et posséderait une activité supérieure à celle du chlorhydrate de quinine.

— M. *Limousin* présente à la Société un échantillon de l'écorce du *Piscidia erythrina*, plante de la famille des légumineuses, originaire des Antilles. Il rappelle que cette écorce jouit, en Amérique, d'une grande réputation comme sédatif et hypnotique; elle est également employée pour détruire le poisson, de la même façon que la coque du Levant, et sert parfois à empoisonner les flèches dont on se sert à la chasse. Elle renferme un principe actif, la *piscidine* ($C^{29}H^{24}O^{8}$), qui se présente sous l'aspect de prismes incolores, insolubles dans l'eau, mais très solubles dans l'alcool, surtout à chaud. On prépare un extrait fluide de *piscidia erythrina* en traitant par déplacement 500 grammes d'écorce par 900 grammes d'alcool à 60 degrés; on distille la liqueur, puis on l'évapore jusqu'à ce que le résidu représente la moitié du poids initial, et l'on ajoute alors de l'alcool, de façon à obtenir 500 grammes de produit. On obtient ainsi une préparation liquide qui représente exactement son poids d'écorce de *piscidia :* 1 gramme d'extrait équivaut à 1 gramme d'écorce. Si l'on prépare une potion, en ajoutant un sirop à cet extrait fluide, on obtient une émulsion peu stable, la liqueur est trouble et d'une coloration gris-brunâtre; on peut remédier en partie à cet inconvénient en substituant, dans la préparation de l'extrait, 100 grammes de glycérine à 100 grammes d'alcool. La dose ordinaire d'extrait de *piscidia erythrina* est de 3 à 4 grammes en une seule fois, de façon à obtenir un effet soporifique. — Les résultats d'expériences physiologiques et thérapeutiques, actuellement pratiquées par M. Dujardin-Beaumetz, seront prochainement communiqués, par lui, à la Société.

— M. *Blondeau* attire l'attention de ses collègues sur l'efficacité du *valérianate de cérium* contre les vomissements incoercibles. Il a employé le valérianate de cérium, préparé par M. Thibault, chez une jeune femme, enceinte pour la troisième fois, et présentant, au deuxième mois de sa grossesse, des vomissements incoercibles. Pendant quatre jours, la malade prit, avant chacun des deux principaux repas, 10 centigrammes de valérianate de cérium, en pilules. Les vomissements ont été entièrement supprimés, et n'ont pas reparu depuis, bien que l'on ait suspendu la médication. M. Blondeau reconnaît qu'un fait isolé ne peut être absolument démonstratif, mais l'heureux résultat obtenu dans ce cas doit engager à expérimenter à nouveau le médicament. D'ailleurs, ce mode de traitement n'est pas entièrement nouveau puisque l'oxalate de cérium a été préconisé dans des cas analogues. M. Blondeau croit savoir que des résultats également favorables ont été obtenus, avec le valérianate de cérium, dans les vomissements incoercibles de l'hystérie.

M. *Campardon* a employé, chez des hystériques, l'oxalate de cérium pour combattre les vomissements; il en a obtenu d'excellents effets.

M. *C. Paul* rappelle que, dans le formulaire de thérapeutique publié en collaboration avec M. Delpech, l'oxalate de cérium se trouve indiqué contre les vomissements, à la dose de 3 pilules de 5 centigrammes dans les vingt-quatre heures.

— M. *C. Paul* signale l'emploi des injections uréthrales de sublimé, préconisées, dans le traitement de la blennorrhagie, par le docteur Fanti. Les solutions dont se sert l'auteur sont au nombre de trois; elles renferment, pour 100 grammes d'eau, l'une, 1gr,40 de sublimé; l'autre, 60 centigrammes, et la plus faible 12 centigrammes. Les résultats obtenus seraient très remarquables. — M. C. Paul rappelle que l'isolement, la culture, et même l'inoculation du microbe de la blennorrhagie, auquel on a donné le nom de *gonococcus*, paraissent jusqu'ici démontrer la spécificité de ce micro-organisme; or il suffirait, d'après certains expérimentateurs, d'une solution de sublimé au 1/20000 pour le détruire à coup sûr. On pourrait expliquer ainsi l'action curatrice des injections de sublimé. M. C. Paul a déjà entrepris une série de recherches sur ce sujet, et a obtenu des cultures remarquables; mais un essai d'inoculation, accepté par une femme, n'a pas donné de résultat absolument probant, l'uréthrite aiguë, développée après cinq jours d'incubation, ayant disparu au bout de quarante-huit heures. Il se réserve de continuer ses expériences, et engage ses collègues à rechercher l'efficacité de la solution de sublimé au 1/20000, à diverses périodes de la blennorrhagie.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Du pruritus hiemalis, par M. H. Obersteiner. — Sous le nom de *prurit d'hiver*, Duhring (*Philadelphia medical Times*, 1874) a décrit une affection uniquement caractérisée par des démangeaisons des extrémités inférieures, revenant de préférence dans la soirée et exclusivement à la fin de l'automne et au commencement de l'hiver. Cette affection serait très fréquente en Amérique, à Philadelphie et en général au-dessous du 40e degré de latitude, tandis qu'elle serait inconnue en Europe et dans les latitudes plus méridionales de l'Amérique. L'auteur a eu l'occasion d'en observer un cas à Vienne. Il s'agit d'un homme vigoureux, âgé de trente-sept ans, habitant le Caire, se plaignant de démangeaisons qui siègent dans les deux mollets. Les démangeaisons, qui reviennent chaque année au mois d'octobre, s'exaspèrent pendant l'hiver et finissent par disparaître au mois de mars. Pendant le jour il ne ressent rien, pendant la nuit il perd le sommeil. Aucun antécédent héréditaire. A plusieurs reprises les émotions et les chagrins ont aggravé son état.

Ce singulier prurit n'est nullement comparable à celui des vieillards, des hystériques ou des diabétiques, et cependant il est à peine douteux qu'il soit en rapport avec une altération bien déterminée du système nerveux. (*Wien. med. Woch.*, 1884, n° 16.)

Des mucédinées pathogéniques et de leur action sur l'organisme du lapin, par M. L. Lichtheim. — Lichtheim a découvert, il y a quelques années, que certaines mucédinées, introduites dans le torrent circulatoire du lapin, déterminaient des maladies. F. Cohn a donné le nom de *Mucor rhizopodiformis* et de *Mucor corymbifer* à ces deux moisissures, très rares dans la nature, et suffisamment distinctes par leurs sporanges et leurs conidies, des moisissures vulgaires : *Mucor mucedo* et *Mucor stolonifer*, qui sont d'ailleurs absolument anodines pour l'organisme animal.

Le *M. rhizopodiformis* est le plus actif. Si l'on injecte dans les veines d'un lapin, quelques centimètres cubes d'un liquide contenant des spores, l'animal meurt au bout de trois à quatre jours, d'une faiblesse progressive. Les reins sont farcis de myceliums qui produisent les lésions anatomiques les plus variées. Il en est de même des ganglions mésentériques; les plaques de Peyer subissent une altération analogue à celle que l'on observe dans la fièvre typhoïde de l'homme. La rate, la moelle osseuse, le foie sont atteints dans des proportions moindres, mais présentent souvent des foyers de mycélium.

Le *M. corymbifer* reproduit exactement les mêmes lésions, mais à un degré moindre; il représente une atténuation du premier.

Il n'est pas hors de propos de rappeler que des processus pathologiques analogues ont été observés à la suite de l'injection dans le sang de certains *Aspergillus*. (*Zeitschrift für klin. Med.*, VII, 140.)

Des modifications nouvelles du pansement antiseptique, par M. Fillenbaum. — L'auteur paraît très admirateur des méthodes employées par Esmarch, et il rappelle avec de nombreux détails comment l'on opère à la clinique de Kiel : suppression des éponges, des manches en bois, emploi de la tourbe, de la mousse, du coton de bois, des copeaux habituellement arrosés d'une solution de sublimé. Supposons par exemple une amputation de la mamelle; l'opérée est placée en travers sur la table à opération et maintenue les épaules et la poitrine dans le vide. On emploie des coussins de gaze arrosée d'une solution de sublimé (2/1000), remplis de tourbe ou de copeaux : sur la plaie, un coussin de tourbe la couvrant entièrement, un second coussin dans l'aisselle, puis un coussin de mousse, puis du papier ciré. On place des manchettes de coton hydrophyle et des bandes de gaze au sublimé, enfin une bande de compression. Ces pansements demeurent en place pendant six ou huit jours, ils sont tellement compliqués qu'ils ne laissent pas que d'être coûteux malgré le bas prix des matériaux employés.

La tourbe, et tout cet attirail de mousse et de copeaux, a rencontré peu de faveur en dehors de Kiel : à Berlin, on emploie de préférence la gaze au sublimé; à Leipzig, Thiersch se sert de l'iodoforme. Le pansement au bismuth, tant vanté par Kocher, est peu employé; on aurait, d'après l'auteur, observé des intoxications par le bismuth, caractérisées par des stomatites ou même des entérites et des néphrites.

L'auteur parle incidemment de l'étoupe de MM. Weber et Thomas et conteste toute qualité antiseptique à l'échantillon qu'il a eu sous les yeux. Il doit y avoir là quelque erreur. Il critique avec vivacité et non sans raison, la décision du ministre de la guerre de France, aux termes de laquelle la charpie devra être préparée dans les magasins généraux au moyen des vieux linges provenant des hôpitaux. (*Wien. med. Woch.*, 1884, n° 16.)

BIBLIOGRAPHIE (1)

Traité de physiologie humaine à l'usage des étudiants en médecine, par M. Léon Fredericq, professeur à l'Université de Liège, et J.-F. Nuel, professeur à l'Université de Gand. 1 vol. grand in-8°. — Gand, Ad. Loste, et Paris, G. Masson.

Ainsi que l'avant-propos a soin d'en avertir, les *Eléments de physiologie* ne sont pas une œuvre de collaboration au sens ordinaire; chacun en a rédigé une partie et en prend seul la responsabilité. A M. Fredericq appartiennent l'*Introduction* et l'histoire du *protoplasma*, du *sang*, de la *circulation*, de la *respiration*, de la *chaleur animale*, de la *digestion*, de la *nutrition* et de la *sécrétion urinaire;* seulement dans les parties relatives à la circulation, c'est M. Nuel qui a traité de l'*innervation du cœur et des vaisseaux*. Tout cela forme un premier fascicule de 268 pages. Le second fascicule, un peu plus volumineux, a été rédigé en entier par le même auteur; il comprend le *système musculaire*, le *système nerveux*, les *organes des sens* et de la *génération*. Ces deux fascicules, brochés en un volume, ont des paginations et des tables distinctes; en outre, le second est suivi d'une table générale des matières contenues dans l'ouvrage entier.

Cet ouvrage « s'adresse spécialement aux élèves ». Il se présente en effet sous une forme concise, serrée, où il n'y a guère de place que pour la proposition et la démonstration, et d'où l'on a exclu ces développements ou ces vues hypothétiques dont on orne souvent avec avantage les traités destinés au grand public médical. La démonstration elle-même est presque toujours expérimentale, rendue claire par de très nombreuses figures ; et il convient d'ajouter que l'érudition mi-allemande et mi-française qui est propre aux médecins belges et qu'explique la situation géographique du pays, se manifeste ici avec une richesse particulière. On voit que les auteurs sont au courant des moindres progrès de la physiologie expérimentale aussi bien que de l'histologie qui en est un des éléments les plus nécessaires; mais il ne faudrait pas croire, pour cela, qu'ils accablent leurs élèves du poids de leur bagage bibliographique. Tout au contraire, le maître ne disparaît jamais dans l'auteur; c'est bien M. Fredericq ou M. Nuel qui parle, exposant l'état de la science tel qu'il le

(1) Erratum. — N° 17. *Bibliographie.* Dans l'analyse des livres de MM. les docteurs Brassac et E. Martin, le titre de la page 283 (2e colonne) doit être supprimé.

conçoit, donnant sur chaque point, autant qu'il le peut, son opinion personnelle, et ne se servant des travaux d'autrui que par à propos et comme moyen direct d'appréciation. Quand, à la fin, on essaye de faire le compte de ce qui peut entrer de documents de cette nature dans ce volumineux ouvrage de plus de 600 pages, à justification très large et à texte très serré, on s'assure que des « élèves » ont rarement à leur disposition un champ d'instruction aussi vaste et aussi bien pourvu.

Il faut bien le reconnaître, cette manière de faire n'est pas exempte d'une certaine sécheresse. Il s'en faut qu'une lecture continue du livre puisse procurer ce sentiment agréable que fait éprouver celle de quelques-uns de nos traités classiques de physiologie : par exemple, du traité dont nous annoncions récemment la septième édition et dans lequel M. J. Béclard a su rendre la science attrayante par l'art de l'exposition et la clarté élégante de la forme. Le style des Flandres ne ressemble pas d'ailleurs, généralement, à celui de Paris. Mais pour qui voudra s'instruire sur une question quelconque de physiologie et en bien connaître les éléments essentiels, l'ouvrage de nos confrères de Belgique sera un guide précieux.

Nous signalions tout à l'heure une *Introduction*. Elle ne s'ouvre pas plus que le reste aux idées spéculatives; c'est en deux pages une adhésion aux doctrines de Claude Bernard, et un résumé des éléments histologiques; aussi ne nous y arrêtons-nous pas; mais nous signalerons le chapitre qui suit (le premier de l'ouvrage) et qui en remplit une trentaine de pages. Il est consacré au *protoplasma*. L'étude de la *matière vivante primitive* et des principes constituants de l'organisme a été longtemps négligée dans les ouvrages de physiologie. Celui qui en a compris le plus vite et le mieux l'importance physiologique (nous ne parlons que des traits généraux) est M. le professeur Beaunis; et l'on ne peut se défendre de la pensée que, sous ce rapport, les *Eléments de physiologie* qui viennent de paraître en Belgique se sont un peu inspirés des *Nouveaux éléments de physiologie* dont le professeur de Nancy a donné, en 1880, la première partie, et où il fait, à l'étude du protoplasma d'abord, puis à celle des principes qui concourent à la constitution du corps humain, une part tout à fait exceptionnelle et très instructive.

Voilà donc la littérature médicale belge enrichie d'un traité élémentaire de physiologie digne d'une très sérieuse attention et qui pourrait suffire à la bibliothèque d'un médecin. Toutefois il n'est pas tout à fait exempt des défauts généralement attachés aux œuvres sorties d'un enseignement particulier et destinées aux disciples. Tout professeur a ses préférences scientifiques, aucun ne se croit tenu de s'engager dans le détail de toutes les questions que comporte son sujet ni de les traiter toujours dans la mesure de leur importance proportionnelle. Aussi, un physiologiste de profession et quelque peu exigeant trouvera bien sommaire le chapitre consacré aux aliments et à l'alimentation, même en y ajoutant ce qu'on en dit en parlant de la respiration. La valeur alimentaire ou respiratoire de l'alcool y est passée sous silence. Il en est de même d'une autre question qui vient également d'occuper l'Académie de médecine de Paris : celle des mouvements du cerveau ; nous l'avons vainement cherchée dans les chapitres relatifs à l'inspiration et à l'expiration, à la circulation, à l'encéphale lui-même. Mais ces lacunes nous ont paru peu nombreuses et rachetées par le soin apporté à l'étude des fonctions propres des organes. Les fonctions du système nerveux notamment, aussi bien que les fonctions sensorielles, sont passées en revue avec un soin minutieux, où se révèlent une rare compétence et un savoir des plus étendus.

De l'épilepsie et autres maladies convulsives chroniques, par M. W.-R. Gowers, traduit de l'anglais par le docteur Albert Carrier (de Lyon). 1 vol. in-8°. — G. Masson (1).

Le livre de M. Gowers est un des plus originaux qui aient été écrits, dans ces dernières années, sur les affections convulsives. Par sa position de médecin d'un des grands hôpitaux de Londres spécialement affecté au traitement des épileptiques et des paralytiques, M. Gowers a été appelé à voir et à soigner un nombre considérable de malades atteints de toutes sortes de formes de convulsions chroniques (1218). Il a acquis ainsi une grande expérience, et il est tout naturel qu'il ait songé à en réunir les résultats dans un ouvrage d'ensemble. C'est dire que le livre de M. Gowers constitue une œuvre éminemment personnelle, dans laquelle l'observation clinique occupe une place prédominante et presque exclusive. On y chercherait en vain des renseignements historiques : l'érudition bibliographique, la critique des travaux modernes, les recherches d'anatomie ou de physiologie pathologiques y font complètement défaut. L'auteur décrit ce qu'il a observé sans tenir aucun compte de ce qui a été observé et décrit avant lui.

Les premiers chapitres sont consacrés à l'étude de l'épilepsie. L'étiologie de la grande névrose, les diverses formes d'aura, les symptômes des accès de grand et de petit mal sont l'objet de descriptions détaillées. Les chapitres relatifs aux phénomènes post-épileptiques et à l'épilepsie post-hémiplégique sont particulièrement intéressants; ils sont remplis de documents originaux, et leur lecture est extrêmement instructive.

L'auteur a été moins heureusement inspiré, nous semble-t-il, dans les parties de son livre où il étudie les convulsions hystériques ou *hystéroïdes*, comme il les appelle de préférence. Il prend soin de nous informer, dès le début, que les convulsions de ce genre ne se présentent pas avec les mêmes caractères dans les différentes races humaines. « On trouvera, dit-il, que la description que j'en donne ici diffère, sous beaucoup de rapports, de celle qui a été vulgarisée depuis peu de temps; mais je crois que l'on y trouvera un tableau exact de ces phénomènes tels qu'on les rencontre en Angleterre. » De fait, en lisant les observations rapportées par M. Gower, on n'y trouve pas indiquée la succession régulière des phases de l'attaque hystérique telles qu'elles ont été décrites en France par M. Charcot et par M. Paul Richer; mais les différences ne sont pas tellement tranchées, qu'on n'y reconnaisse facilement les caractères principaux de l'hystérie.

L'importante question des rapports de l'épilepsie et de l'hystérie paraît avoir sérieusement préoccupé M. Gowers, et, disons-le tout de suite, les opinions que professe le médecin anglais sont en opposition formelle avec celles qui sont presque universellement adoptées en France. Nous sommes habitués à considérer l'épilepsie et l'hystérie comme deux maladies essentiellement distinctes. Dans des cas fort rares, elles peuvent coexister chez un même sujet; mais, même dans ces cas, elles restent distinctes. Le malade a alors des accès épileptiques et des attaques hystériques séparés conservant chacun leur aspect propre, leurs caractères symptomatiques particuliers. M. Charcot a surabondamment démontré que l'hystéro-épilepsie n'est autre chose qu'une forme de la grande hystérie, et non pas une espèce hybride constituée par l'association ou le mélange de l'hystérie et de l'épilepsie. Les convulsions hystéro-épileptiques peuvent revêtir les caractères extérieurs des convulsions épileptiques. Elles n'en restent pas moins hystériques par leur cause, par leur évolution, par leur absence d'influence immédiate sur la température générale du corps, par leur absence de retentisse-

(1) Une analyse succincte de l'édition anglaise de cet ouvrage qui date de 1881 a été donnée dans la *Gazette* (1882, p. 131). La traduction française du livre de Gowers nous fournit l'occasion de l'examiner à certains autres points de vue.

ment lointain sur les facultés intellectuelles. On peut les arrêter brusquement par certaines manœuvres extérieures. Leur pronostic est relativement bénin. Le traitement qui leur convient n'est pas le même qui agit efficacement dans l'épilepsie. Telle est la doctrine de la Salpêtrière.

Pour distinguer les convulsions épileptiques des convulsions hystériques, M. Gowers ne tient compte que des caractères extérieurs des mouvements. Si les mouvements sont coordonnés, s'ils ont l'aspect de mouvements volontaires, ils appartiennent à l'hystérie; s'ils ne le sont pas, ils dépendent de l'épilepsie. « La coordination des contractions musculaires qui constituent la convulsion est le trait caractéristique des attaques hystéroïdes, l'absence de coordination caractérisant les accès épileptiques » (p. 279).

Il suffit dès lors d'observer les caractères extérieurs des mouvements pendant toute la durée d'une attaque convulsive pour reconnaître la nature de cette attaque. Si tous les mouvements sont coordonnés, l'attaque est hystérique pure; s'ils sont incoordonnés, l'attaque est épileptique pure. Enfin, si des mouvements coordonnés succèdent à des mouvements incoordonnés, l'attaque est mixte, elle est à la fois hystérique et épileptique. Bien plus, M. Gowers pense qu'avec le temps et par le fait même de leur répétition fréquente, des attaques primitivement hystéroïdes peuvent se transformer et devenir franchement épileptiques.

Nous ne croyons pas que ces idées aient chance d'être adoptées en France, où la doctrine de la dualité de l'hystérie et de l'épilepsie a conquis l'assentiment de presque tous les neuropathologistes.

Dans les derniers chapitres de son livre, M. Gowers s'occupe du diagnostic, du pronostic et du traitement des affections convulsives. On y trouve des indications pratiques et des détails d'analyse clinique tout à fait intéressants et instructifs.

La traduction de M. Albert Carrier est faite avec un soin extrême. Son exactitude et sa correction méritent les plus grands éloges. Elle contribuera à vulgariser parmi nous un livre dont la place est marquée dans la bibliothèque de tous les hommes qui s'occupent de pathologie nerveuse. Il est regrettable que, par un sentiment de modestie exagérée, M. Carrier n'ait pas multiplié davantage les annotations.

A. Pitres.

Index-Catalogue of the Library of the surgeon-general's office United States army, par M. E. Fizes. Vol. IV. — Washington, Government printing Office, 1883.

Cette remarquable publication se continue avec persévérance sous la direction du docteur J.-S. Billings, qui, dans sa préface ou plutôt sa dédicace au général Crane, explique laconiquement l'importance du volume nouveau en résultats statistiques.

Ce volume, dit-il, comprend 4802 titres d'auteurs représentant 1926 volumes et 3885 brochures. Il renferme aussi 12361 titres de livres et brochures, et 48977 titres d'articles de publications périodiques.

Pour nos lecteurs nous devons être un peu plus explicites, ils savent que cet *Index-Catalogue* est une table de la bibliothèque de l'office général de chirurgie de l'armée des Etats-Unis; cette publication, dont l'exécution matérielle est luxueuse, et qui est distribuée avec largesse dans la presse médicale, constitue un répertoire précieux pour ceux qui, passagèrement ou par nécessité professionnelle, ont besoin d'indications bibliographiques précises.

Les rédacteurs de cet *Index* procèdent méthodiquement et ne se contentent pas d'indiquer des titres d'ouvrages, mais, par le classement des titres, ils nous présentent une sorte de dictionnaire bibliographique et en quelque sorte biographique.

On jugera de l'importance de ce volume par la simple énumération des articles. Ils s'étendent de E à Fizes, c'est-à-dire qu'ils comprennent en chirurgie et en anatomie la bibliographie de l'oreille (*ear*), des yeux (*eye*), des paupières (*egelids*), des membres (*extremities*), les excisions, les fistules, le fémur, le coude (*elbow joint*); en médecine, la fièvre en général, et les fièvres typhoïde, malariale, les exanthèmes, l'érysipèle, l'épilepsie, les épidémies, l'embolisme, l'emphysème, etc.; au point de vue de la thérapeutique, les articles éther, électricité, électrolyse, ergot, empyème. Citons pour terminer les articles éducation, ethnologie, et nous aurons fait pressentir les ressources qu'offre cette publication aux travailleurs et aux bibliophiles.

Index bibliographique.

Annuaire de thérapeutique et d'hygiène (44e année), par M. le professeur Bouchardat. 1 vol. in-18. Félix Alcan. — Comme précédemment, l'auteur ajoute à cette revue des progrès de la thérapeutique un mémoire sur une des questions les plus importantes de l'hygiène. Celui de cette année est consacré à un sujet qui a donné lieu à de nombreuses discussions au sein de l'Académie de médecine, et qui préoccupe avec raison l'opinion publique. Ce sont les *maladies contagieuses et la genèse de leurs parasites :* tuberculose, cancer, typhus, peste, fièvre jaune, choléra, infection purulente, fièvres intermittentes.

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, par le docteur P. Garnier (19e année). 1 vol. in-12. Félix Alcan. — Dans cet ouvrage, les médecins trouveront, non seulement le résumé de tous les progrès réalisés par la science médicale en 1883, mais aussi l'indication de tous les faits remarquables de l'année intéressant la profession, tels que les questions d'enseignement, d'exercice, de jurisprudence, nécrologie, ordonnances, etc.

Considérations sur quelques points de la paralysie générale, par le docteur Th. Grégoire. — Thèse de Paris, 1883. Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier. — Intéressant travail qui renferme de nombreuses observations cliniques, auxquelles vient s'ajouter le contrôle si précieux de l'anatomie pathologique, et qui contribue à élucider un certain nombre de points encore obscurs de la vaste question de la paralysie générale. Les divers modes de début sont étudiés avec un soin tout spécial, que justifie l'importance d'un diagnostic hâtif, relativement à l'intervention thérapeutique; puis l'auteur trace les caractères qui permettent de différencier la paralysie générale d'origine syphilitique et la folie congestive ou paralytique de la paralysie générale véritable, dont le pronostic est, en particulier, bien autrement sévère. Enfin, dans un dernier chapitre, il traite des rémissions assez fréquentes observées au cours de la paralysie générale, et caractérisées, suivant l'expression de Baillarger, par la cessation du délire avec persistance de la démence; ces rémissions peuvent d'ailleurs être complètes ou incomplètes, momentanées ou durables. Si la paralysie générale, en dépit de ces rémissions, suit le plus ordinairement une marche fatalement progressive, l'anatomie pathologique, en révélant la nature intime des lésions cérébrales constituées par une irritation formative lente, permet de comprendre les observations trop rares où la guérison a été signalée, et autorise à conserver toujours quelque espoir, même en présence d'une paralysie générale avancée.

Variations de l'urée, des chlorures et des phosphates dans la tuberculose, par M. Almire Ronsin. — Lille, 1883. C. Robbe. — Les recherches urologiques entreprises par M. Ronsin, chez les tuberculeux, l'ont conduit à reconnaître que l'urée et l'acide chlorhydrique sont diminués et décroissent avec les progrès de la maladie, tandis que, seuls, les phosphates restent normaux ou abondants au début, pour diminuer notablement à la période terminale. Ces phénomènes sont d'ailleurs plus accentués dans la tuberculose miliaire chronique que dans la phthisie caséeuse. Après avoir étudié l'influence des périodes de fièvre et d'apyrexie, de la fièvre hectique, sur l'élimination de l'urée, des chlorures et des phosphates, l'auteur formule, à cet égard, une proposition

dont l'importance est d'autant plus grande, qu'elle commande en partie le pronostic de l'affection : « L'élévation soutenue du taux de l'urée, du chlore et du phosphore est un signe certain d'amélioration; l'abaissement, au contraire, un signe d'aggravation. Leur excrétion donne, pour ainsi dire, la mesure de la vitalité de l'organisme. »

Névroses des organes génito-urinaires de l'homme, par le docteur Ultzmann, agrégé à l'Université de Vienne. Traduit de l'allemand par le docteur H. Picard. — Paris, J.-B. Baillière et fils. — Très intéressant travail qui comprend, sous le nom de névropathies ou de névroses, la plupart des manifestations morbides des maladies génito-urinaires de l'homme, qu'elles soient ou non accompagnées de lésions anatomiques. Après avoir étudié tout d'abord les relations du système nerveux avec les fonctions de l'appareil génito-urinaire, l'auteur passe en revue les diverses modifications que peut présenter l'urine dans sa quantité ou sa composition : glycosurie, polyurie, anurie, urine alcaline, indigo, etc. Les chapitres suivants sont consacrés aux névropathies de l'appareil génital et, en particulier, à l'impuissance et aux pertes séminales ; l'auteur attribue aux lésions prostatiques, et principalement à la gonorrhée chronique localisée à la prostate, une influence pathogénique prépondérante très justifiée. Il consacre encore un important chapitre aux névroses de la motilité, qu'il divise en spasme et paralysie, et étudie avec soin les troubles multiples résultant de ces deux modes de perturbation du fonctionnement vésical. Les questions thérapeutiques sont l'objet de développements intéressants, et les règles du traitement, dans chaque affection, sont exposées avec une précision qui rend cet ouvrage très utile pour les praticiens.

Contributions a l'étude des troubles cérébraux consécutifs a la dothiénentérie, par M. le docteur Reddon. — Thèse de Paris, 1883. A. Davy. — L'auteur fait, ainsi qu'il le dit lui-même, un chaleureux appel aux médecins pour qu'ils ne restent pas inactifs en présence des dangers que la dothiénentérie, et particulièrement l'hyperthermie, font courir au cerveau des malades qui en sont atteints. Il étudie successivement la folie liée aux troubles de la circulation qu'engendre la fièvre typhoïde; les lésions méningo-encéphaliques résultant quelquefois de la dothiénentérie, et les différentes formes de folie auxquelles elles donnent naissance; enfin, l'arrêt de l'intelligence, l'idiotisme que l'on voit survenir, du fait de la dothiénentérie, chez les jeunes enfants dont les facultés intellectuelles se développaient jusque-là normalement. C'est au traitement basé sur les principes de la méthode antithermique que M. Reddon conseille avant tout de recourir pendant l'évolution de la fièvre typhoïde, et c'est à l'eau froide, soit en bains, soit en lotions, qu'il accorde la préférence parmi les divers antithermiques qui ont été successivement employés.

Des résultats éloignés des résections des grandes articulations, par M. le docteur L. Baraban, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. — Paris, 1883. G. Masson. — Les résections des grandes articulations sont d'excellentes opérations pourvu qu'elles soient entreprises à temps et convenablement exécutées; ces deux conditions ne sont pas toujours réalisables, d'ailleurs, dans les circonstances diverses au milieu desquelles s'imposent les résections traumatiques, et c'est là, à coup sûr, la cause des insuccès assez nombreux enregistrés dans la chirurgie de guerre. Quant aux résections pathologiques, leurs effets éloignés peuvent être envisagés au point de vue de leur valeur thérapeutique locale ou générale. Localement, elles procurent souvent de beaux résultats fonctionnels et abrègent la durée du traitement : elles sont toujours préférables à l'expectation, au membre supérieur; mais, au membre inférieur, surtout chez les jeunes sujets, on peut redouter qu'elles ne déterminent un arrêt de développement, et leur plus grand bénéfice est l'ankylose de l'article. Leur valeur thérapeutique générale incontestable est de supprimer une cause d'épuisement et une menace constante d'accidents graves; mais il est plus difficile de déterminer, à cause de l'incertitude qui plane souvent sur la nature des lésions articulaires, si les résections suffisent à préserver l'économie de nouvelles atteintes du vice tuberculeux, primitivement localisé sur l'articulation.

VARIÉTÉS

Assemblée générale de l'Association des médecins de France.

(Fin. — Voyez le numéro 17).

Séance du 21 avril 1884. — Présidence de M. Roger.

L'assemblée approuve le procès-verbal de la dernière assemblée générale et les comptes du trésorier.

M. *Martineau* lit un rapport sur le vœu émis l'année dernière par la Société de Châtillon-sur-Seine, relativement à la *création d'un centre d'informations destiné à faciliter l'établissement de jeunes médecins et le remplacement des médecins forcés d'interrompre leur pratique pour cause d'absence.*

Ce vœu, pris en considération par l'assemblée, fut renvoyé à l'examen du conseil général qui décida de l'adopter en principe. A cet effet, le bureau de l'Association générale adressa une circulaire aux Sociétés locales, aux Facultés et Ecoles de médecine, aux hôpitaux, une affiche faisant connaître qu'un registre était ouvert, rue Cambon, 24, sur lequel seraient consignées les offres et les demandes. Communication de ce registre serait faite à ceux qui auraient intérêt à le consulter.

De cette façon, il a été possible de donner des postes médicaux à une dizaine de docteurs. En présence de ce résultat, le conseil général propose : 1° l'adoption du vœu émis par M. Boutequoys au nom de la Société de Châtillon-sur-Seine; 2° la création, au siège de l'Association, d'un centre d'informations destiné à signaler les postes médicaux vacants, temporairement ou définitivement. (*Adopté.*)

Proposition de loi sur l'exercice de la médecine.

Le projet de loi du conseil général comprend dix-sept articles qui ont été mis successivement aux voix et adoptés sauf une ou deux *légères* modifications; d'ailleurs, ce projet ne vaut ni mieux ni moins que tant d'autres; à notre avis, il n'est pas, en tout cas, supérieur à celui que la commission de la Chambre a élaboré.

Nous ne pouvons donner ici le texte du projet du conseil, nous dirons seulement qu'il peut se résumer ainsi : Unification des titres médicaux, création d'un diplôme de dentiste; interdiction pour les médecins condamnés à des peines afflictives, infamantes ou correctionnelles (à moins qu'elles n'aient été prononcées pour des causes politiques), de pratiquer la médecine.

Il nous serait difficile, dans cette partie de notre compte rendu, de relater entièrement toute la discussion, mais nous allons en faire ressortir les points principaux.

Nous devons faire préalablement connaître que M. Surmay (de Ham), qui a fait un projet sur l'organisation des chambres de discipline des médecins, fonctionnant à l'instar des chambres de discipline des avocats, avoués, notaires, etc., avait proposé, au dernier moment, au conseil général, de soumettre son projet à l'assemblée générale et au besoin de fusionner ce projet avec celui de la commission, mais le laps de temps nécessaire à cet effet était trop court et la chose n'a pu se faire. Au surplus, M. Surmay retire sa proposition, se réservant de la présenter à la commission de la Chambre des députés.

Il ne restait donc plus que le projet du conseil. La Société du Calvados, par l'intermédiaire de son délégué, M. Bourrienne (de Caen), considérant que ce projet porte atteinte à la situation de beaucoup de médecins, demande qu'il soit retiré. M. Bourrienne, sans défendre l'opinion de la Société, dit que les médecins du Calvados pensent qu'il n'y a pas lieu de modifier l'état actuel. La proposition de la Société du Calvados, mise aux voix, est rejetée.

A ce moment, M. Chevandier demande la parole, et dit qu'il est venu à cette assemblée pour s'inspirer des idées qui y seront émises. Le projet de la commission de la Chambre et celui du conseil général sont de la même nature : ils se ressemblent beaucoup, mais il s'agit de savoir et surtout de démontrer aux députés qu'un projet de loi sur l'exercice de la médecine répond à un besoin universel. Depuis 1847, on parle d'apporter des modifications à la législation existante, mais jusqu'à ce jour les projets sont resté tels.

Il espère qu'il n'en sera pas ainsi cette fois, et c'est pourquoi il

sollicite de tous ses confrères la présentation d'observations et d'amendements sur les points principaux de la question.

L'article 1er du projet est ensuite mis en discussion, et comme cet article demande l'unification des titres médicaux, la question de la suppression des officiers de santé, question majeure, est agitée, mais non traitée comme elle le méritait.

Plusieurs membres, entre autres MM. Lenoel (d'Amiens) et Villard (de Marseille), exposent les raisons qui rendent impossible la suppression des officiers de santé. La discussion devient un peu confuse, les orateurs étant vivement interrompus par certains membres qui ne professent pas cette opinion.

A l'occasion de cet article, la Société de Rochefort renouvelle le vœu qu'elle a déjà émis l'année dernière relativement à la situation des médecins de marine qui exercent la médecine sur les bâtiments de l'Etat et aux colonies sans être munis d'aucun diplôme.

M. Le Roy de Méricourt représente les mêmes observations qu'il a faites à ce sujet l'an dernier et dit qu'il faut tenir compte des besoins du département de la marine. En théorie, le vœu de la Société de Rochefort est excellent, mais en pratique il offre de très grandes difficultés, car il vaut mieux être soigné par des élèves des Ecoles de médecine navale que de ne pas être soigné du tout, ce qui aurait lieu certainement si les aides-médecins de la marine devaient être pourvus du diplôme de docteur.

L'assemblée adopte l'article 1er à une faible majorité. Dès lors, l'intérêt n'existe pour ainsi dire plus et les articles suivants sont adoptés presque sans discussion, sauf en ce qui concerne la question de savoir si en cas d'urgence, et dans tous les cas où il n'y a pas de pharmacien ayant officine ouverte à une distance de 4 kilomètres du domicile du malade, les médecins peuvent fournir des médicaments à leur client, mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte. Néanmoins, cet article est adopté comme tous les autres.

— M. *le Président* prie les délégués chargés d'émettre les vœux émanant des Sociétés locales, d'en donner lecture.

1° La Société de la Gironde émet le vœu que le conseil général mette à l'étude la question des rapports de l'Association générale et des syndicats médicaux.

2° La Société des médecins de l'Ain émet le vœu que le titre de médecin assermenté soit supprimé, les clients le considérant comme un titre scientifique.

La session est déclarée close, et la séance est levée.

Le Choléra. — On écrit de Constantinople, à la date du 26 avril : Le conseil sanitaire international de Constantinople s'était réuni, il y a trois jours, pour délibérer sur les cas de choléra qui se sont produits à bord des navires anglais venant des Indes et pour prendre telles résolutions qu'ils pourraient motiver. Il a été reconnu et constaté dans cette première séance, d'après l'ensemble des renseignements reçus par le conseil, que deux navires anglais, le *Nichgarvil* et le *Crocodile*, ont eu, au minimum, le premier, deux décès de choléra pendant la traversée des Indes à Suez, et, le second, un cas de choléra dans le trajet même du canal. Aussi la Grèce, se guidant d'après les principes inflexibles de la logique, a-t-elle mis en quarantaine de cinq jours les provenances du canal et de l'Egypte. En effet, le *Crocodile* avait reçu libre pratique à Suez et le long du canal. Il a donc communiqué avec l'Egypte, et ce n'est qu'à Port-Saïd, à l'issue du canal, qu'il a été tenu en isolement.

Néanmoins, le conseil de Constantinople, tout en déclarant qu'il mettait dès à présent les provenances de l'Inde en quarantaine dans tous les ports ottomans, a ajourné sa décision relativement aux provenances du canal et de l'Egypte. Son but était de ne pas précipiter une mise en quarantaine des provenances égyptiennes sur de simples présomptions. Donc le conseil s'est réuni de nouveau en séance extraordinaire. Il a pris en considération les informations rassurantes qui lui ont été fournies par le docteur Arnaud, son délégué à Alexandrie, par le délégué d'Egypte, par le consul ottoman de Malte, etc., et, en présence de la situation sanitaire de l'Egypte et du canal qu'on lui présente comme très satisfaisante, il a maintenu provisoirement sa première manière de voir et a décidé que les provenances d'Egypte ne seraient l'objet à leur arrivée en Turquie que d'une visite spéciale. Il y a lieu, en effet, de noter que, d'après les renseignements officiels, rien d'inquiétant ne s'est produit ni sur le canal de Suez ni en Egypte, depuis dix jours, c'est-à-dire depuis le départ du *Crocodile*, qui est parti le 16.

Tout fait donc présumer que l'Egypte n'a pas été infectée par le fait du choléra qui s'est produit à bord des deux navires anglais. De là l'opportunité d'une surveillance et non d'une quarantaine envers l'Egypte. De là aussi la nécessité des mesures quarantenaires contre les provenances des Indes anglaises dans tous les ports ottomans. Ces mesures quarantenaires sont d'autant plus motivées que l'Egypte n'a frappé d'une quarantaine d'observation que les provenances du golfe du Bengale, de Calcutta à Rangoon inclusivement.

Élections au Conseil supérieur. — Voici le résultat des élections qui peuvent intéresser les médecins :

Facultés de médecine et Facultés mixtes. — Nombre des Facultés de médecine, 3; nombre des Facultés mixtes, 3. Electeurs inscrits, 238; votants, 181; bulletins nuls, 19. Majorité absolue des suffrages exprimés, 82; nombre de membres à élire, 2.

MM. Tourdes, 143 voix (élu); Béclard, 105 (élu); Vulpian, 45; Masse, 5; Lortet, 5; Picot, 2; Beaunis, 1; Bernheim, 1; Coze, 1; Feltz, 1; Robin, 1.

Écoles supérieures de pharmacie et Facultés mixtes. — Nombre des Ecoles supérieures de pharmacie, 3; nombre des Facultés mixtes, 3. Electeurs inscrits, 34; votants, 31; bulletins nuls, 1. Majorité absolue des suffrages exprimés, 16; nombre de membres à élire, 1.

MM. Jacquemin, 26 voix (élu); Chatin, 3; Jungfleisch, 1.

Facultés des sciences. — Nombre des Facultés, 15. Electeurs inscrits, 169; votants, 134; bulletins nuls, 6. Majorité absolue des suffrages exprimés, 65; nombre de membres à élire, 2.

MM. de Lacaze-Duthiers, 98 voix (élu); Lespiault, 89 (élu); Darboux, 22; Bert, 8; Debray, 4; Lallemand, 3; Meray, 3; Grandeau, 2; Jamin, 2; Reboul, 2; Desains, 1; Ditte, 1; Friedel, 1; Giard, 1; Gosselet, 1; Gruey, 1; Maillard, 1; Raulin, 1; de Rouville, 1; Viollette, 1.

Association française pour l'avancement des sciences. — L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra sa treizième session annuelle, dans la ville de Blois, du 4 au 11 septembre 1884, sous la présidence de M. Bouquet de la Grye, membre de l'Académie des sciences.

Dans sa dernière séance, le Conseil d'administration a voté les subventions suivantes : M. le docteur Pouchet, professeur au Muséum de Paris, pour la construction d'un thermomètre enregistreur destiné à faire connaître les variations de température des eaux de la mer par 30 mètres de fond, 600 francs; M. Genaille, pour lui permettre de continuer ses travaux pour la construction d'une machine électrique à calculer, 500 francs; M. Fines, pour l'achat d'un théodolite-boussole de Brunner, destiné à des observations magnétiques dans les Pyrénées-Orientales, 2000 francs; M. le docteur H. Beauregard, pour aider à la publication de son ouvrage sur les insectes de la tribu des vésicants, 500 francs; la Société d'histoire naturelle de Loir-et-Cher, pour l'aider à ses publications, 400 francs; l'observatoire du mont Ventoux, pour contribuer à l'installation de son observatoire, 5000 francs en trois annuités (pour cette année, 1000 francs); M. le docteur Maurel, pour aider à la publication de ses recherches sur l'analyse microscopique de l'air et de l'eau des marais, 1000 francs; M. Barrois, pour l'achat de vingt exemplaires de son ouvrage sur les terrains anciens des Asturies et de la Galice, 1000 francs; la Société scientifique d'Arcachon, pour aménagement des locaux dépendant du laboratoire marin, 500 francs; M. Chevreux, pour l'achat d'une drague destinée à l'exploration des eaux profondes, 500 francs; M. Bosteau, pour aider à la continuation des fouilles qu'il a entreprises à Cernay-les-Reims et dans ses environs, 400 francs; l'Observatoire météorologique de l'Aigoual, pour contribuer à son organisation et à son installation (deuxième annuité), 2000 francs; M. E. Olivier, pour aider à la publication de l'ouvrage : *La faune du département de l'Allier*, 400 francs.

Le Conseil a également voté une somme de 400 francs comme bourses de session.

Association des médecins de la Seine. — L'Association des médecins de la Seine a tenu dans l'après-midi de dimanche, dans la salle du grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, son assemblée générale annuelle, sous la présidence de M. le docteur Béclard. A deux heures, le président a ouvert la séance par une courte allocution sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir. Puis M. Barth, secrétaire général adjoint, a donné lecture du compte rendu annuel. Enfin, à l'unanimité des 54 votants, ont été élus membres du bureau : MM. Béclard, président; Richet et Blanche, vice-présidents; Orfila, secrétaire général.

Maisons mortuaires. — Il paraît qu'on s'occupe activement d'établir des dépôts mortuaires dignement aménagés, où le transport sera facultatif et indiqué par le médecin de l'état-civil. A ces dépôts sera annexée une étuve sèche de désinfection pour les vêtements et la literie des décédés. Une première installation aurait lieu au cimetière de l'Est. Ces fondations ont été proposées, non en vue de prévenir les inhumations précipitées, mais uniquement pour ne pas obliger les familles pauvres et étroitement logées à cohabiter avec les morts.

Service de santé militaire. — A été promu *au grade de médecin principal* : 1er tour (ancienneté). M. Ely (Jean-Louis-Marie), médecin de 1re classe.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre que M. Paul Aubert-Roche est mort subitement à Vitry-le-François; il était âgé de quarante-cinq ans. Paul Aubert-Roche était le fils du docteur Aubert-Roche, ancien médecin du vice-roi d'Egypte, gendre de Roche, auteur d'un *Traité de pathologie*, fait en collaboration avec Sanson, d'après la doctrine de Broussais.

Récompenses aux médecins des épidémies. — Par arrêté du 23 avril, et sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre du commerce vient de décerner les récompenses suivantes aux médecins qui se sont distingués par leurs travaux spéciaux sur les épidémies pendant l'année 1882 :

Médaille d'or. — M. le docteur Anatole Manouvriez (de Valenciennes).

Rappels de médaille d'or. — MM. les docteurs : Mignot (de Chantelle); Paris (de Versailles); Pilat (de Lille).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs : Barbarin (de Briançon); Bardy (de Belfort); Castang (Cochinchine française); Amédée Chassagne (Tunisie); Decool (d'Hazebrouck); Dionis (des Carrières); Fichot (de Nevers); Jablonski (de Poitiers); Pujos (d'Auch); Vauthier (de Troyes).

Rappels de médaille d'argent. — MM. les docteurs : Eude, médecin-major; Geschwind (de Romorantin); Grollemund (de Saint-Dié); Lardier (de Rambervillers); Mauricet (de Vannes); Pennetier (de Rouen); Pestel (de Saint-Chartier); Ripoll (de Toulouse); Sorel, médecin-major de 1re classe; Villard (de Guéret).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs : J. Blanc fils (d'Albertville); Bréhier (de Dinan); Cabanié, médecin-major de 2e classe; Paul Cagny, médecin vétérinaire (de Senlis); Caradec fils (de Brest); Cavaillon (de Carpentras); Challan de Belval, médecin-major de 1re classe; Dussaud (de Nîmes); Le Garrec (de Plouay); Gally (de Bar-le-Duc); Grellet (de Ménat); Heulhard-Darcy (de Clamecy); Moty, médecin-major; Stutel (Saint-Dié).

Service des eaux minérales. — Par arrêté du 23 avril, et sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre du commerce vient de décerner les récompenses suivantes aux personnes ci-après désignées, qui se sont le plus particulièrement distinguées par leurs travaux spéciaux sur le service des eaux minérales pendant l'année 1881 :

1° *Médaille d'or.* — M. Edmond Willm (de Lille).

2° *Médailles d'argent.* — MM. les docteurs : Coignard (de Cusset); Collin (de Saint-Honoré); Dupourqué (de Salies-de-Béarn).

3° *Rappels de médailles d'argent* — MM. les docteurs Bouyer (de Cauterets); Laissus (de Salins); Philbert (de Brides).

4° *Médailles de bronze.* — MM. les docteurs : Lafosse (de Vals); Mabboux (de Bourbonne-les-Bains).

5° *Rappel de médaille de bronze.* — M. le docteur Souligoux (de Vichy).

Herborisation. — M. Chatin, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 4 mai, dans les bois du Vésinet. — Le départ s'effectuera de la gare Saint-Lazare, à onze heures et demie, pour la station de Chatou.

Concours. — Les épreuves d'admissibilité du concours ouvert pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux et hospices civils de Paris se sont terminées le jeudi 17 avril, par l'admissibilité aux épreuves définitives de MM. les docteurs Champetier de Ribes, Doléris, Loviot, Bureau et Stapfer, ainsi classés par ordre de mérite.

Les questions données ont été : 1° pour l'épreuve orale : Dystocie dans les accouchements gémellaires; 2° pour l'épreuve de médecine opératoire : *a*. Amputation médio-tarsienne dite amputation de Chopart; *b*. Ligature de l'artère axillaire dans le creux de l'aisselle.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 9 mai). — *Ordre du jour :* M. Du Castel, au nom de M. Desplats, membre correspondant : Sur un fait d'apoplexie pulmonaire dans un cas de rétrécissement mitral suivi d'oblitération complète des artères pulmonaires et d'obstruction des veines. — M. Joffroy : Paralysie radiale; théorie de la compression. — M. Duguet : Sur une dégénérescence kystique des reins avec sclérodermie.

Hôpital de Lourcine. — *Cours clinique de gynécologie et de syphiligraphie.* — M. le docteur Martineau reprendra son cours le mercredi 14 mai, à neuf heures, et le continuera tous les mercredis, à la même heure. — Tous les jours, visite des malades, à neuf heures.

Mortalité a Paris (17e semaine, du 18 au 24 avril 1884). — Fièvre typhoïde, 39. — Variole, 1. — Rougeole, 38. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 57. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 12. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 61. — Phthisie pulmonaire, 262. — Autres tuberculoses, 26. — Autres affections générales, 67. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 65. — Bronchite aiguë, 43. — Pneumonie, 112. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 49; au sein et mixte, 19; inconnu, 5. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 100; de l'appareil circulatoire, 76; de l'appareil respiratoire, 91; de l'appareil digestif, 56; de l'appareil génito-urinaire, 30; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 14. — Morts violentes, 46. — Causes non classées, 5. — Total : 1297.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité pratique de massage et de gymnastique médicale, par M. le docteur J. Schreiber. 1 vol. in-18 cartonné, diamant, de 360 pages avec 117 figures dans le texte. Paris, O. Doin. 7 fr.

Introduction et premier chapitre du traité inédit d'anatomie pathologique, de Laennec, précédés d'une préface de M. le professeur Cornil. Brochure in-18 orné de deux portraits de Laennec, tirés en taille-douce. Félix Alcan. 1 fr. 50
— Trente exemplaires sur papier de Hollande. 3 fr.

Traité élémentaire de thérapeutique et de pharmacologie, par M. A. Rabuteau. 4e édition revue et considérablement augmentée. 1 fort volume in-8 avec 58 figures intercalées dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 19 fr.

Étude clinique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire, par M. le professeur J. Hutchinson, ouvrage traduit et annoté par M. le docteur Hermet, avec une préface de M. le professeur A. Fournier. 1 vol. in-8 avec figures et 2 planches. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 6 fr.

De l'hydrothérapie dans la broncho-pneumonie des enfants, par M. le docteur Lacour. In-8 avec planches. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

De l'influence de la congestion chronique du foie dans la genèse des maladies, par M. le docteur Poncel. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Étude clinique et expérimentale sur la vision mentale, par M. le docteur G. Creulgneau. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Contribution à l'étude de la phlegmalia alba dolens, par M. le docteur H. de Brun. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

De la phlébite rhumatismale, par M. le docteur Schmitt. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 8 mai 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DE LA SPERMATORRHÉE. — EXPOSÉ SUCCINCT DES RÈGLES QUI DEVRAIENT PRÉSIDER A LA FORMATION DES MOTS USITÉS EN MÉDECINE.

Académie de médecine.

Séance de *microbiologie*, puisqu'il faut admettre ce néologisme. Microbes de la septicémie gangreneuse cultivés par MM. Chauveau et Arloing (de Lyon) et présentés avec éloges par M. Bouley; microbes de la fièvre jaune décrits par M. Freire, mais qui paraissent suspects à M. Rochard; microbes de la tuberculose, rappelés par M. Hérard à l'occasion d'un rapport sur le prix Portal. Nous n'avons point aujourd'hui la place nécessaire pour analyser ces diverses communications, qu'on lira avec grand intérêt au *Bulletin de l'Académie*. Disons seulement que M. Bouley n'a point eu de peine à faire ressortir le mérite incontesté du travail de MM. Chauveau et Arloing; que M. Rochard, toujours infatigable, toujours éloquent, a su captiver l'assemblée et lui faire partager les doutes que lui inspirent des recherches, intéressantes à coup sûr, mais dénuées de preuves scientifiques; enfin que le rapport si consciencieux, si érudit de M. Hérard a dignement terminé la séance.

De la spermatorrhée.

Il n'est pas de question plus obscure, ou mieux, plus obscurcie par les dissertations des auteurs. Trop de littérature nuit, et c'est le cas pour la spermatorrhée, qui se ressent encore de la description dramatique de Lallemand. Pour fixer l'opinion incertaine, il fallait une étude nouvelle, basée uniquement sur l'observation longue et patiente des faits. M. Malécot a entrepris cette tâche sous le haut patronage du professeur Guyon, et la thèse qu'il vient de publier a définitivement déblayé le terrain d'une foule d'assertions non contrôlées, mais admises sur la foi d'autrui. Grâce à elle, nous

FEUILLETON

Lettres médicales.

Association générale des médecins de France et association des médecins de la Seine. — Les syndicats médicaux. — Encore le Concours médical. — L'allaitement maternel. — Deux anecdotes renouvelées des Grecs.

L'Association des médecins de la Seine et l'Association générale des médecins de France ont tenu à quelques jours d'intervalle leurs séances annuelles. Les *solennités* de la première sont modestes; elles répondent à la modestie des actes. Vivant à côté d'une grande fédération qui s'étend à la France entière, et à laquelle appartiennent un grand nombre de ses propres membres; enveloppée, comme cette fédération elle-même, dans le mouvement populaire qui s'est produit depuis quelques années au sein de la corporation et qui s'efforce de présider aux réformes à introduire dans la législation médicale, l'Association des médecins de la Seine ne peut plus être, comme au temps d'Orfila, une sorte de tutrice des intérêts généraux de la profession, son conseil dans les situations difficiles, son arbitre dans les contestations, le refuge dans les démêlés avec l'autorité ou avec la justice. Ce rôle, elle n'y manque certainement pas à l'occasion sur son domaine particulier; mais son action a été ramenée de plus en plus dans le cercle de l'assistance confraternelle. On en voit la marque dans le discours du président, M. J. Béclard, tout entier consacré à faire ressortir les bienfaits des associations de secours. Après avoir montré l'avantage de ces associations et des assurances proprement dites, et tout le bien qu'a fait depuis cinquante ans l'Association des médecins de la Seine : « Il dépend de vous, a-t-il ajouté, de la rendre plus secourable encore. Que chaque membre de l'Association prenne avec sa conscience l'engagement d'amener un adhérent, un seul, à notre œuvre, dans

savons maintenant que la spermatorrhée est exceptionnelle; on a cru trop souvent sur parole de pauvres hypochondriaques dont l'imagination malade a fini par ressentir les symptômes qu'ils ont appris à connaître par la lecture incessante des dictionnaires médicaux et des petits traités à l'usage des gens du monde.

C'est donc un grand service que nous a rendu M. Malécot. Sa thèse cependant est peut-être excessive, non dans ses conclusions, mais dans l'esprit qui s'en dégage. Le lecteur qui s'en tiendrait à elle, devrait nier l'existence de la spermatorrhée dont il ne trouve aucun exemple dans les vingt observations triées par l'auteur et choisies sans doute parmi les plus démonstratives. On y voit des pollutions chez des gens continents, des éjaculations plus fréquentes aux débuts de lésions caractérisées de la moelle, et la longue série des « spermatorrhéiques par persuasion », mais rien qui de loin ou de près nous rappelle le tableau classique tracé par Trousseau. Nous pensons que le hasard a mal servi M. Malécot, et nous aurons à nous demander si, pour exceptionnelle qu'elle soit, la spermatorrhée n'existe pas avec quelques-uns des symptômes que lui attribuait l'ancienne médecine.

I

Bien que signalée aux premiers âges de la médecine, la spermatorrhée est restée longtemps confondue avec la plupart des écoulements du canal. Avant notre siècle, le pus vert ou jaune des chaudepisses aiguës a souvent été pris pour du sperme altéré, et à notre époque même les produits de sécrétion de l'uréthrite chronique antérieure et surtout postérieure, les nuages muco-purulents qui flottent dans l'urine des gens atteints de cystite ont fait admettre plus d'une fois l'existence de pertes séminales involontaires. C'est avec les dissertations de Tissot, en 1805, l'ouvrage de Lallemand, en 1836, et les leçons de Trousseau, que la maladie a pris une place bien définie dans le cadre nosologique.

La spermatorrhée, d'après la description de ces auteurs, débute par des pollutions nocturnes précédées d'érections, de rêves érotiques et accompagnées de sensations voluptueuses. Ces pertes séminales se multiplient bientôt; chaque nuit, elles se reproduisent une ou plusieurs fois et laissent le malade anéanti, sans force, incapable du moindre travail intellectuel ou physique. Rêves agréables et sensations voluptueuses disparaissent bientôt; il ne reste qu'un trouble nerveux profond, une inquiétude incessante, et malgré sa fatigue, sa lassitude extrême, son irrésistible besoin de repos, le malheureux lutte contre le sommeil qui amènera, avec des pertes séminales nouvelles, un nouvel affaiblissement. Mais déjà commence une seconde période; aux éjaculations de la nuit s'ajoutent celles du jour; tout est prétexte à émission de sperme, la vue d'une femme, une idée lascive, les frottements que provoque l'équitation, les trépidations de la voiture ou du chemin de fer. L'érection est presque immédiate et la liqueur est projetée sans retard.

L'orgasme vénérien, la contraction convulsive des muscles périnéaux, n'est plus maintenant nécessaire pour provoquer l'émission du sperme; celui-ci chemine dans les voies séminales, arrive dans les vésicules et gagne les canaux éjaculateurs, dont l'*atonie* est telle, que le passage est facile jusqu'à la région prostatique de l'urèthre. La compression exercée par le bol fécal suffira d'autant plus à déterminer cette progression, que le sperme est devenu fluide, aqueux, pauvre en animalcules. L'urine elle aussi peut bientôt produire les mêmes effets, et les dernières gouttes chassées par la contraction des muscles périnéaux entraînent avec elle une substance visqueuse et gluante qui tient en suspension de petits grumeaux irrégulièrement sphériques, mous, semblables à des grains de semoule. Ils décèlent la présence du sperme; mais cette caractéristique ne tardera pas à disparaître : les grumeaux vont se dissoudre et l'urine contiendra alors un nuage parsemé de points brillants, corpuscules particuliers dus à un arrêt de développement des spermatozoïdes.

Cette déperdition incessante de la « liqueur vitale » retentit sur l'organisme tout entier; elle se traduit par des troubles digestifs profonds, une maigreur extrême, une altération du visage : les paupières se cernent, les yeux perdent toute expression, les tempes se creusent, la peau se plombe, les organes des sens s'affaiblissent; les érections ont complètement cessé, l'éjaculation est impossible, les désirs sont nuls et le microscope dévoile l'absence de spermatozoïdes dans les sécrétions des voies génitales. Le cerveau est entraîné dans la déchéance générale; la pensée est obtuse, la parole hésitante; à l'hypochondrie, aux idées de suicide succède l'hébétude ou même l'idiotie. D'autres fois c'est par l'aliénation mentale que finit le malade; d'autres fois encore par le marasme, la phthisie, l'hecticité. Qui n'a lu d'ailleurs, dès le collège, cette sombre description dans le livre de Tissot?

C'est là qu'on en était avant les recherches de M. Malécot. Il faut dire cependant que Ricord avait déjà fait des réserves

---

le cours de la présente année. Que chacun de nous réclame, et conserve sur lui, une de ces lettres d'admission que M. le Secrétaire tient à la disposition de tous. Il y aura bien un jour ou une heure, où quelque confrère, témoin des luttes cruelles que soutiennent contre la misère quelques-uns des déshérités de la profession, sera heureux d'y apposer sa signature et de se joindre à nous. »

Ce chaleureux appel éveille, par contraste, un souvenir. Il y a eu des conjurations dans lesquelles chaque affilié faisait serment de tuer un ennemi, et certains sauvages encore ne peuvent se marier sans avoir accompli pareille besogne :

> Des dieux que nous servons connais la différence ;
> Le tien t'a commandé le meurtre et la vengeance,

et le mien, dit à peu près M. Béclard, nous ordonne à tous de conquérir des âmes à la charité.

— A la différence de cette Association, celle des médecins de France sent de plus en plus le besoin de sortir du domaine de la bienfaisance pour entrer davantage dans celui des intérêts matériels et moraux de la profession. Trois ou quatre passages de l'excellent rapport du secrétaire général, M. Foville, en témoignent clairement, mais plus spécialement celui qui est relatif à une question délicate dont je vous ai entretenu ici même : la question des syndicats médicaux.

Cette partie du rapport est pleine de mesure et de sagesse; elle a été agréable surtout à ceux qui n'ont pas craint, dès l'origine du mouvement et contre des préventions très répandues, de signaler les besoins réels auxquels les syndicats prétendaient pourvoir, et d'avertir la grande Association du danger qu'elle courrait à se déclarer en hostilité flagrante avec les nouvelles institutions ou à paraître les dédaigner. Un problème s'est trouvé posé irrésistiblement : éviter la désagrégation du Corps médical; substituer à un commencement de conflit la communauté d'action pour la défense des intérêts communs; faire des syndicats les auxiliaires utiles d'une association à laquelle rien ne doit rester étranger de

formelles sur la fréquence et la gravité de la spermatorrhée; la plupart de ses malades, nous dit-il, ne sont que des hypochondriaques et le liquide qu'ils prennent pour du sperme est du mucus sans animalcules. Un auteur allemand, Pauli, déclarait en 1841 que Lallemand avait pris pour des pertes séminales le produit de la sécrétion prostatique, les dernières gouttes d'urine rejetée par la miction et surtout les derniers vestiges d'une uréthrite chronique. Même remarque de Civiale, qui, chez plusieurs individus traités par des confrères comme spermatorrhéiques, constatait l'existence d'une névrose ou des lésions du canal, une stricture plus ou moins étroite. Curling, beaucoup plus tard Teevan et Paget arrivent à de semblables conclusions, et ce dernier se demande si la spermatorrhée, inconnue en Angleterre, n'est pas une maladie française. Chez nous, Guyon, Verneuil, Lasègue, Molière, Cognard n'ont-ils pas déclaré que la spermatorrhée est une maladie exceptionnelle!

M. Malécot a donc eu des précurseurs. Il n'en est pas moins vrai qu'avant lui on émet des doutes, mais on n'exprime pas une opinion ferme; la doctrine est encore flottante et l'on ne trouve pas un travail d'ensemble où la spermatorrhée soit étudiée avec une précision suffisante. Les observations recueillies soit au Midi, soit à Necker dans le service des urinaires, soit dans la clientèle du professeur Guyon, peuvent être divisées en trois catégories: l'une renferme les cas où les pollutions sont toutes physiologiques, les vésicules trop pleines se vidant comme elles peuvent par quelques pertes séminales nocturnes ou à l'occasion d'une contraction périnéale; une deuxième a trait aux hypochondriaques qui se croient atteints de spermatorrhée et que des charlatans entretiennent dans cette opinion; enfin la troisième se rapporte à de véritables pertes séminales, mais qu'il y a loin de cette affection toujours sans gravité et sous la dépendance d'un état général, d'une lésion définie des centres nerveux à la maladie idiopathique redoutable de Tissot et de Lallemand!

II

Nous serons brefs sur les pollutions physiologiques : nous n'en parlerions même point si elles n'avaient été parfois la pierre angulaire sur laquelle des hypochondriaques ou des ignorants ont édifié leur prétendue spermatorrhée. Pendant la nuit et lorsque le cerveau qui sommeille n'est plus là pour modérer l'activité de la moelle, le sperme qui distend les vésicules séminales excite les fibres sensitives de la muqueuse; l'excitation se réfléchit sur le centre moteur génito-spinal et provoque une contraction spasmodique; le liquide s'écoule au dehors par une véritable éjaculation avec érection et sensation voluptueuse. Tous les mois, tous les quinze jours, tous les huit jours même chez les individus robustes et continents cette déplétion naturelle peut avoir lieu, ne laissant après elle qu'un corps plus dispos et un esprit plus alerte.

Ces pertes séminales physiologiques peuvent prendre une autre forme; elles sont diurnes et apparaissent surtout pendant la défécation; le bol fécal presse sur les vésicules dont le contenu est refoulé jusque dans la région prostatique de l'urèthre, d'où il chemine jusqu'au méat; il s'écoule tantôt en bavant et tantôt il est projeté à une certaine distance par quelques contractions spasmodiques. Chez les gens très continents, ce phénomène se montre à chaque effort, du moins pendant quelques jours. Il disparaît bientôt pour ne reparaître qu'après une abstinence prolongée ou au sujet d'une constipation opiniâtre. Une fois nous l'avons observé dans des conditions particulières : une colique subite survient et une envie irrésistible d'aller à la garde-robe; notre individu, d'une continence absolue à cette époque, n'a que le temps de s'accroupir et en même temps que s'échappait par l'anus un flot diarrhéique, sortait par le méat une quantité notable de sperme, dont l'issue provoqua une sensation voluptueuse. Nous tenons du professeur Broca un fait analogue. Dans des cas plus rares l'émission du sperme accompagne la miction: lorsqu'on contracte les muscles périnéaux pour chasser les dernières gouttes d'urine, la liqueur séminale passe dans l'urèthre.

On ne saurait comprendre quel lien la spermatorrhée peut avoir avec de semblables phénomènes, d'ordre physiologique et qui n'entraînent avec eux ni faiblesse, ni malaise, ni troubles d'aucune sorte. Nous connaissons cependant un fait lamentable où la confusion s'est produite. Il s'agit d'un homme de quarante ans, archéologue fort distingué. Sa jeunesse fut très maladive et tourmentée par de nombreux accidents de strumes, engorgements ganglionnaires, abcès du cou, blépharites glandulo-ciliaires rebelles, conjonctivites répétées, kératites phlycténulaires, taie sur l'œil gauche. A partir de vingt ans sa santé s'affermit peu à peu et à vingt-cinq ans il eut coup sur coup, et à quelques jours d'intervalle, trois pollutions nocturnes. Très religieux, ignorant des choses de la physiologie, il est effrayé au plus haut point; il achète un livre de médecine et le ferme avec la conviction qu'il est atteint de spermator-

---

ce qui tend à l'amélioration du sort des médecins, et cela sans leur demander le sacrifice d'une autonomie rendue nécessaire par la diversité des conditions où ils doivent fonctionner, où ils sont appelés à régler des questions d'honoraires, de relations avec les autorités, etc. De leur côté, les syndicats ont le devoir de ne pas revendiquer une indépendance qui irait jusqu'à contrarier le principe même de la grande Association, jusqu'à se substituer à elle dans l'accomplissement de sa mission, jusqu'à risquer enfin de l'annihiler. La raison d'être des syndicats a été l'impossibilité où paraissait se trouver l'Association générale de veiller d'assez près aux intérêts immédiats, quotidiens, parfois tout locaux des différents groupes de la famille médicale; si l'Association prenait cette tâche en mains plus résolûment et s'entendait pour la mieux remplir avec les syndicats, ceux-ci seraient blâmables de ne pas se prêter avec empressement et de tout cœur à cette œuvre de conciliation et d'alliance; et pour commencer, je serais d'avis qu'ils renonçassent à leur projet de fédération : gros rouage qui ne saurait fonctionner longtemps, même pour des objets déterminés et restreints, sans apporter de fâcheux dommages dans le mécanisme de l'Association. M. le secrétaire général n'a pu, ni dû entrer à cet égard dans aucun détail; mais l'annexion déjà faite dans certains départements, des *syndicats* aux *Sociétés locales*, est une indication à ne pas perdre de vue. En tout cas, il était impossible de mieux préparer qu'il ne l'a fait, le terrain de la concorde et de la bonne confraternité. Je voudrais reproduire toute cette partie de son discours. Faute de place je me contente de vous signaler les passages suivants, où l'on pourra voir, pour le dire en passant, si j'avais dans mes précédentes lettres exagéré l'importance de l'*agitation syndicale*.

« Se mettant au point de vue plus intime de la confraternité de voisinage, des rapports communs avec les administrations locales, de la défense quotidienne du médecin contre les exploitations diverses dont il n'est que trop souvent victime, un grand

rhée. Un spécialiste l'accueille et veut bien, pour 300 francs, lui cautériser les canaux éjaculateurs; une uréthro-cystite rebelle, une orchite intense surviennent, sans parler d'une gastrite que provoquent certaines mixtures ajoutées au traitement local. Notre ami ne fut que très lentement et très difficilement guéri par le médecin de la famille, le regretté Isambert.

Ce fait nous rapproche d'une dernière catégorie, la spermatorrhée « imaginaire » de M. Malécot. Ici il s'agit d'hypochondriaques dont l'imagination malade a choisi les organes génitaux comme le point où va se dérouler désormais la série des symptômes dont, coûte que coûte, ils doivent être affligés. Ces malheureux ont feuilleté les dictionnaires, couru tous les médecins, appris par des interrogatoires répétés la marche et les signes de leur affection prétendue; ces signes, ils les attendent, les guettent pour ainsi dire et ne tardent pas à les découvrir; la moindre humidité du canal est un écoulement de sperme et ils vous montrent avec conviction des amas de spermatozoïdes dans l'urine la plus normale. Du reste, ne savent-ils pas, d'après Lallemand, que la spermatorrhée passive de nature atonique, la plus grave de toutes, ne réclame ni érection, ni perte séminale appréciable, ni spermatozoïdes arrêtés dans leur développement et que l'organe épuisé ne saurait maintenant produire? Quant aux troubles digestifs cardiaques, pulmonaires ou nerveux qui, d'après la description classique, accompagnent la spermatorrhée, il n'en est pas un qu'ils ne décrivent avec la plus minutieuse exactitude pour l'avoir ressenti et analysé à satiété.

Nous pourrions citer à l'appui de cette affirmation une foule de faits, et il y a huit jours à peine nous montrions un de ces malades à nos élèves, à la consultation externe de la Salpêtrière. Nous résumerons brièvement une des douze observations de ce genre que nous donne M. Malécot. Il nous raconte l'histoire d'un boucher de vingt-trois ans, né de parents nerveux, qui, il y a sept ans, eut une première blennorrhagie compliquée d'orchite droite; seconde blennorrhagie il y a un an et cystite consécutive. Le malade constate alors dans ses urines de nombreux filaments blanchâtres, et après la miction ou pendant les efforts de défécation, l'écoulement d'un liquide analogue au sperme; il consulte un pharmacien, qui lui cautérise le canal avec une bougie de son invention; notre homme n'est pas guéri; il commence alors la tournée des pharmaciens-thérapeutes, et n'est découragé qu'après l'insuccès du douzième. Un médecin uroscope déclare, après analyse d'urine, qu'il est atteint de spermatorrhée passive, et prescrit un traitement encore inefficace. C'est à ce moment que le pauvre diable se rend à l'hôpital du Midi, où l'on tarit son écoulement. Mais la lecture assidue de traités sur la matière l'ont convaincu qu'il est en proie à une spermatorrhée passive; il entre à Necker, où on ne trouve rien qui puisse confirmer son dire, et comme on refuse toute intervention chirurgicale, il quitte le service pour trouver sans doute « un médecin plus complaisant ».

III

La spermatorrhée « pathologique » de M. Malécot n'est point une affection idiopathique; elle est un des nombreux symptômes que peut provoquer une susceptibilité particulière de l'axe cérébro-spinal; les troubles profonds, l'épuisement, qui, d'après les auteurs, succèdent aux pertes séminales, seraient leur cause et non leur effet et dépendraient d'une maladie plus ou moins définie de la moelle ou du cerveau. Le sperme n'est point, en effet, l'essence vitale par excellence, cette humeur mystérieuse dont la moindre déperdition met en péril l'organisme; c'est une sécrétion comme une autre, dont les éléments n'ont rien de spécialement précieux, et la perte, à chaque éjaculation, de quelques grammes de cette substance ne pourrait expliquer la déchéance irrémédiable qui caractérise « la consomption dorsale »; tout au plus l'activerait-elle, et encore dans des limites fort restreintes.

La facilité et la fréquence de l'éjaculation sont sous la dépendance de plusieurs causes. L'excitation première qui se réfléchira sur le centre génito-spinal pour provoquer la contraction spasmodique des muscles périnéaux et l'émission du sperme peut être périphérique, et l'on sait combien les pollutions sont sollicitées par l'irritation du canal au début de la blennorrhagie; l'herpès *preputialis*, les amas de sébum sous le prépuce, l'eczéma des bourses, l'intertrigo anal, les fissures, la présence d'oxyures, les hémorrhoïdes, ont semblable résultat chez les individus continents; il en est de même des congestions du petit bassin que déterminent la réplétion de la vessie, la station assise prolongée, les courses en voiture, le chemin de fer. On a trop insisté sur les effets de la cantharide pour que nous y revenions.

Dans d'autres cas, l'excitation périphérique est très légère, mais la moelle est très irritable; elle réagit sans mesure, et au moindre prétexte provoque une éjaculation. Sainte-Marie, nous dit M. Malécot, a publié l'observation d'un jeune homme continent et studieux qui, un jour de composition pour les

nombre de nos collègues ont trouvé qu'il y aurait intérêt, pour eux, à former des groupes syndicaux, ne se confondant pas avec l'Association, mais poursuivant, à côté d'elle, et par des moyens un peu différents, un but analogue, la protection de leurs intérêts professionnels.

» Mais le mode de réalisation de cette idée est loin d'avoir été partout le même. Certaines Sociétés locales ont fourni le noyau autour duquel se sont formés, en différents points de leur circonscription, plusieurs syndicats localisés. D'autres ont accordé leur appui moral à des syndicats existant déjà et dont faisaient partie certains de leurs membres. D'autres, enfin, ne s'arrêtant pas à des scrupules de légalité qui font hésiter cependant les jurisconsultes les plus instruits, se sont constituées elles-mêmes en syndicats départementaux, formant ainsi deux organismes distincts, mais connexes, composés des mêmes éléments, dirigés par le même bureau...

» J'ajouterai que ce qui a grandement contribué à faire la force de ce courant, c'est l'esprit de modération dont les syndicats ont fait preuve. S'écartant de plus en plus de certaines revendications violentes du début, ils ont adopté une attitude calme et conciliante; ils ont su laisser une part légitime à l'indépendance des adhérents; ils ont fait acte, en un mot, de libéralisme éclairé...

» Le Conseil général de l'Association, loin de rejeter l'étude des rapports à établir entre l'Association et les syndicats médicaux, est tout disposé à aborder cette étude franchement, sans aucun préjugé, sans aucun parti pris. Il adhère donc d'avance, je suis chargé de vous le dire, au vœu qui va être soumis à l'Assemblée générale par nos collègues de la Gironde, et il désire, comme eux, que, dans un an, à pareil jour, la question puisse être résolue d'une manière satisfaisante pour tous.

» Pendant cette année d'études, le Conseil général ne négligera rien, soyez-en convaincu, pour puiser à toutes les sources les informations qui pourront lui être utiles; afin de mieux s'éclairer, il fera appel à tous les concours.

» A Paris, les syndicats ne paraissent pas avoir, jusqu'à présent, de raison d'être, car les Sociétés médicales de toutes sortes y sont très nombreuses. Ce sont donc surtout les Sociétés locales qui auront à fournir au Conseil général les éléments de ses appréciations.

» Chacune de ces Sociétés devra voir si, en raison de tel ou tel

prix, après avoir cherché inutilement un mot dont il avait besoin pour terminer son travail, et pressé par l'heure, fut saisi d'une si vive impatience, que la semence s'échappa; cet accident se renouvela ensuite sous l'influence de la même cause; l'éjaculation s'accompagnait de chatouillements agréables; la guérison survint sans aucun traitement. Nous pourrions citer un fait absolument semblable observé sur un lycéen de dix-neuf ans, qui trois mardis de suite, et au cours des «compositions doubles», eut une perte séminale. M. Malécot affirme qu'au concours de l'internat pareil fait s'est produit chez plusieurs de ses camarades, forcés de remettre une copie inachevée. Il ajoute qu'un de nos grands orateurs a eu souvent des éjaculations involontaires à la fin d'un discours véhément.

Gravissons un degré encore, il ne va plus s'agir simplement d'individus impressionnables et nerveux, qui, à propos d'une excitation passagère de la moelle, auront quelques pollutions nocturnes ou diurnes; ici l'axe cérébro-spinal est atteint d'une lésion bien définie. A la première période des scléroses systématiques, « le centre génito-spinal entre en activité; la présence d'une très petite quantité de sperme dans les vésicules suffit pour provoquer un réflexe qui aboutit à l'éjaculation; ces pertes coïncident avec une facilité exagérée à répéter le coït, un penchant invincible à l'onanisme. » Différentes formes de folie, la paralysie générale, l'épilepsie, l'idiotie, la méningite peuvent provoquer les mêmes phénomènes, mais d'ordinaire cette suractivité, cette exaltation fonctionnelle tombe bientôt; elle n'est qu'un épisode fugace et sans importance dans l'histoire de la maladie.

Et voilà toute la spermatorrhée « pathologique » admise par M. Malécot! Nous sommes bien loin, on le voit, de la maladie décrite par Tissot, Trousseau et Lallemand. La lecture des observations recueillies au cours de ces patientes recherches est encore plus instructive que cette rapide analyse. L'une a trait à un charretier de trente-deux ans qui, au début d'une ataxie locomotrice, « pratiquait le coït cinq ou six fois la nuit et n'en ressentait aucune fatigue ». Puis les érections ont disparu, les désirs sexuels aussi, en même temps que survenaient les douleurs fulgurantes et les douleurs en ceinture; il a néanmoins des pollutions nocturnes qui ne le réveillent pas. Une autre nous montre un névropathe chez qui les pertes séminales « sont plus fréquentes peut-être que chez un autre sujet pondéré et également continent »; elles ont un effet mental incontestable puisqu'elles exagèrent l'excitation nerveuse; cependant on ne note aucun trouble grave de la santé générale. Une troisième se rapporte « à un hypochondriaque ayant des pertes séminales physiologiques qui déterminent l'impuissance en frappant vivement l'imagination du malade ». Dans la quatrième, on voit un individu peut-être sous le coup d'une affection mentale grave, mais dont « l'état nerveux ne saurait être attribué à des pollutions qui sont toutes physiologiques ». Dans la cinquième, les pollutions sont trop rares pour qu'on puisse songer un instant à une spermatorrhée.

IV

Avec de telles observations, il était difficile de conclure autrement que ne l'a fait M. Malécot; et puisque sa thèse est un reflet fidèle de ce qui se voit d'habitude, nous devons savoir gré à l'auteur d'avoir réduit le champ de la spermatorrhée, démesurément agrandi par l'illustre professeur de Montpellier. Nous pensons toutefois, malgré qu'il en ait, que les pertes séminales involontaires de Lallemand existent: certainement elles sont rares, mais nous en avons observé au moins un cas des plus nets avec le docteur Th. Minière, qui, depuis sept ans qu'il poursuit cette étude, a recueilli plusieurs faits semblables. Nous nous proposons de reprendre, avec le concours de notre ami, ce sujet dans un travail d'ensemble. Mais, en attendant, voici le résumé rapide de notre premier cas.

Chez notre malade, âgé de trente-neuf ans, sans profession, les fonctions génitales s'éveillèrent vers quinze ans; elles amenèrent des pollutions nocturnes avec érection qui se renouvelaient une fois par semaine pendant les deux ou trois premières années; puis elles se multiplièrent peu à peu, et à dix-neuf ans elles se répétaient jusqu'à quatre fois dans la même nuit. Sous l'influence de ces pertes séminales, notre garçon, fort travailleur, élève très distingué de son lycée, vit survenir un état général mauvais, une angoisse constante, de l'inquiétude, la perte du sommeil, l'inaptitude au travail, une faiblesse extrême; l'appétit était nul; au moindre prétexte, le corps se couvrait de sueurs froides.

On eut recours aux toniques, au bromure de potassium, à l'hydrothérapie, mais cette médication ne donna que de médiocres résultats; des rapports sexuels réguliers diminuèrent le nombre des pollutions nocturnes et peu à peu l'amélioration survint, l'état général s'amenda, les forces revinrent en partie, mais l'impressionnabilité resta toujours fort grande, et, pour être moindres, les pertes séminales ne se répétaient pas moins plusieurs fois par semaine. Après de nombreuses

---

ensemble de circonstances locales, notre Association ne suffit pas à tous les besoins, ou si le complément d'un ou plusieurs syndicats doit augmenter la somme des avantages légitimement recherchés par le corps médical, sans rien sacrifier de la considération morale que ce corps doit tenir, plus que jamais, à ne pas voir s'éloigner de lui. »

On peut voir dans cette dernière phrase une allusion, déjà faite par moi, dans une lettre précédente, à certaines combinaisons commerciales imaginées par le journal qui a donné le branle à l'établissement des syndicats professionnels médicaux. On m'a demandé même de divers côtés jusqu'à quel point ces combinaisons pouvaient s'allier avec la respectabilité professionnelle. L'occasion est bonne pour répondre à cette question, d'autant plus que, dans la dernière séance de l'Association générale, la Société du *Concours médical* a été citée dans le rapport officiel de M. Foville (c'est le journal lui-même qui l'affirme) et les renseignements que je vais donner sont précisément ceux que le bureau de l'Association générale devra demander aux promoteurs des syndicats.

Ma réponse sera aussi brève que précise. Le *Concours médical* n'est point du tout ce que ses adversaires en pensent. J'ai sous les yeux le numéro de ce journal en date du 14 août 1881, qui contient les statuts de la Société civile dite *Société du Concours médical*, comprenant, avec le docteur A. Cézilly, directeur fondateur, tous les médecins qui se sont inscrits et ont déclaré accepter les conditions formulées par l'assemblée générale des premiers adhérents. Aucune critique sérieuse ne saurait être adressée à ces statuts. Mais on est venu me dire: 1° que le journal recommandait à ses adhérents des médicaments dont il leur imposait l'adoption; qu'il obtenait, grâce à cette pression, des remises considérables et que, par conséquent, il servait d'organe à certains fabricants de spécialités; 2° que la combinaison commerciale qui avait fait la fortune du journal, s'étendait à divers produits: crayons, plumes, instruments de

alternatives de mieux et de plus mal, notre malade atteignit l'âge de trente-quatre ans.

A ce moment, et à la suite d'une continence prolongée, les pollutions redoublent subitement. Comme à dix-neuf ans elles se répètent plusieurs fois par nuit, et le sommeil est troublé par des érections continuelles, énervantes et douloureuses. L'état s'aggrave; l'appétit se perd, le repos est impossible, l'irritabilité est extrême; il survient de la polyurie, des accès de salivation, des idées mélancoliques, et le malade tombe dans l'hypochondrie; il voit sa vie en danger, sa raison compromise, son intelligence submergée. Les troubles nerveux ont pris si rapidement une allure grave, que la vue et la fréquentation des femmes deviennent une nouvelle cause d'affaiblissement; les crises s'exaspèrent et les médecins consultés éprouvent les plus vives craintes sur l'issue de la maladie.

L'état général est d'ailleurs en rapport avec les pollutions, et lorsqu'une nuit se passe sans pertes séminales, les troubles, les malaises, la faiblesse sont un peu moindres; pour peu, au contraire, que les éjaculations aient été plus nombreuses, les symptômes s'accroissent et redoublent. Les toniques, le bromure de potassium, l'hydrothérapie sont cette fois complètement impuissants, et l'on craint pour la raison du malade. C'est alors que M. Minière eut l'idée de fabriquer et d'appliquer son réveil électrique. Les érections sont très nombreuses et réveillent le patient quinze à vingt fois par nuit, mais les pollutions ne se produisent plus; peu à peu les érections deviennent elles-mêmes plus rares, et il n'y a de pertes séminales que lorsqu'il y a eu négligence dans l'application de l'appareil. L'amélioration s'accentue, et au bout de trois ans la guérison est complète.

Il est certain qu'il existait chez notre malade une impressionnabilité particulière du système nerveux; mais les seuls désordres qui se soient jamais produits dans son équilibre physique, intellectuel ou moral se sont toujours montrés après des pertes séminales abondantes et répétées. Ces pertes ont constamment été le phénomène primitif, et, si nous admettons qu'il y avait une grande irritabilité de la moelle, cette irritabilité n'était-elle pas localisée seulement au centre génital? La spermatorrhée n'était donc pas un des nombreux symptômes qui caractérisent une maladie quelconque des centres nerveux, mais elle était évidemment la maladie tout entière et une maladie des plus effrayantes.

Paul Reclus.

Exposé succinct des règles qui devraient présider à la formation des mots usités en médecine.

Nous reproduisons sous ce titre un extrait de la préface du *Dictionnaire usuel des Sciences médicales* dont le dernier fascicule sera mis en vente sous peu de jours. Les préceptes que résume cette préface ont été développés par MM. E. Egger et E. Fournier dans un article encore inédit qui sera publié dans le *Dictionnaire encyclopédique* (1).

La plupart des termes que l'on retrouve dans les ouvrages anciens et que la tradition a conservés sont d'origine grecque. Sans doute il existe encore, dans le langage médical, quelques mots d'origine égyptienne (comme croton, ébénos) ou sémite (balsamon); mais, si les livres grecs contiennent encore quelques mots d'origine étrangère, ceux-ci disparaissent presque sous la richesse d'un vocabulaire tout hellénique. Ce vocabulaire s'imposa bientôt aux Romains, qui transcrivirent ou traduisirent fidèlement les mots grecs qu'ils trouvaient employés dans les écoles de médecine hellènes, et c'est sous cette forme demi-hellène, demi-romaine que la science de la nature se répandit parmi les Ecoles de l'Occident, et que, malgré certaines altérations dues à des mots introduits ou mal traduits par les Arméniens, les Syriens ou les Arabes, elle continue à former le fonds principal de notre nomenclature.

La plupart des mots techniques qui sont usités en médecine sont donc des mots grecs ou latins écrits en français. Ainsi : astragale, apoplexie, amaurose, hémorrhoïde, zymase, ictère, néphrite (qui se trouvent dans Hippocrate); asthme, bubon, dysenterie, méninge, uretère, pancréas, etc. (que l'on trouve dans Aristote), aloès, euphorbe, chrysanthème, etc. (cités par Dioscoride), épidermis (pour conjonctive), épiglotte, crâne, iris, cardialgie, péritoine, masséter, etc. (mots tirés de Rufus), asphyxie, systole, arthritis (Galien), et enfin utérus, pus, fémur, tibia, mots latins qui se rencontrent dans les livres de Celse et que le langage moderne a conservés sans modification aucune. Ce qu'il importe cependant de faire remarquer, c'est que les mots transcrits du grec en latin et employés par divers auteurs ont été détournés parfois de leur sens primitif. Ainsi βουβών signifiait primitivement *tumeur*, puis a été employé pour désigner certaines glandes et en particulier les testicules (Rufus) et, dans le langage moderne, devient synonyme

(1) Consulter, sur ce sujet, la 9e édition des *Notions élémentaires de grammaire comparée*, par E. Egher. Paris, Pédone.

chirurgie, etc., qu'on débitait au bureau du journal ainsi transformé en une agence, en un bureau de placement d'objets plus ou moins recommandables; 3° que, par conséquent, j'avais eu grand tort de dire du bien de ce qu'avait pu obtenir le *Concours médical*, la fin ne justifiant pas les moyens.

A ces allégations, informations prises, je puis répondre ceci : 1° le *Concours médical* vit de ses annonces comme un grand nombre des journaux de médecine français et étrangers. Il inscrit sur sa couverture ce qu'il juge bon et utile. Contrairement à ce que font trop souvent des feuilles, d'ailleurs recommandables, il n'admet aucune réclame insérée dans le corps du journal. Bien plus, il n'annonce sur sa couverture que des médicaments examinés par une commission spéciale et jugés bons, après l'avis de cette commission, qui, jusqu'à ces derniers temps, avait pour secrétaire un médecin aussi honnête que consciencieux, le docteur Gassot. Si le *Concours médical* conseille à ses adhérents de se servir, de préférence, des médicaments qu'il préconise, il ne les leur impose pas; chacun est libre d'agir suivant sa conscience, comme l'a plusieurs fois écrit dans les colonnes du journal, un de ses collaborateurs les plus distingués, le docteur Geoffroy; à ce point de vue donc la *respectabilité professionnelle* n'a rien à voir aux agissements du journal; 2° il n'est point exact que les bureaux du journal soient des bureaux de vente d'objets quelconques. Une seule exception a été faite jadis à cette règle pour un stylographe. L'expérience, qui profitait d'ailleurs à la Société du *Concours* et non à l'un quelconque de ses membres, n'a pas été approuvée et n'a pas été recommencée. Aucun membre du *Concours* ne touche de remise sur les médicaments qu'il prescrit. Les adhérents aux statuts de la Société civile sont co-propriétaires du journal; ils participent à ses bénéfices, mais ceux-ci ne résultent, je le répète, que du produit des annonces. Jusqu'à ce jour (les noms des médecins qui ont fait partie des divers comités qui assistent le docteur Cézilly dans la tâche qu'il a entreprise nous en sont garants), tout s'est donc passé le plus honnêtement possible

de tumeur glandulaire abcédée. Disons cependant que, dans tous ces mots anciens, la formation grammaticale est soumise à des règles précises et que les verbes, les adjectifs et les substantifs ne dérivent pas l'un de l'autre et ne se réunissent pas au hasard et par des juxtapositions arbitraires. Il importe donc de se conformer aux règles de la dérivation et de la composition en grec et en latin lorsque l'on veut former des mots composés ; c'est pour ne pas avoir obéi à ces règles primordiales que la nomenclature organo-pathologique de Piorry a été si justement condamnée. Il aurait dû en être de même de toute la nomenclature chimique contre laquelle il est d'ailleurs devenu impossible de protester aujourd'hui, l'usage en étant trop répandu.

Les mots usités dans le langage médical sont des mots simples, des mots composés ou des mots juxtaposés. Les mots *simples* sont le plus souvent et directement dérivés du grec ou du latin (bras, orteil, pouce, nerf, crâne, fièvre, etc.), ou simplement transcrits du grec ou du latin (fémur, sacrum, tétanos, côlon, etc.). De ces mots simples sont dérivés d'autres mots formés d'après l'analogie de notre langue. Ainsi *cautériser* venu de cautère, *spectral* de spectre, *bandagiste* de bandage. Ces mots dérivés ne sont pas tous très corrects. Ainsi *herboriste* devrait être *arboriste* ou *herbiste; oculiste* devrait se dire *œilliste*, etc. — Les mots *composés* se forment tantôt d'un mot attributif que précède une particule invariable comme dans *insecte* (de *in* et *sectum*), *perforer* (de *per* et *forare*). En général la particule indéclinable qui commence le mot ne change pas de forme dans cette alliance. Quelquefois pourtant le voisinage de l'initiale du second mot fait perdre à la particule sa voyelle finale ou même en modifie une consonne. Ainsi *anévrysme* (de ἀνὰ et εὐρυσμός) ; *symptôme* (de σύμπτωμα où le ν de la préposition σύν est devenu μ, c'est-à-dire une labiale, grâce au voisinage du π qui est une lettre du même organe). Ces exemples prouvent que la composition d'un mot est soumise à certaines lois et qu'il ne suffit pas de rapprocher l'un de l'autre deux mots préexistant dans une langue pour en faire un composé proprement dit. Les difficultés que laissent voir ces exemples sont d'autant plus utiles à signaler, que les médecins sont, en général, moins familiarisés avec les langues anciennes. Aussi conviendra-t-il de procéder de la manière suivante lorsqu'on voudra exprimer clairement et correctement une idée nouvelle :

1° Préférer toujours la périphrase française, lorsqu'elle n'est pas trop longue, et le composé ou le dérivé français à tout néologisme emprunté aux langues étrangères, surtout quand le néologisme constitue un polysyllabe trop long. On dira *biologie*, *déontologie*, *hémoptysie*, *histologie*, etc., mais on rejettera, comme nous l'avons fait, les mots *hydrorrachiocentèse*, *hydrorrachiopathie*, etc. Le français peut faciliter la formation de certains composés (*vivisection* par exemple), il s'accommode assez bien de la juxtaposition de deux mots (*abaisse-langue* vaut mieux que *glosso-catoché*).

2° Quand la langue française ne suffit pas, préférer les composés ou dérivés de mots latins surtout quand ces mots nous sont familiers par leur ressemblance avec des mots français. Ainsi *insecticide* vaut mieux que *entomoctone; saignée* vaut mieux que *phlébotomie*.

3° Quand on forme un néologisme latin ou grec, il convient de s'assurer que l'on ne trouvera pas, chez les anciens, un mot analogue à celui que l'on veut employer et dont la signification n'est pas celle que l'on veut exprimer. Ainsi le mot *glotte*, aujourd'hui d'ailleurs passé dans l'usage, est la traduction exacte du mot *langue* et il eût été préférable de choisir, pour désigner l'orifice du larynx, un mot différent.

4° Il faudra éviter autant que possible le mélange des éléments grecs et latins. *Galactomètre* et *galactoscope* sont plus corrects que *lactomètre* et *lactoscope*. Si l'on peut, à la rigueur, admettre *coxalgie* et *ovariotomie*, il faut préférer *lithotripsie* à *lithotritie* et tâcher, s'il en est temps encore, d'écarter *hémoglobinurie*, *sous-brachycéphale*, *sous-dolichocéphale*, etc.

5° Dans les composés doubles, dont le premier élément n'est pas une simple particule, il faut observer la règle, générale en grec et en latin, qui est de placer le *déterminant* avant le *déterminé*. Ainsi *gonorrhée*, *blennorrhée*, *embryologie*, *histologie*, *gastralgie*, etc. Au contraire, dans les locutions françaises formées par juxtaposition, c'est *l'élément déterminant qui suit l'élément déterminé*. Exemples : *brise-pierre*, *serre-nœud*, *caille-lait*, etc.

6° Le mot qui est placé le premier, en vertu de la règle précédente, doit avoir la forme que l'on appelle le *radical* ou le *thème* et non pas la forme *complète* ou *déclinée* ou *conjuguée*. Ainsi : *embryologie* et non embryo*n*logie, herpétologie et non herpéto*n*logie. Il faut aussi observer ce fait grammatical que la voyelle qui relie le premier élément composant au second élément n'indique pas une flexion casuelle et que, par conséquent, il ne faut pas, dans les composés modernes, mettre au génitif sous prétexte de clarté plus grande le premier élément du composé. Exemples :

---

au sein de cette association. Il en sera toujours ainsi, nous l'espérons, si les Comités de direction, d'administration et de rédaction du journal n'apportent dans leurs fonctions que le désir de continuer ce qui a été fait jusqu'à ce jour.

Que le docteur Cézilly s'entoure toujours de collaborateurs honnêtes et laborieux comme ceux dont nous avons lu avec intérêt les articles et les rapports, qu'il persiste dans la voie qu'il a tracée, communiquant à ses collaborateurs ses livres de compte et ses correspondances avec les industriels dont il publie les annonces, présidant les Comités qu'il a institués, mais se bornant à exécuter leurs décisions, et ne se préoccupant que des questions morales et matérielles du corps médical; bientôt alors s'apaiseront certaines préventions injustes qui l'ont accueilli. C'est la grâce que je lui souhaite.

— La brillante kermesse à laquelle était convoquée, le dimanche 4 courant, dans une salle du Trocadéro, la société parisienne et dont les profits sont destinés à l'œuvre d'encouragement pour l'allaitement des enfants par leurs mères, nous a rappelé deux souvenirs, qui, sur ce sujet, intéressent l'histoire de la profession.

Le plus récent date de 1760 et 1762, le second ni plus ni moins que du règne de l'empereur Adrien.

En 1760, le docteur Desessartz publiait son *Traité de l'éducation corporelle des enfants en bas âge ou réflexions pratiques sur les moyens de procurer une meilleure constitution aux citoyens*. Ce traité n'eut, paraît-il, qu'un médiocre succès parmi ses confrères et ne fut réimprimé par l'auteur que trente-neuf ans plus tard (an VII de la République); mais la préface de cette seconde édition constate que la première avait été communiquée à J.-J. Rousseau et que l'*Emile*, publié en 1762, a largement profité, *sans en rien dire*, des sages conseils du docteur ami de l'enfance. Celui-ci ne se plaint pas de la popularité que ses doctrines ont due à l'éloquence du philosophe, ni même des légers écarts que la vervo de Rousseau s'est permis en

Dans *agricola* l'*i* est bref; *agri* n'est donc pas le génitif d'*ager;* dans *sylvicola, sylvi* n'est pas le génitif de *sylva* qui serait *sylvæ*. Par conséquent, il ne faut pas écrire *rosæflorus* comme déterminatif du genre *hibiscus*, mais bien *rosiflorus*.

7° Les lois précédentes perdent naturellement de leur rigueur pour les mots qui rappellent le nom d'un inventeur ou d'un pays d'origine. Ces mots ont fréquemment un caractère hybride et quelquefois barbare. Ainsi *tabac*, qui vient du nom espagnol *tabago*, équivalent du nom indien de cette plante, et dont le dérivé chimique *nicotine* vient du nom de Nicot, l'introducteur de ce végétal.

8° L'orthographe étant en rapport avec l'étymologie, plusieurs des règles que nous venons d'indiquer touchent à de simples questions d'orthographe. A ce point de vue, on devrait ne pas oublier que, si les mots populaires peuvent être écrits d'une façon plus économique et qu'ils ne contiennent guère que les lettres nécessaires. Au contraire les mots de formation savante, étant plus ou moins calqués sur des mots grecs ou latins, conservent d'ordinaire, dans l'écriture, des lettres étymologiques peu utiles à leur juste prononciation. Or la nomenclature scientifique adopte tantôt l'orthographe populaire, tantôt l'orthographe savante. On écrit *anémie* au lieu de *anhémie*, *pronostic* au lieu de *prognostic*, tandis que l'on reste conforme aux règles étymologiques en écrivant *hématose, diagnostic*. L'Académie française (1) a rendu elle-même plus difficile l'énonciation des règles de ce genre, en supprimant un *h* dans *phtisie, aphte, ophtalmie*, etc., et en conservant l'*h* dans *rhagade, rhinoplastie*, alors qu'elle le supprime dans *hémorragie*. Il est donc impossible de protester toujours contre l'orthographe de certains mots. Le plus souvent cependant, dans ce Dictionnaire, nous avons conservé l'orthographe la plus conforme à l'étymologie.

De tout ce qui précède, nous nous permettrons de tirer pour nos confrères un conseil de simple prudence et qui importe à l'avenir d'une science destinée à s'enrichir de beaucoup de termes nouveaux comme elle s'enrichit chaque jour d'idées nouvelles. Quand il s'agit de néologismes vraiment utiles, le naturaliste, le physicien, le chimiste, le médecin feraient bien d'étudier dans quelque manuel les principes de la formation des mots ou mieux encore de consulter quelque grammairien versé dans l'étude comparative des langues.

(1) Nous l'avons montré dans un article spécial (*Gazette hebdomadaire*, 1878, p. 269).

TRAVAUX ORIGINAUX

Pharmacologie.

Des ferments digestifs et de leurs préparations pharmaceutiques, par M. Pierre Vigier.

Appelé, comme membre de la Commission officielle du Codex, à étudier les divers médicaments à base de ferments digestifs, j'ai dû faire de nombreuses expériences en vue d'en rechercher la valeur et d'en fixer le mode d'essai.

Dans l'exposé que je vais faire des résultats de ce travail, je traiterai successivement ce qui a rapport à la pepsine, à la diastase et à la pancréatine.

Pepsine.

Dans l'étude que j'ai faite de ce ferment, je ne me suis occupé que d'une façon toute secondaire de sa préparation; par cette raison que, selon moi, la préparation de la pepsine ne doit pas figurer dans un Codex. En effet, la pepsine est un produit nécessairement industriel, que les pharmaciens ne préparent jamais; si, par hasard, un pharmacien voulait préparer la pepsine, il deviendrait fabricant; il puiserait alors des indications dans les diverses publications, et surtout dans sa propre expérience: car les procédés qui ont été publiés et que j'ai contrôlés, sont plus ou moins défectueux ou incomplets: ce qui s'explique par ce fait, que les fabricants sont peu disposés à donner des renseignements précis sur leur modus faciendi.

Parmi les pharmacopées étrangères, les unes donnent des procédés peu pratiques; d'autres se sont abstenues d'en donner, et ont agi sagement, à mon avis. Ce qui importait surtout, pour le Codex et pour les pharmaciens, c'était d'avoir un bon mode d'essai, qui permît de s'assurer de la valeur d'une pepsine. C'est à la solution de cette question que je me suis plus particulièrement attaché.

Mode d'essai de la pepsine. — En l'absence de caractères chimiques bien déterminés, l'essai de la pepsine se faisait au moyen de digestions artificielles. Dans ces sortes de digestions on ne peut réaliser ce qui se passe dans l'économie; on ne peut remplacer les mouvements et l'absorption de l'estomac, l'afflux constant du suc gastrique, l'élimination des peptones et autres conditions. Toutefois, on doit autant que possible se rapprocher des données de la physiologie, mais dans les limites indiquées par l'expérience on trouve dans les pharmacopées et publications diverses, des modes d'essai très variés, qui tous ont pour base l'essai par l'albumine, ou l'essai par la fibrine.

Essai par l'albumine. — Ce mode d'essai est spéciale-

---

dehors des prescriptions de la médecine. Il se trouve heureux d'avoir fait quelque bien, même sous le nom d'un autre, à ses chers petits clients.

L'anecdote, intéressante par elle-même, l'est encore davantage par le nom de celui qui porta chez Rousseau le volume de Desessartz. Il n'était autre en effet que le poète Piron.

Mais combien était ancienne, en ce qui touche l'allaitement par les mères, la thèse de Desessartz adoptée par Rousseau. En voici le témoignage dans deux extraits d'auteurs grecs qui remontent à seize siècles plus haut.

Le philosophe Favorinus, qui vivait sous le règne d'Adrien, et qui fut un ami de Plutarque, était natif d'Arles et partant notre compatriote. Se trouvant un jour à Rome auprès de son autre ami Aulu-Gelle, il apprend que la femme d'un noble sénateur, son disciple familier, venait d'accoucher d'un fils. Il s'empresse de se rendre à la maison du père pour l'embrasser et le féliciter; là il trouve la mère de la jeune accouchée tout entière aux soins de chercher une nourrice pour l'enfant, afin d'épargner à sa fille les fatigues de l'allaitement après celles d'une grossesse et d'un accouchement laborieux. Il s'indigne à cette pensée et le voilà qui s'engage en une véritable invective sur cette désertion du devoir maternel. Favorinus improvisait en grec. Son ami Aulu-Gelle, qui n'avait rien perdu de ce sermon original, nous l'a transmis en latin. Nous en extrayons seulement les traits principaux, qui ne manquent pas d'éloquence.

« Je t'en supplie, ô femme, laisse donc ta fille être une mère complète. Qu'est-ce que cette façon, cette moitié de mère contre nature, qui enfante et repousse bien vite son enfant? Qu'est-ce qu'avoir nourri en son sein et de son sang le fruit qu'elle ne voyait pas; puis, ne point le nourrir de son lait, quand elle le voit, déjà vivant, déjà être humain, implorer les soins d'une mère? Crois-tu donc que la nature donna des mamelles aux femmes comme simple signe de

ment employé en Angleterre et aux Etats-Unis : dans les formules d'essai, les quantités d'eau, d'acide et d'albumine varient selon le caprice et l'intérêt de leurs auteurs. On peut toutefois les résumer ainsi :

Albumine d'œuf coagulée.....	8 grammes.
Eau distillée...............	30 —
Acide chlorhydrique.........	VIII gouttes.
Pepsine à essayer...........	1 gramme.

Faites digérer au bain-marie de 45 à 50 degrés; après deux ou cinq heures l'albumine doit être dissoute.

Ce procédé est moins physiologique que celui par la fibrine, en ce sens qu'il n'exige que la dissolution de l'albumine et non sa transformation en peptone.

Au premier abord, il semble avantageux en raison de la facilité pour l'expérimentateur de se procurer de l'albumine d'œuf, et de faire rapidement l'opération; mais j'ai reconnu, après de nombreuses expériences, qu'il manquait absolument de précision.

En effet, selon que l'albumine est divisée en morceaux plus ou moins fins, les résultats sont différents; ainsi, si l'albumine est en cubes, la dissolution est très lente; les parois sont seules attaquées; si elle a été divisée dans une passoire, la dissolution sera d'autant plus rapide que les grains seront plus fins; si enfin elle a été pulpée à travers un tamis, une pepsine, fût-elle très faible en pouvoir digestif, la dissoudra rapidement.

D'autre part, j'ai reconnu que des pepsines très faibles et incapables de transformer la fibrine en peptone pouvaient dissoudre l'albumine; on ne peut donc obtenir avec ce mode d'essai que des résultats d'autant moins concluants, qu'ils manquent absolument de précision; aussi ai-je dû l'abandonner.

Pendant mes essais de digestions avec l'albumine, j'ai constaté un fait qui pourrait être une cause d'erreur: si on laisse l'albumine quelque temps exposée à l'air avant de l'employer, elle devient de moins en moins soluble; deux heures même suffisent pour la rendre presque réfractaire à l'action de la pepsine.

Essai par la fibrine. — Le Codex français de 1866 donne, pour l'essai de la pepsine, la préférence à la fibrine. En consultant ce mode d'essai, on voit que la pepsine officinale ou extractive doit digérer dix fois son poids de fibrine en douze heures, et la pepsine amylacée en poudre, six fois son poids. Ce mode d'essai, qui a été donné à une époque où la question « pepsine » était encore mal étudiée, est très défectueux; la quantité d'eau, par rapport à la fibrine, est insuffisante; l'acide lactique, que l'on croyait alors être l'acide du suc gastrique, donne de mauvaises digestions. Aussi, depuis longtemps, ce mode d'essai est-il remplacé dans l'usage par le suivant, qui paraît généralement adopté :

Pepsine amylacée en poudre...	1 gramme.
ou pepsine officinale extractive.	15 centigrammes.
Acide chlorhydrique..........	40 —
Eau distillée................	30 grammes.
Fibrine lavée et essorée.......	6 —

Faites digérer douze heures au bain-marie; après une heure la fibrine doit être dissoute; après douze heures la liqueur filtrée ne doit plus précipiter par l'acide azotique.

Ce mode d'essai est de beaucoup préférable à celui du Codex de 1866; on peut cependant lui adresser quelques critiques. Il demande douze heures, ce qui rend l'essai peu pratique; de plus il exige seulement qu'une pepsine puisse digérer 6 grammes de fibrine, ce qui est trop peu pour l'état actuel de la question.

La commission de la Société de pharmacie a proposé l'essai suivant :

Eau (additionnée de 10 grammes d'acide chlorhydrique (D=1,18) par litre)...................	50 grammes.
Pepsine médicinale............	1 —
Fibrine essorée...............	10 —

Faites chauffer pendant six heures au bain-marie à 50 degrés. Après six heures, la liqueur ne doit pas précipiter par l'acide azotique.

Ce mode d'essai est un progrès : il exige pour la pepsine un titre plus élevé; il se fait en six heures, ce qui rend l'opération facile. Je lui reproche toutefois de ne pas exiger un titre plus en rapport avec celui des pepsines que l'on trouve actuellement dans le commerce. J'ai cru devoir aussi lui faire subir quelques modifications pour des raisons qui seront exposées plus loin.

Après de nombreuses expériences, voici le mode d'essai auquel je me suis arrêté :

Pepsine médicinale en poudre.	50 centigrammes.
Eau distillée...............	60 grammes.
Acide chlorhydrique officinal..	60 centigrammes.
Fibrine de mouton, porc ou veau, lavée et essorée.....	10 grammes.

Faites chauffer au bain-marie dans un flacon à large ouverture pendant six heures, à 50 degrés centigrades; agitez fréquemment jusqu'à la solution de la fibrine qui a lieu rapidement, puis toutes les heures; après six heures de digestion, 10 centimètres cubes de la liqueur filtrée ne doivent ni précipiter ni se troubler par l'addition successive de 30 à 40 gouttes d'acide azotique pur.

La pepsine extractive doit digérer dans les mêmes conditions d'essai ci-dessus à la dose de 20 centigrammes.

---

beauté, pour l'ornement de leur poitrine et non pour nourrir leurs enfants? C'est ainsi, en effet, que la plupart de ces étranges femmes (*istæ prodigiosæ mulieres*) se tourmentent à sécher et dessécher, non sans péril de corrompre le lait qu'elles détournent, la source toute sainte qui est dans leur corps, comme si elle en gâtait la belle apparence. »

Il compare cette faute à l'avortement même, qu'il déclare « *publica detestatione communique odio dignum* ».

« N'est-ce pas une évidente industrie de la nature si le sang, ce liquide ouvrier (*sanguis ille opifex*), après avoir formé, en ses retraites, tout le corps de l'homme, quand approche l'accouchement, monte vers les parties supérieures et s'y met au service de la vie qui se forme et s'ébauche, pour offrir à l'enfant qui vient de naître à la lumière, une nourriture déjà familière et connue? Ainsi, ce n'est pas un vain préjugé de croire que, si la semence produit, par une vertu qui lui est propre, les ressemblances du corps et de l'âme, les propriétés du lait produisent des effets du même genre. Et cela ne se remarque pas seulement chez l'homme, mais chez les bêtes » et jusque dans les plantes...

« Etrange et déplorable méthode, que celle qui va corrompre, par l'infusion d'un autre lait, d'un lait moins généreux, cette noblesse physique et morale de l'homme bien né! Surtout si la femme dont vous empruntez le lait est de naissance ou de condition servile; si, comme il arrive d'ordinaire, c'est une femme étrangère et barbare, de méchant caractère et de laide figure, si elle est impudique ou buveuse; car, le plus souvent, voilà comme l'on prend la première venue, pourvu qu'elle se trouve en état d'allaiter. Eh quoi? souffrirons-nous que ce fils de notre sang soit infecté d'une contagion pernicieuse et que, dans son corps et dans son âme, passe la vie d'un corps et d'une âme corrompus? Tel est, sans doute, le secret de ce qui nous étonne, quand nous voyons les enfants de femmes honnêtes ressembler si peu, de corps et d'âme, à leurs parents. »

...Ajoutez, ce que l'on ne peut négliger et dédaigner,

Motifs à l'appui du mode d'essai. — L'essai par la fibrine est basé sur ce principe rationnel, qu'une pepsine n'a de valeur qu'autant qu'elle est apte à transformer cette matière en peptone, dont un des caractères principaux est de ne pas précipiter par l'acide azotique.

Lorsque l'on soumet une substance albuminoïde, telle que la fibrine, à l'action de la pepsine, en présence d'un acide et à une température suffisante, elle subit des transformations successives. Elle est d'abord gonflée, puis dissoute; elle passe ensuite par divers états intermédiaires, décrits par Meissner, pendant lesquels elle précipite de moins en moins par l'acide nitrique; enfin elle subit une transformation ultime qui est la peptone. Les physiologistes ont établi que les matières albuminoïdes ne sont assimilables que sous forme de peptones; il est donc évident que, toute pepsine qui ne pourra opérer la transformation complète de la fibrine en peptone devra être considérée comme insuffisante.

Différence entre dissolution et digestion. — Si j'ai rappelé ces faits si connus, c'est afin d'établir que, dans l'essai d'une pepsine, il ne faut pas se borner à rechercher seulement si elle est capable de dissoudre la fibrine; j'ai eu à examiner des pepsines annoncées comme digérant 100 et même 250 fois leur poids de fibrine. Ces pepsines dissolvaient bien en effet la fibrine, mais elles étaient inaptes à la transformer complètement en peptone. Il y avait évidemment là erreur du fabricant, qui confondait dissolution avec digestion.

La dissolution de la fibrine est extrêmement facile à obtenir, même avec des pepsines ayant un pouvoir digestif presque nul.

De bonnes pepsines peuvent dissoudre trois à quatre mille fois leur poids de fibrine, pourvu, bien entendu, que la quantité d'eau acidulée soit proportionnelle au poids de la fibrine.

L'aptitude d'une pepsine à dissoudre la fibrine est donc un caractère sans valeur et par conséquent insuffisant pour permettre d'en apprécier le pouvoir digestif.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Prurit d'hiver.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Très honoré confrère,

L'honorable rédacteur de la *Revue des journaux* insérée dans le n° 18 de la *Gazette hebdomadaire* (2 mai 1884, p. 303), analysant une observation de H. Obersteiner (publiée dans le *Wiener med. Woch.*, 1884, n° 16), et relative au *prurit d'hiver* décrit par Duhring, reproduit cette opinion de l'auteur que l'affection dont il s'agit, « très fréquente en Amérique, à Philadelphie, et en général au-dessous du 40° degré de latitude, serait inconnue en Europe... ». En réservant la question de fréquence comparée, qu'il n'y a pas lieu de discuter ici, il est nécessaire de déclarer que le prurit décrit par Duhring, et que nous avons, à cause de cela, proposé de désigner sous le nom de *prurigo* ou *prurit de Duhring*, est loin d'être rare en Europe. Nous en avons donné une description étendue dans la note 1 de la traduction française de Kaposi (en collaboration avec A. Doyon), t. II, p. 381, 382, 383.

Je vous prie d'agréer, etc.

Ernest Besnier.

3 mai 1884.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 28 AVRIL 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

Recherches sur la combustion respiratoire, par M. *Schützenberger*. — Il y a quelques années, l'auteur a présenté à l'Académie des sciences un travail fait en collaboration avec M. le docteur Quinquaud, sur la respiration des cellules de levure de bière. Dans ces expériences, la levure était délayée dans de l'eau aérée pure; l'utilisation physiologique de l'oxygène s'effectuait aux dépens des principes immédiats des cellules elles-mêmes. M. Schützenberger a pensé à rechercher l'influence exercée sur la combustion respiratoire de ces cellules, par la présence dans le milieu oxygéné de certains principes organiques. Les résultats obtenus sont de nature à fournir une mesure de la *combustibilité physiologique* des divers corps.

On dispose les uns à côté des autres, dans un local à température constante, autant de flacons bien bouchés, de 1 litre de capacité, remplis d'eau pure saturée d'oxygène à la pression de ce gaz dans l'air atmosphérique, que l'on veut faire d'essais comparables. L'un de ces flacons est conservé intact; dans les autres, on délaye 1 gramme de levure en pâte, en ajoutant un poids connu de la substance soumise à l'expérience et en réservant toutefois un flacon monté uniquement avec de l'eau aérée et de la levure. Au bout d'un temps plus ou moins long (une à trois heures), on mesure le titre oxymétrique de chaque flacon. A côté de l'eau et de la levure on a fait intervenir : 1° les divers genres de sucres (sucre interverti, sucre de canne, sucre de lait); 2° la mannite; 3° divers

que les femmes qui abandonnent et éloignent ainsi leurs nourrissons pour les confier à d'autres, brisent le lien d'affection profonde par où la nature attache les parents à leurs enfants, ou du moins le relâchent ou l'altèrent. Quand une mère a une fois éloigné de ses yeux le fils qu'elle relègue chez une autre, la vivacité de l'affection maternelle s'affaiblit et s'éteint peu à peu, et bientôt se taisent tous ces frémissements d'une impatiente sollicitude. On n'oublie pas moins le fils mis en nourrice que le fils mort. L'affection même de l'enfant et l'habitude d'un doux attachement, c'est sur la nourrice qu'elles se concentrent, et comme il arrive pour les enfants exposés, il n'a plus ni sentiment ni regret pour celle qui l'a fait naître. Aussi, quand sont amoindris et supprimés ces germes de piété native, tout ce que des enfants ainsi élevés montrent d'amour envers leur père et leur mère, tenez que ce n'est guère plus là un sentiment naturel, mais une convenance de société. » (Aulu-Gelle, *Nuits attiques*, XII, 1.)

Ce qui n'est pas moins piquant que la vivacité de ce langage, c'est que l'orateur, médecin et moraliste, était (et il ne s'en cachait pas) eunuque de naissance. On a remarqué sans doute qu'il ne fait pas la moindre réserve sur les nécessités qui peuvent souvent réduire les mères à confier leurs enfants à des nourrices. L'ami de Favorinus, le Grec Plutarque, montre plus de mesure et de justesse d'esprit dans la page suivante d'un petit traité *sur l'éducation des enfants*, page que nous aimons à transcrire pour constater une fois de plus combien sont vieilles certaines questions d'hygiène et de médecine.

« Ch. v. — Vient maintenant la question de la nourriture. Il faut, selon moi, que les mères elles-mêmes nourrissent leurs enfants et leur présentent le sein, car elles allaiteront avec plus d'amour, avec plus de sollicitude, puisque leur tendresse pour leurs enfants part du cœur et, comme on dit, du fond même de leurs entrailles. Les nourrices et les gouvernantes n'ont qu'une tendresse de convention, une tendresse

alcools (alcools méthylique, éthylique, butylique, amylique; glycérine); 4° des acides tels que l'acide acétique, l'acide butyrique, l'acide tartrique; 5° divers sels (acétate de soude, oxalate d'ammoniaque, sel de seignette); 6° des composés amidés (glycocolle et homologues); 7° l'acide prussique et le chloroforme.

Résultats. — Parmi ces substances, les unes sont sans action marquée sur le phénomène respiratoire, au moins aux doses auxquelles je les ai employées; d'autres provoquent une accélération sensible de la vitesse d'absorption de l'oxygène; quelques-unes, telles que l'acide prussique, le chloroforme, enrayent ou ralentissent énergiquement la combustion.

Au nombre des composés qui activent l'absorption de l'oxygène dissous, il faut placer en première ligne : 1° le *sucre interverti* (mélange de glycose et de lévulose); 2° l'*alcool éthylique*.

Les résultats établissent nettement que l'alcool éthylique est particulièrement apte à subir la combustion lente, physiologique. Son pouvoir, à ce point de vue, étant équivalent à celui du sucre interverti, on est en droit de se demander si ce dernier, avant d'être brûlé, ne subit pas la fermentation alcoolique. Dans ce cas, on s'expliquerait la place à part occupée par la glycose; et l'alcool éthylique, ainsi que les acétates alcalins, tiendraient le premier rang parmi les composés organiques combustibles dans l'organisme vivant.

Distribution spéciale des racines motrices du plexus lombo-sacré. Note de MM. *Forgue* et *Lannegrace*. — La première racine lombaire ne concourt pas à l'innervation du membre inférieur (cette racine se détriple chez le chien et le singe).

La deuxième racine lombaire concourt : 1° à la formation du crural, et, par lui, à l'innervation du psoas-iliaque (fortement), du pectiné, du couturier, du droit antérieur, du vaste interne; 2° à la formation de l'obturateur, et, par lui, à l'innervation du droit interne et du premier adducteur.

La troisième racine lombaire concourt : 1° à la formation du crural, et, par lui, à l'innervation du psoas-iliaque, du couturier, du droit antérieur, du vaste interne et du vaste externe; 2° à la formation de l'obturateur, et, par lui, à l'innervation forte de toute la masse des adducteurs et du droit interne.

La quatrième racine lombaire concourt : 1° à la formation du crural, et, par lui, à l'innervation du psoas et du vaste externe; 2° à la formation de l'obturateur, et, par lui, à l'innervation du grand adducteur; 3° à la formation du tronc lombo-sacré, par lui à la constitution du plexus sacré, et ainsi à l'innervation des muscles fessiers (nerfs fessiers); à l'innervation du biceps, du demi-membraneux, du demi-tendineux, de la portion condylienne du grand adducteur (branches collatérales du tronc sciatique); à l'innervation du jambier antérieur, des extenseurs des orteils et des péroniers (poplité externe); faiblement à l'innervation du triceps sural, du long fléchisseur commun des doigts et du long fléchisseur propre du gros orteil (poplité interne).

La cinquième racine lombaire se jette dans le plexus sacré et concourt à l'innervation de la fesse, de la cuisse, de la jambe. Elle prend part : 1° à l'innervation des muscles fessiers (nerfs fessiers); 2° à l'innervation des muscles fléchisseurs du jarret : demi-membraneux, demi-tendineux, biceps (rameaux du tronc sciatique); 3° à l'innervation du triceps sural, du jambier postérieur et des fléchisseurs des orteils (poplité interne).

La première racine sacrée concourt : à la formation du sciatique poplité interne, et, par lui, à l'innervation de tous les muscles de la région postérieure de la jambe et de la région plantaire. La deuxième racine sacrée a la même fonction que la précédente; son influence sur les muscles postérieurs de la jambe est faible; son influence sur les muscles de la région plantaire est plus marquée.

Les autres racines sacrées ne fournissent rien au membre inférieur; elles se distribuent aux muscles du périnée (et, en outre, chez les animaux, aux muscles de la queue).

Académie de médecine.

SÉANCE DU 6 MAI 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ALPHONSE GUÉRIN.

Correspondance : 1° *Étude sur un pansement antiseptique à l'acide sulfureux*, par M. le docteur *Boucher*, médecin-major; 2° Note *sur la diphthérie et son traitement*, par M. le docteur *Moty*, médecin-major; 3° lettre avec travaux à l'appui de M. le docteur *Camille Gros* (d'Alger), qui se porte candidat au titre de correspondant 4° mémoire manuscrit intitulé : *De la maladie de Bright chez les herpétiques*, par M. le docteur *Séjournet* (de Révin); 5° mémoire ayant pour titre : *Nouvelles observations cliniques*, par M. le docteur *Ignace Espinosa* (de Saltillo, Mexique); 6° rapport de M. le docteur *Bécour*, médecin inspecteur, *sur l'application de la loi de protection du premier âge à Lille en* 1883.

Une place de membre titulaire dans la section d'accouchements est déclarée vacante.

Septicémie gangreneuse. — M. *Bouley* donne lecture à l'Académie d'un travail de MM. Chauveau et Arloing (de Lyon) sur cette question.

Il résulte des études expérimentales de ces auteurs que la septicémie gangreneuse est produite par un micro-organisme que Pasteur a décrit sous le nom de *vibrion septique*. Ce vibrion se présente dans le tissu conjonctif et dans les séreuses avec des caractères différents et n'envahit le système circulatoire sanguin qu'à la fin de la maladie ou même après la mort. Le bacille de la septicémie gangreneuse est

---

factice, attendu qu'elle est toute mercenaire. La nature démontre elle-même que les mères doivent allaiter et nourrir les petites créatures qu'elles ont mises au monde. C'est dans cette vue qu'à tout animal qui a enfanté, elle a fourni le lait dont doit être alimentée la progéniture. C'est encore par une sage prévoyance qu'elle a donné des mamelles doubles aux femmes, afin qu'elles aient deux sources de nourriture. Indépendamment de ces raisons, les mères deviendront plus affectueuses et plus tendres pour leurs enfants. Et véritablement, cela se conçoit, puisque cette communauté de nutrition redouble en quelque sorte l'attachement; et même les animaux à qui l'on enlève les petits qu'ils nourrissaient en manifestent des regrets visibles. Il est donc essentiel, comme je l'ai dit, que les mères essayent de nourrir elles-mêmes leurs enfants. Mais si, pourtant, elles en étaient incapables, soit par faiblesse de complexion, car des circonstances de ce genre peuvent se présenter, soit par leur empressement à en procréer de nouveaux, du moins ne faut-il pas prendre les premières nourrices et les premières gouvernantes venues : autant que possible ce sera sur d'excellentes que le choix se portera. Qu'elles soient, avant tout, élevées comme les femmes grecques. En effet, de même qu'il est nécessaire de façonner chez les enfants les membres du corps dès leur naissance, pour qu'ils se produisent bien droits et exempts de la moindre difformité, de même il convient tout d'abord de régler leurs mœurs. C'est chose aisée à façonner, c'est chose molle que le jeune âge. Quand ces âmes sont encore tendres, les principes s'y impriment; mais tout ce qui est dur ne s'assouplit que difficilement. Comme les cachets marquent leur empreinte dans la cire tendre, ainsi l'instruction se grave dans l'intelligence des enfants encore tout petits; et je trouve bien judicieuse la recommandation faite aux nourrices par le divin Platon, de ne pas conter aux enfants les premières fables venues, afin qu'elles n'aillent pas tout d'abord leur remplir l'esprit de sottises et de perversité. » (Traduction Bétolaud.)

inoculable à la plupart des animaux à sang chaud, le bœuf excepté.

Le tissu conjonctif à l'abri de l'air constitue la voie la plus favorable à l'inoculation. Le système vasculaire sanguin (veines et artères) offre une tolérance remarquable. Il en est de même des voies respiratoires et digestives. Les plaies exposées à l'air semblent impropres *chez l'âne* à l'introduction et à la pullulation du virus. Au contraire, ce virus rencontre dans les tissus qui se mortifient à l'abri de l'air, chez lesquels la circulation sanguine cesse de s'accomplir, les conditions les plus favorables à la manifestation de ses effets.

Les phénomènes qui suivent l'inoculation dans le tissu conjonctif sont à peu de chose près semblables aux symptômes locaux classiques de la septicémie gangreneuse de l'homme.

Les phénomènes consécutifs à l'inoculation intraveineuse démontrent que la septicémie gangreneuse est, comme la plupart des maladies virulentes, soumise à la loi de non-récidive. Une première immunité étant produite, il est possible de la renforcer par des inoculations successives, de manière à rendre graduellement l'organisme de certains animaux absolument impropre à l'évolution même locale du virus. La septicémie gangreneuse peut enfin se transmettre au fœtus.

MM. Chauveau et Arloing ont encore constaté que les humeurs virulentes de la septicémie gangreneuse perdaient insensiblement leurs propriétés nocives en raison directe des progrès de la putréfaction; mais si ces humeurs sont desséchées entre 15 et 38 degrés, avant que la putréfaction s'en empare, elles conservent leur virulence presque indéfiniment.

Le virus à l'état frais oppose une grande résistance aux agents antiseptiques de toute nature, à moins qu'on ne fasse intervenir en même temps l'action de la chaleur. La pratique a démontré que l'amputation prompte au-dessus et loin du foyer était seule capable de sauver quelquefois la vie des malades. Il faut donc s'attacher surtout à la prophylaxie. Dans ce but il importe de stériliser les instruments de chirurgie et les pièces de pansement avec le plus grand soin.

En terminant, MM. Chauveau et Arloing rappellent que le professeur Renaut (d'Alfort) a décrit, sous le nom de gangrène traumatique du cheval, une affection qui paraît devoir être assimilée à la septicémie gangreneuse de l'homme. Les conditions nécessaires au développement de la gangrène traumatique ont été parfaitement indiquées par cet auteur. Elles sont les mêmes que celles de la septicémie. On conçoit cependant, si l'on se reporte à l'époque où il écrivait, que la notion *des germes septiques* ait dû échapper à Renaut.

La discussion de cette communication est remise à une prochaine séance.

Microbe de la fièvre jaune. — M. *Rochard* présente à l'Académie un rapport verbal sur un travail de M. Domingos Freire (de Rio-Janeiro) sur la fièvre jaune. Le rapporteur rappelle que jusqu'ici tous les expérimentateurs et M. Pasteur lui-même, en 1882, avaient vainement cherché le microbe de la fièvre jaune. C'est ce microbe que prétend avoir découvert M. Freire, qui l'a appelé *cryptococcus xanthogenius*. Ce cryptococcus serait une algue qui, à la façon de certains champignons, ne jouirait de propriétés toxiques que pendant l'automne. M. Freire aurait également découvert, dans le sang des animaux auxquels il a inoculé la fièvre jaune, une ptomaïne qui constituerait un excellent milieu de culture pour le cryptococcus. Se basant sur ces faits, l'auteur prétend avoir obtenu, à la cinquième ou sixième culture, un liquide susceptible de préserver de la fièvre jaune par son inoculation. Quatre cents vaccinations auraient été pratiquées sur l'homme à l'aide de ce virus atténué. M. Rochard déclare que les expériences de M. Freire n'ont pas porté la conviction dans son esprit. Il craint qu'il n'ait été dupe de quelque illusion et croit même qu'il y a quelque hardiesse à appliquer sur l'homme ainsi qu'il l'a fait, le résultat de théories encore discutables et d'expériences qui n'ont pas été suffisamment contrôlées. M. Rochard ajoute que, pour ce qui concerne la fièvre jaune, il voit avec peine les théories microbiennes détourner les médecins des médications anciennes dont l'efficacité était incontestable.

M. Bouley, sans se porter garant des expériences de M. Freire, pense qu'il ne faut pas décourager de si louables tentatives. Ces expériences paraissent avoir été bien conduites et, si les résultats qu'elles ont donnés sont encore contestables, ce n'est pas une raison pour les condamner sévèrement. Les faits avancés par M. Freire sont considérables, c'est au temps qu'il appartient de les sanctionner.

Prix Portal. — M. *Hérard* lit un rapport sur le prix Portal. Les conclusions de ce rapport ont été discutées en comité secret.

— La séance est levée à cinq heures.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 30 AVRIL 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Traitement des anévrysmes cirsoïdes : M. Polaillon. — De la périnéorrhaphie (Discussion : MM. Monod, Trélat, Guéniot, Polaillon, Verneuil, Pozzi). — Pronostic des mutilations de la main (rapport) : M Richelot. — Présentation de malade : M. Bousquet.

M. *Polaillon*, pensant que le meilleur moyen de se faire une opinion sur l'efficacité des divers traitements proposés contre les tumeurs cirsoïdes est d'accumuler les faits, a collecté à cette intention vingt-six observations de ce genre de tumeurs. Il y comprend les deux observations de MM. Després et Berger rapportées dans les dernières séances de la Société, y joint deux cas inédits, et énumère le siège, le traitement et le résultat des vingt-deux autres faits qu'il a réunis.

Un des cas inédits lui appartient et est particulièrement intéressant, parce que le malade qui en fait l'objet, porteur d'un anévrysme cirsoïde d'un doigt, traité dix ans auparavant, alors qu'il était encore enfant, par l'injection de perchlorure de fer, n'a pas vu récidiver sa tumeur.

De l'analyse de ces vingt-six observations, il résulte que le seul mode de traitement efficace des tumeurs cirsoïdes est celui qui s'adresse à la tumeur elle-même et non aux vaisseaux voisins. La ligature des vaisseaux afférents n'a jamais guéri l'anévrysme cirsoïde de la main ; sur treize cas où ce moyen a été employé, on ne note en effet que deux guérisons, mais ce sont précisément des malades chez lesquels on a associé à la ligature l'injection de perchlorure de fer. L'ablation convient pour les petits anévrysmes, mais elle est dangereuse pour les tumeurs volumineuses, car elle expose aux hémorrhagies secondaires. La compression a donné quelques succès, mais le traitement par excellence, c'est l'injection de perchlorure de fer à 30 degrés à la dose de 6 à 7 gouttes injectée dans la tumeur elle-même et non dans le tissu périvasculaire, en ayant bien soin, ainsi que le recommande M. Gosselin, de circonscrire le foyer morbide par une compression exacte et méthodique.

— M. *Monod* prend la parole pour donner les résultats de sa pratique et de celle de M. Terrillon dans l'opération de la périnéorrhaphie, opération dont M. Trélat a entretenu la Société dans l'avant-dernière séance. M. Terrillon a fait sept fois cette opération et M. Monod, quatre fois. Ils ont tous les deux employé le procédé de John Emmet et Galliard Thomas, introduit en France par Jude Hue et que M. Trélat a si bien exposé. Dans tous leurs cas, ils ont pu apprécier combien est simple et facile ce mode de suture, qui assure l'affrontement

total et parfait des surfaces et donne une restauration plastique et fonctionnelle de l'anus presque irréprochable. D'accord avec M. Trélat sur les principes de l'opération, MM. Terrillon et Monod diffèrent un peu de ce chirurgien dans l'exécution; c'est ainsi qu'ils ne font pas de suture de la muqueuse vaginale, le froncement des tissus rapprochant suffisamment ces parties; en second lieu, ils ont conservé la suture enchevillée et maintiennent leurs fils au moyen de tubes de Galli.

M. *Trélat* fait de nouveau ressortir les avantages du procédé d'Emmet, et ajoute qu'il n'est pas plus sûr que celui dont il se servait autrefois, mais qu'il est d'une exécution plus facile. Un de ses avantages est la suppression de la suture enchevillée qui est inutile et que MM. Terrillon et Monod ne tarderont probablement pas à abandonner.

M. *Guéniot,* ayant été le rapporteur du travail de Jude Hue, rappelle que ce qui l'a le plus frappé dans les résultats du procédé de périnéorrhaphie d'Emmet, c'est la restauration de la fonction anale, mais en est-il toujours ainsi? Pour sa part, M. Guéniot connaît une dame opérée par ce procédé, qui n'a pas recouvré la puissance de contention des matières fécales et qui est obligée de se constiper par l'usage des opiacés lorsqu'elle veut sortir en visite.

M. *Polaillon* fait remarquer qu'on s'est exclusivement occupé, dans la discussion pendante, de l'affrontement de la muqueuse vaginale et qu'il n'a pas été question de celui de la muqueuse de l'anus et du rectum. Dans certains cas, la muqueuse ano-rectale se fronce et forme un gros bourrelet dans le rectum; il peut être avantageux, comme M. Polaillon l'a fait, de la faire glisser et de tenir la suture sur la marge du périnée reconstitué.

M. *Verneuil* ne veut pas laisser passer cette discussion sur la périnéorrhaphie sans signaler un mode d'avivement des surfaces qui lui a donné deux succès, c'est le procédé d'avivement aux caustiques, qu'il emploie déjà depuis de longues années pour la fistule vésico-vaginale; on affronte ensuite au moment opportun les surfaces granuleuses pour en obtenir la réunion immédiate secondaire. Ce procédé a le double avantage de pouvoir être mis en usage chez des malades affaiblies, puisqu'il n'expose pas aux pertes de sang, et d'être à la portée des praticiens les plus timorés.

M. *Pozzi* a mis récemment en pratique le procédé d'avivement conseillé par M. Verneuil, chez une femme ayant un délabrement considérable du périnée, et ayant été déjà opérée deux fois sans succès. Il a fait une cautérisation des lèvres de la fente périnéale à l'aide du thermocautère, et a ainsi obtenu une surface granuleuse; déjà, sans suture, la profondeur de la plaie a diminué de plus de 4 centimètres; il est disposé à croire que la restauration périnéale peut s'effectuer sans affrontement par le mécanisme qui préside à la cicatrisation des plaies angulaires.

— M. *Sée*, à propos des sutures enchevillées dont il a été question dans ce débat, désire signaler un mode de chevilles dont il se sert avec avantage depuis six mois, et qu'il a emprunté à la clinique de Billroth : il consiste dans de petits rouleaux de gaze iodoformée, qui exercent une pression douce, sans risque de sphacèle, et préviennent, grâce à leur substance antiseptique, la suppuration des points de suture.

— M. *Richelot* lit un rapport sur un travail de M. Guermomprez (de Lille) : *Pronostic des mutilations de la main.* Il combat d'abord cette opinion émise par l'auteur, à savoir que la conduite primitive à tenir dans les cas de traumatisme de la main est encore controversée; aujourd'hui, en effet, il résulte des nombreuses observations réunies à ce sujet qu'il faut intervenir le moins possible dans les cas de mutilations récentes de la main; on voit des restaurations tout à fait inattendues rendre à ce segment du membre si important un fonctionnement presque aussi parfait qu'avant l'accident. C'est, du reste, la conclusion à laquelle arrive M. Guermomprez. Cette conclusion s'appuie sur l'analyse de quinze observations intéressantes, parce que les malades ont été suivies pendant plusieurs années, et qu'on a pu ainsi se rendre compte des modifications survenues dans l'adaptation des parties mutilées aux besoins manuels. Des planches annexées à ce travail rendent plus saisissante la démonstration.

M. *Marjolin* a vu un très grand nombre de plaies de la main par diverses machines, et son expérience lui permet de dire aussi qu'il ne faut pas se hâter d'intervenir dans ces sortes d'accidents; à part les plaies contuses, où il peut quelquefois être avantageux de supprimer les parties frappées de mort, il y a intérêt à tenter la conservation. L'irrigation continue, employée autrefois par M. Marjolin, a donné d'excellents résultats, alors qu'on n'avait pas encore les pansements antiseptiques.

M. *Polaillon* ne croit pas qu'il faille être conservateur à outrance, car des doigts ankylosés, inflexibles, deviennent parfois plus gênants par leur présence qu'ils ne le seraient s'ils étaient absents. La règle est, suivant lui, qu'il faut toujours essayer de conserver le pouce et le petit doigt; pour les doigts intermédiaires, si les désordres sont considérables, on peut enlever primitivement la troisième et même la seconde phalange.

M. *Verneuil* résume la conduite à tenir en disant que, dans tous les cas, il faut se garder d'intervenir aussitôt après l'accident, mais qu'on doit attendre, afin de voir jusqu'où s'étend la désorganisation des tissus, et pratiquer alors, suivant les besoins, l'amputation secondaire, bien moins meurtrière que l'amputation primaire.

M. *Gillette* fait remarquer que c'est Denonvilliers qui a émis et vulgarisé le principe de la conservation dans les traumatismes de la main.

— M. *Bousquet* présente un malade, âgé de vingt ans, originaire de Paris, mais ayant séjourné dans les pays chauds, qui est atteint de varices lymphatiques de la cuisse droite.

Alfred Pousson.

REVUE DES JOURNAUX

De l'opération césarienne avec suture utérine, par le docteur Poulle, à Planche-les-Mines. — L'auteur publie une observation intéressante d'opération césarienne. Bien des points litigieux y ont été soulevés et prêteraient à des interprétations et à des jugements contradictoires. Nous n'en signalerons qu'un seul, c'est le choix de la suture enchevillée de l'utérus. Rien n'est encore aussi discutable que l'utilité de la suture utérine et que la valeur des nombreux modes de suture employés, soit quant à la nature des liens, soit quant au procédé opératoire. Les opérations césariennes se comptent actuellement par centaines. Malgré les causes si multiples et d'une appréciation si obscure des succès et des insuccès, il ne serait pas impossible de trouver par le raisonnement et dans la statistique la justification de tel ou tel procédé. Nous croyons que la suture enchevillée est l'une des méthodes les plus discutables. C'est une étude que nous avons d'ailleurs l'intention de reprendre dans un prochain numéro de la *Gazette*. (*Concours médical*, p. 366.)

BIBLIOGRAPHIE

Principes de thérapeutique générale, par M. J.-B. FONSSAGRIVES (2e édition, précédée d'une *Introduction*). 1 vol. in-8°. — Paris, 1884. J.-B. Baillière.

M. le professeur Fonssagrives, qui a déjà parcouru en divers sens le champ de la thérapeutique, l'aborde ici par son plus grand côté, celui des principes. Et il y a ici deux ordres de principes : d'abord ceux qui concernent la méthode à suivre et les doctrines à appliquer en thérapeutique; puis les principes tirés de la thérapeutique elle-même, c'est-à-dire des notions générales fournies par l'étude expérimentale des actions médicamenteuses. A l'examen critique des premiers, et, par extension, aux doctrines de Brown, Broussais, Rasori et Hahnemann, est consacrée une importante *Introduction* de 66 pages. Les seconds, formant le corps de l'ouvrage, sont exposés avec cette habileté d'ordonnance, cette variété de savoir et cette distinction de style, dont l'auteur est assez coutumier pour qu'il n'y ait plus lieu de l'en louer aujourd'hui.

Cette seconde partie, qui constituait seule la première édition, a été appréciée avec tout le soin qu'elle méritait dans la *Gazette hebdomadaire* de 1875. Tout en reconnaissant les améliorations dont elle a été l'objet, je ne crois pas qu'il soit utile d'y revenir. Il me suffira de dire au public médical qu'un ouvrage qu'il a trouvé assez bon il y a neuf ans pour en épuiser assez vite l'édition, est meilleur encore aujourd'hui, et je me bornerai à quelques remarques sur l'introduction.

La méthode en thérapeutique, c'est, pour M. Fonssagrives, la *méthode expérimentale;* mais il marque tout de suite le sens en lequel il l'entend, en proposant de compléter la définition de la manière suivante : *méthode expérimentale d'observation*. C'est que, pour lui, rien n'autorise à distinguer l'expérimentation de l'observation. L'*expérience* (ou l'*essai*) qui se fait dans le laboratoire et celle qui se fait au lit du malade, ce n'est pas d'un côté l'*expérimentation* et de l'autre l'*observation;* c'est, dans les deux cas, une application de la méthode expérimentale, dont on peut, dans les deux cas aussi, déterminer, varier les conditions : ici, par la section de tel nerf, par la ligature de tel vaisseau, par tel ou tel genre d'alimentation, etc.; là, par des associations de médicaments, par des diversités de doses, par la détermination préalable des milieux, etc. Observation et expérimentation, c'est donc tout un; et, en fin de compte, c'est l'observation, c'est l'expérimentation clinique qui doit avoir le dernier mot. La vraie méthode en thérapeutique, c'est enfin l'empirisme, tel que l'a défendu Trousseau.

L'auteur a raison de le dire, « il y a des mots sur lesquels plane une éternelle confusion, et qui se font un malin plaisir de brouiller les idées »; mais ne peut-on s'entendre sur la signification différentielle de deux mots qui ont acquis, chacun pour sa part, quoi qu'on en ait, droit de domicile dans le langage de la science et de la philosophie. Je dis *de la philosophie*, parce que M. Fonssagrives se recommande, à ce sujet, de Bacon. Bacon lui-même distingue l'expérimentation de l'observation, et beaucoup de philosophes de nos jours en font autant. Je ne doute pas que M. Fonssagrives ne le sache; mais peut-être se plaint-il plus des mots que des choses. Qu'est-ce en soi que l'observation? C'est, non une simple aperception, mais une constatation formelle des phénomènes au moyen de l'attention; néanmoins elle n'est jusque-là, comme le disait Cl. Bernard, que *contemplative*. Si du phénomène constaté vous tirez une induction, l'observation devient réfléchie; si, pour vérifier l'induction, ou pour mieux connaître toutes les particularités du phénomène, vous variez volontairement les conditions de l'observation, vous arrivez à l'observation expérimentale, à l'expérimentation. Voilà bien, je présume, ce que l'auteur entend soutenir; mais alors il devient, ce me semble, légitime de ne pas confondre absolument cette observation expérimentale des phénomènes, toujours si complexe, que livre la nature elle-même, avec l'expérimentation du laboratoire, où les phénomènes peuvent être souvent détachés les uns des autres et étudiés isolément. Pour ne pas sortir de la thérapeutique, on prendra une idée exacte de ce que je veux dire ici, dans un passage de la *Logique déductive et inductive* d'Alexandre Bain. Après avoir fait remarquer les difficultés *très sérieuses* que présente l'expérimentation des remèdes chez les malades, il ajoute : « Sans abandonner les procédés d'expérience appliqués *à des cas réels*, la médecine moderne s'est approchée de la solution du problème en le tournant; elle a institué des recherches où les méthodes expérimentales risquent moins d'être impuissantes... On étudie le mode d'action des remèdes par des expériences qui ne sont pas rigoureusement limitées à des maladies spéciales, mais que l'on applique également aux organismes sains et aux organismes malades dans toutes les conditions possibles. » Et A. Bain étend ensuite ces observations à la pathologie. Il ne s'agit point en ce moment d'examiner si des déceptions ne peuvent pas suivre l'application à l'individu malade des résultats de l'expérimentation faite chez l'individu sain; il ne s'agit que de la différence de deux procédés d'expérience; et, je le répète, cette différence de fait, en physiologie, en pathologie, en thérapeutique, je ne puis croire que M. Fonssagrives ne la reconnaisse pas.

Sur la question de doctrine, je serai bref, parce que les lecteurs de la *Gazette* pourraient trouver que c'est bien souvent les entretenir de la querelle du vitalisme et de l'organicisme. Deux mots seulement pour préciser le sens de quelques-unes de nos paroles, que l'auteur a bien voulu citer en termes trop obligeants. J'ai dit, parlant du vitalisme moderne : « La force médicatrice, *en tant que distincte de la force conservatrice*, lui importe peu. » Et M. Fonssagrives fait remarquer (en note) qu'il n'a jamais distingué ces deux forces l'une de l'autre. Ce n'est pas non plus l'opinion que j'ai voulu lui prêter, et il y a malentendu. J'opposais (*Gaz. hebd.*, 1875, p. 492) la doctrine d'une force vitale indépendante à celle de lois immanentes à ce qu'on a appelé le germe *déterminateur*, prédéterminant, en effet, dans la succession ininterrompue des germes, toutes les conditions et circonstances de leur développement et de leur activité; et j'ajoutais, comme je l'ai d'ailleurs expliqué plus d'une fois, que ces lois suffisant à *conserver* l'organisme, il n'y avait pas nécessité, pour le vitalisme, d'invoquer l'action médicatrice d'une force particulière qui serait la force vitale; et c'est justement parce que ces lois, auxquelles il serait oiseux de demander leur certificat d'origine, peuvent devenir, si l'on peut ainsi parler, médicatrices par cela seul qu'elles sont conservatrices, qu'une force médicatrice « distincte » paraît inutile au néo-vitalisme. D'où il suit que M. Fonssagrives pourrait être rangé sous cette bannière en continuant d'identifier les deux forces, pourvu que cette force ne fût pas autre chose que l'action prédéterminée du germe.

Mon éminent confrère ne veut pas non plus admettre que cette doctrine soit compatible, comme je l'ai dit (*Gaz. hebd.*, 1869, p. 821), avec celle de la solidarité, autrement dit de la transformation et de l'équivalence des forces. Pour faire comprendre les motifs qui me portent à maintenir mon opinion, je serais obligé de reprendre la question de trop haut, et je préfère renvoyer le lecteur à l'article où je l'ai traitée. Appliquer le mot *solidarité* à la force vitale comme aux forces physico-chimiques (p. 25 de l'*Introduction*), serait une témérité pour qui croit à l'existence d'une force vitale indépendante; c'est un acte conséquent pour qui admet, comme je fais, que toute la destinée vitale du germe s'accomplit par un travail physico-chimique, travail tout spécial parce qu'il est l'accomplissement de lois spéciales, et dont notre esprit s'étonnerait moins si le voile de la nature était

moins épais, et si nous n'étions pas tant portés à expliquer l'*obscurum* par l'*obscurius*.

Il nous reste à signaler, la partie de l'introduction consacrée « aux réformateurs en thérapeutique au dix-neuvième siècle ». Pour deux d'entre eux, Brown et Rasori, les vues de l'auteur sont déjà connues des lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* de 1881, où il les a exposées sous le titre de *Stimulisme et contro-stimulisme*. Reste Hahnemann, qu'il prend corps à corps, non sur les points qui prêtent à la moquerie (les doses, par exemple), mais sur les principes mêmes de la doctrine, et il n'a pas de peine à montrer que ces principes n'ont d'autre base qu'un petit nombre de faits cliniques mal observés ou mal interprétés, avec des généralisations entièrement injustifiables.

C'est toujours pour moi une bonne fortune d'avoir à parler des écrits de M. Fonssagrives. La fermeté de ses convictions, l'élévation constante de ses idées, son amour de la science et son talent d'écrivain lui ont assuré dès longtemps des sympathies dans tous les camps de la philosophie médicale.

A. Dechambre.

VARIÉTÉS

LA NOUVELLE ÉDITION DU DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET M. CH. ROBIN.

M. Ch. Robin nous adresse la lettre suivante :

Concarneau, le 28 avril 1884.

A Monsieur le président du Comité de rédaction.

Monsieur le président,

En date du 22 avril, j'ai reçu de MM. J.-B. Baillière et fils une lettre contenant ce qui suit :

« Cher monsieur, au moment où nous allons terminer la nouvelle édition du *Dictionnaire de médecine*, nous nous sommes présentés chez vous pour vous communiquer, par un motif de haute convenance que vous apprécierez, la préface des éditeurs.

» N'ayant pas eu le plaisir de vous rencontrer, nous prenons le parti de vous l'adresser par la poste, en vous priant de vouloir bien nous renvoyer cette épreuve par le retour du courrier, avec vos observations s'il y a lieu. »

J'ai répondu ce qui suit à MM. Baillière :

« Concarneau, le 26 avril 1884.

» Messieurs, en rentrant d'excursion je trouve votre lettre du 22 avril, à laquelle je réponds : Je veux formellement que soient enlevées les deux lignes sur lesquelles je mets mon *deleatur* dans l'épreuve ci-contre de votre préface. Je tiens essentiellement à ce que mon nom ne soit pas dans la préface d'un livre que ni Littré ni moi n'avons revu. J'y tiens d'autant plus que ce que j'ai lu de ce Dictionnaire, en ce qui me concerne, résume comme étant mes idées nombre de vues auxquelles les faits m'ont conduit à substituer d'autres notions dans plusieurs mémoires et articles publiés depuis 1879, dans les examens et dans mon cours de Faculté. Dire que le livre sus-indiqué *contient un résumé exact et précis de mes idées* serait absolument contraire à la vérité. Je m'empresserai de le faire connaître au monde médical et scientifique par la publication de cette réponse, dans le cas où vous ne suivriez pas les indications de ma volonté formelle.

» Je vous présente mes salutations.

» C. Robin. »

Or, ce 28 avril, je reçois le n° 17 (26 avril 1884) du *Journal général de la librairie*, dans lequel je lis (p. 770) les deux lignes dont j'ai demandé la suppression à MM. Baillière; leur publication ayant paru avant que les observations sur elles, que ces messieurs me réclamaient, aient été reçues à Paris, je me vois amené à protester contre l'exactitude de ce que cette annonce a pour but de faire croire. Je le fais en publiant ma réponse à ces éditeurs, réponse rédigée et envoyée avant que j'aie pu connaître ce qu'ils avaient imprimé déjà.

Je vous serais fort reconnaissant, Monsieur, si vous vouliez bien faire connaître ce qui précède à vos lecteurs, et agréer l'assurance de mes sentiments très distingués.

Professeur Ch. Robin.

Association française pour l'avancement des sciences. — Nous avons annoncé, dans notre n° 18, que l'Association tiendra sa treizième session à Blois, du 4 au 11 septembre. Nous ajoutons les renseignements suivants :

Le Comité local de Blois, outre ses membres honoraires (préfet, évêque, etc.), comprend un *bureau* ainsi composé : *Président d'honneur :* M. le docteur Dufay, ancien maire de Blois. — *Président :* M. le docteur Lunier, membre de l'Académie de médecine. — *Vice-présidents :* MM. Arnould, membre de l'Association, à Blois; Hu, membre de la Société asiatique, à Pont-Levoy; de Nadaillac, membre fondateur de l'Association; de Rochambeau, ancien président du Congrès archéologique du Vendômois. — *Secrétaire général :* M. Ludovic Guignard, vice-président de la Société d'histoire naturelle de Loir-et-Cher. — *Secrétaire général adjoint :* M. le docteur Doutrebente, vice-président de la Société des sciences et lettres de Loir-et-Cher. — *Secrétaires :* MM. Bonnis, professeur de sciences au collège de Blois; Caron, vice-secrétaire de la Société des sciences et lettres de Loir-et-Cher; Humbert, ingénieur des ponts et chaussées, à Blois. — *Trésorier :* M. Charrier, ancien maire de Blois. — *Trésorier adjoint :* M. Badaire, trésorier de la Société des sciences et lettres de Loir-et-Cher, à Blois.

Commission de rédaction et de propagande. — MM. de Rochas d'Aiglun; Louis Belton; Bournon; Mancel; Marsault; les Rédacteurs; Caron, *secrétaire*.

Commission d'installation et des logements. — MM. le maire de Blois; Beau, architecte; Dufresné, architecte; Estribaud, conseiller municipal; Ernest Petit, avocat; Poupard, architecte; Paul Rousset, manufacturier; Bonnis, *secrétaire*.

Hôpitaux et hospices en France. — Ces deux sortes d'établissements réunis sont au nombre de 1580. En province, un grand nombre des lits qu'ils renferment sont vides. A Paris, ils sont en nombre insuffisant; mais il n'en serait pas ainsi, ou tout au moins le déficit serait très faible, si l'on n'y admettait jamais de maladies chroniques. D'un autre côté, les lits d'hospices, au nombre de 8284, ne suffisent pas à leur destination spéciale; le nombre des vieillards inscrits qui attendent leur entrée est de plus de 2000. Le Conseil municipal leur fait distribuer des secours (1 franc par jour) par les bureaux de bienfaisance; avec ce secours la charge reste encore trop lourde pour la famille. Quelques personnes demandent qu'on évacue les vieillards, les infirmes sur les établissements de province; mais d'abord l'administration craint que cet exil loin de la famille ne leur soit trop pénible et ne les prive, en outre, des petits soulagements qu'ils pourraient en recevoir. Aussi l'Assistance publique s'occupe-t-elle de créer des hospices aux environs de Paris, et elle a acquis récemment, dans ce but, le château de Boissy-Saint-Léger, près de Vincennes. En outre, le prix du séjour en province est souvent beaucoup plus élevé qu'on ne le pense. A Alise-Sainte-Reine, on a demandé à l'Assistance publique 3 fr. 50 par jour et par tête pour admettre dans l'hospice des malades et des convalescents de Paris, tandis qu'à Paris même le prix de séjour n'est que de 2 fr. 80.

Vaccination obligatoire en Portugal. — Nous lisons dans le journal *Baixo-Amazonas*, qui se publie à Santarem, un avis concernant des vaccinations publiques confiées au docteur A.-J. Gomez do Amaral, et rappelant des articles de lois munici-

pales condamnant à une amende de dix mille reis (1000 reis = 5 fr. 5555), les curateurs, tuteurs, maîtres qui ne présentent pas à la vaccination les personnes qu'ils ont à leur charge, et à une amende de vingt mille reis les personnes vaccinées qui ne se présentent pas au vaccinateur huit jours après l'opération pour en faire constater le résultat.

Nouvelle École de médecine. — Les travaux de gros œuvre du nouveau bâtiment de l'Ecole de médecine sont aujourd'hui complètement terminés en ce qui concerne les constructions que l'on devait élever en bordure sur la rue Hautefeuille et sur le boulevard Saint-Germain.

On peut dès maintenant, en visitant la nouvelle construction, avoir une idée exacte des conditions dans lesquelles se trouveront bientôt réorganisés les services de l'Ecole de médecine. Ce sera, d'ailleurs, un bouleversement complet.

La bibliothèque elle-même sera déplacée; elle sera transférée dans le corps de bâtiment du boulevard Saint-Germain, et la vaste salle qu'elle occupe actuellement sera aménagée pour devenir la salle des thèses.

L'administration, aujourd'hui éparpillée dans tous les coins de la vieille Ecole, sera centralisée dans les bâtiments situés sur la place Larrey et sur la rue de l'Ecole-de-Médecine.

A l'autre extrémité de l'Ecole, c'est-à-dire dans les bâtiments qui s'élèveront en bordure sur la rue Hautefeuille, seront installées les salles des examens et les services dépendant de cette partie de l'enseignement.

Dans ce même quartier de la nouvelle Ecole on installera les laboratoires pour la chimie et la pharmacologie.

Une cour couverte sera exclusivement réservée aux expériences. Non loin de là se trouve le grand amphithéâtre, qui sera un des plus vastes de Paris.

La physique occupera le premier étage, où se trouveront également un second amphithéâtre et les galeries d'anatomie.

Étuves publiques de désinfection. — Nous avons annoncé la création de dépôts mortuaires ou *dépositoires* dans les cimetières de Paris. Ces dépôts, dont un s'élève au Père-Lachaise, seront munis d'appareils à désinfection, qui ne serviront pas seulement en cas de décès, mais seront encore livrés au public pour la désinfection des vêtements et objets de literie des malades.

L'Assistance publique possède actuellement dix étuves : trois à l'hôpital Saint-Louis, et une dans chacun des hôpitaux ci-après : *Saint-Antoine*, *Bichat*, *Accouchements*, *Trousseau*, *des Enfants*, *Laennec* et *Tenon*. Ces étuves sont à gaz, sauf deux (à Saint-Louis) qui sont à gaz.

Ces installations forment, avec la création des voitures de transport pour les malades atteints de maladies contagieuses, un ensemble de dispositions dont la population parisienne doit savoir un gré particulier à plusieurs de nos hygiénistes, tels que MM. Pasteur, Léon Colin, Vallin, Vidal, etc.

Hospice national des Quinze-Vingts. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un chef de clinique à la clinique nationale ophthalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts. Le titre de docteur en médecine est exigé. MM. les candidats sont priés de s'inscrire tous les jours non fériés de dix heures à quatre heures, au secrétariat de l'hospice, rue de Charenton, 28, où il leur sera donné tous les renseignements nécessaires. Ils remettront, à l'appui de leur demande, leur diplôme de docteur et leur extrait de naissance. Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au 15 juin 1884.

— Une subvention de 2500 francs a été votée par le Conseil municipal en faveur de la clinique nationale ophthalmologique instituée à l'hospice des Quinze-Vingts.

Concours. — L'Académie de médecine de Belgique vient de mettre au concours les deux questions suivantes :

1° Déterminer expérimentalement l'influence que la dessiccation, employée comme moyen de conservation, exerce sur les médicaments simples du règne végétal. Le prix est d'une valeur de 600 francs. Les travaux doivent être envoyés avant le 1er juillet 1885.

2° Action physiologique des soustractions sanguines tant locales que générales, leurs indications et contre-indications dans le traitement des maladies. La valeur du prix est de 1500 francs. Le concours sera clos le 31 décembre 1885.

Élection. — Le lundi 2 juin, il sera procédé, dans une des salles de la mairie du XVIe arrondissement, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

Nécrologie. — On nous annonce la mort de M. le docteur Bergonié, médecin à la Brède (Gironde); — de MM. les docteurs Sarzaud, ancien chirurgien de 1re classe de la marine; Allen Thompson, professeur de physiologie à l'Université d'Edimbourg; Lalanne, député de Libourne; Aubergier, professeur à la Faculté des sciences de Clermont.

— M. le docteur Mary Durand, rédacteur en chef du *Courrier médical*, vient d'avoir la douleur de perdre son frère, M. le docteur Edmond Durand, âgé de cinquante-sept ans.

Légion d'honneur. — Par décret en date du 5 mai, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. le docteur Rey, médecin en chef de la marine; le docteur Driout, médecin principal de 2e classe de l'armée de terre.

Au grade de chevalier : MM. le docteur Ségard, médecin de 1re classe de la marine; le docteur Lecotte, médecin-major de 2e classe.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Farganel, délégué dans les fonctions de préparateur du cours d'anatomie pathologique, est nommé pour deux ans préparateur dudit cours.

Faculté des sciences de Besançon. — M. le docteur Phisalix, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de zoologie et de botanique en remplacement de M. Jégo, démissionnaire.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 29 avril, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. les docteurs Aubry, Weiss, Gueilliot.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe : MM. les docteurs François, Stœber, Nau, Regnier, Febvré, Laurent, Meunier, Dorveaux, Reibel, Vesseaux, Dechoudans, Duvernoy, Geoffroy.

Au grade de pharmacien aide-major de 1re classe : M. Julhe.

— Par décret en date du 29 avril, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. les docteurs Hergott, Moret, Demange, Paul Berger, Pozzi.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe : MM. les docteurs Leclerc, Crucis, Spiral, Baux, Carion, Seuvre, Bœckel, Gremel, Cartaz, Cabasse, Lelorrain, Bonnet, Champy, Richard, Wittmann, Lévêque, Bancel, Necquard, Solmon, Grollemund, Peltier, Guesliot, Courtet, Liégeois, Beugnon, Michaut, Labache, Dehenne, Lapierre, Fagart, Planteau, Michel, Chatelin, Moulard, Métras, Grellot, Guérin, Guillaume, Teissier, Chavanis, Descouts, Fustier, Graux, Amodru, Gervais, Chouppe, Deffaux, Thorens, Goy, Gaillard.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe : M. Debionne.

Au grade de pharmacien aide-major de 1re classe : MM. Calloud, Bardel, Malard, Poulet, Chateau, Gallard, Tailleur.

Corps de santé de la marine. — Ont été promus ou nommés dans le corps de santé de la marine, après concours :

Au grade de médecin de 2e classe : MM. Bédart, Laborde, Le Moyne, Bourrée, Claveric, Huas, Mazet, Le Cuziat, Bizardel, Dédet, Le Gac, Thomas, Ménier, Jarri, Babot.

Au grade d'aide-médecin : MM. les étudiants : Guillot, Bou, Benon, Marloy, Le Guen, Durand, Malespine, Bouyssou, Lefèvre, Pinard, Morel, Imbert, Pierron, Coppin, Angier, Ribes.

Hôpital Saint-Louis. — M. le docteur Lailler commencera à l'hôpital Saint-Louis, dimanche prochain, 11 courant, à neuf heures précises du matin, une série de conférences pratiques sur les teignes, au point de vue surtout de l'inspection des écoles; il les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Gynécologie. — M. le docteur Apostoli commencera ses conférences cliniques, avec exercices pratiques, rue du Jour, 19 (aux Halles), le samedi 10 mai, à trois heures, pour les continuer les samedis suivants, à la même heure.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 15 mai 1884.

L'histoire de la tuberculose expérimentale selon M. Koch.

M. le docteur Koch vient de publier dans les *Communications de l'Office sanitaire impérial* (1) un remarquable mémoire sur l'étiologie de la tuberculose. Ce long et important document, à la valeur duquel nous nous plaisons à rendre l'hommage qui lui est dû, résume l'ensemble des travaux de l'auteur sur le bacille tuberculeux, sur sa détermination dans les différentes formes de la maladie chez l'homme et les animaux, sa culture, son inoculation, et enfin ses rapports avec l'étiologie de la tuberculose. Nous n'avons pas l'intention de rendre compte de ces recherches, ni de faire valoir leur mérite; elles ont eu assez d'éclat, et obtenu ici, comme de l'autre côté du Rhin, assez d'éloges pour pouvoir se passer des nôtres. Aussi bien M. Koch paraît plus jaloux de la réputation de ses compatriotes que de la sienne, et nous louerions volontiers ce sentiment qui l'honore si l'amour-propre national ne parlait dans certaines parties de son œuvre plus fort que l'amour de la vérité, l'amour de la justice.

Ce n'est pas, en effet, une satisfaction sans mélange que nous avons éprouvée à la lecture de ces beaux travaux, et c'est même sous une impression pénible que nous avons fermé ce livre, où l'auteur a consigné des documents si lucides sur le développement et la propagation de la tuberculose, mais où sciemment et à dessein il a embrouillé l'évolution d'une question qui occupe une si large place dans la médecine contemporaine.

Il y a quelques mois, le corps médical de Paris, s'inspirant d'un sentiment qui honore ces dignes représentants de la science médicale française, a fait une solennelle et significative ovation à l'initiateur de la tuberculose expérimentale. Il paraît que M. le professeur Villemin ne méritait pas un tel honneur, et que c'est bien à tort que depuis dix-sept ans la France, l'Allemagne, le monde entier lui attribuent la découverte du plus grand fait médical des temps actuels. C'est M. Koch qui se charge de signaler au public cette erreur, et c'est par cette rectification qu'il entre en matière : « Des tentatives isolées, incomplètes et restées sans résultat furent faites dès la fin du siècle dernier pour reproduire expérimentalement la tuberculose. Les premières expériences suivies de succès datent de Klenke, qui, au moyen de l'inoculation de tubercules miliaires et infiltrés, pratiquée par injection de ces masses dans la veine jugulaire du lapin, obtint une tuberculose généralisée des poumons et du foie. *Klenke doit donc être considéré comme l'inventeur* (*der Entdecker*) *de la tuberculose expérimentale.* Il n'a pas poursuivi ses recherches, qui tombèrent presque dans l'oubli. Villemin, au contraire, a travaillé la tuberculose expérimentale suivant un plan plus large et avec plus de profondeur (*Planmässiger und Grundlegender Weise*). »

Il n'y a pas à s'y méprendre : Klenke est le fondateur de la doctrine nouvelle; M. Villemin n'a que le mérite de l'avoir fécondée et exploitée avec une méthode meilleure que celle de son prédécesseur. C'est une prise de possession en règle, une revendication formelle qui ne saurait nous laisser indifférents.

Sur quoi se fonde-t-on pour susciter ce prédécesseur à M. Villemin? Quels sont donc les droits de ce prétendu rival, que sont ces recherches que l'on exhume tout à coup de la poussière pour les besoins de la cause? Nous allons les mettre intégralement sous les yeux du lecteur.

Dans un petit volume publié en 1843, où il a consigné plusieurs expériences et observations dans le domaine de l'anatomie, de la physiologie et de la micrologie, Klenke a consacré un paragraphe — bien restreint — à la tuberculose. Partant de cette idée, amenée par de longs développements, que la contagion se produit par des *cellules demi-individuelles*, il range parmi celles-ci les cellules carcinomateuses, tuberculeuses, mélanotiques, les cellules des verrues, de l'ozène, du coryza, du charbon, de la rage, etc., etc. Puis, après avoir mentionné, dans un long paragraphe, le développement de tumeurs carcinomateuses secondaires, loin de la

(1) *Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte*, herausgegeben von Struck. 2ter Bande. Berlin, 1884.

tumeur première, le développement même du carcinome à la suite de l'inoculation faite par lui, chez le chien, le chat, il consacre quelques lignes, que nous traduisons littéralement, à la tuberculose : « Les cellules tuberculeuses se comportent comme les cellules cancéreuses; elles sont susceptibles d'être transplantées. Une expérience démonstrative de ce fait est la suivante : des cellules tuberculeuses préparées préalablement et montrées à mes assistants sous mon appareil de Shiek furent introduites dans la veine jugulaire d'un lapin, qui, sacrifié six semaines après, présenta une tuberculose étendue du foie et du poumon. Ce lapin servit ensuite à inoculer une corneille, mais sans que l'on espérât ni qu'on obtînt quelque résultat. » Après quoi l'auteur ferme son alinéa et passe à la transplantation des cellules de la mélanose, du molluscum contagiosum, etc., sans revenir le moins du monde à la question de la tuberculose.

C'est sur cette simple mention de huit lignes à peine que se fonde l'assertion de M. Koch. Une découverte réelle peut sans doute tenir en quelques mots, mais elle occupe assurément une grande place dans la pensée de son auteur. Comment admettre que Klenke a senti la portée du résultat obtenu, puisqu'il lui attribue la même signification qu'à la transplantation des cellules cancéreuses d'un point de l'organisme à l'autre, puisque ce résultat ne provoque chez lui ni réflexion ni recherches ultérieures, qu'il est tout aussitôt oublié par lui-même, méconnu par ses contemporains, et qu'il reste ignoré par ses successeurs? Quelle distance entre cette expérience rudimentaire, perdue entre des inoculations de carcinome et de mélanose, et les imposants travaux sur lesquels Villemin a fondé la doctrine nouvelle, ces recherches mémorables, conçues et exécutées avec une sagacité, une rigueur, une précision auxquelles les successeurs ont peu ajouté! Une expérience à peine ébauchée, et dont le résultat reste lettre close pour son auteur, méritait à peine une mention dans un long historique; elle a paru suffisante à M. Koch pour attribuer à Klenke un titre de gloire dont il exproprie sans autre forme de procès le médecin français. N'y a-t-il pas lieu d'être surpris qu'à l'époque où, en Allemagne comme ailleurs, on s'efforçait de démontrer la banalité des lésions tuberculeuses et d'amoindrir la portée des faits découverts par M. Villemin, personne n'ait songé à mettre en avant le nom de Klenke, et que ce dernier soit tout à coup proclamé fondateur de la doctrine nouvelle le jour où elle s'impose enfin à tous? Tout d'abord on conteste le fait, du moins on lui dénie la signification que lui assigne son auteur; puis, quand il finit par triompher de toutes les oppositions, on découvre qu'il n'est pas nouveau, et on cherche à égarer le jugement de l'histoire. Hâtons-nous d'ajouter que M. Koch paraît être seul de ses compatriotes à traiter avec ce parti pris l'histoire contemporaine. Parti pris... le mot n'est certes pas excessif, car, si l'on doutait encore des intentions de l'auteur, il suffirait de lire ce passage que nous relevons dans les conclusions de son mémoire : « L'étiologie de la tuberculose, telle qu'elle vient d'être développée d'après nos connaissances sur le bacille tuberculeux, constitue à peine en soi quelque chose de nouveau. Déjà avant la découverte du bacille, *Cohnheim avait conçu la tuberculose comme une maladie infectieuse*, et établi son étiologie d'après ce point de vue. » Nous reconnaissons volontiers, avec M. Koch, que la découverte du bacille, tout importante qu'elle est, constitue un fait secondaire après la démonstration de la virulence de la maladie. Mais, relativement au deuxième point, n'avons-nous pas lieu d'être surpris de voir cette fois Klenke dépossédé à son tour au profit de M. Cohnheim? Ce ne sont plus les droits du premier que l'on oppose à ceux de M. Villemin, c'est à M. Cohnheim que M. Koch adjuge décidément les dépouilles du médecin français. Le professeur de Leipzig est assez riche de ses propres œuvres pour n'avoir pas à accepter de dons gratuits, et il doit se sentir quelque peu gêné du gracieux procédé de son compatriote, lui qui écrivit en 1881, en tête de son travail sur la tuberculose (1), ces paroles, qui sans doute en Allemagne ont autant de poids que celles de M. Koch : « A cette époque, il se fit en France une découverte, de laquelle, si je ne me trompe, l'historien de la tuberculose devra faire dater, non seulement un incomparable progrès, mais une révolution profonde de nos idées dans ce domaine. Il y a, en effet, peu de découvertes qui passionnèrent autant les médecins que la démonstration par Villemin de la transmissibilité de la tuberculose. »

M. Cohnheim a, pendant de longues années, combattu les doctrines de Villemin. Toutefois, cherchant la vérité sans parti pris, il a abjuré son erreur dès qu'il en fut convaincu, et il a proclamé sa conversion avec une loyauté qui l'honore autant que ses titres scientifiques. Mais, pour s'être rallié enfin au dogme nouveau, a-t-il des droits au titre de novateur? Il ne songe guère à les revendiquer, M. Koch seul y pense.

La démonstration de la virulence de la tuberculose est faite depuis 1865; ce sont les compatriotes de M. Koch qui l'avaient défaite, et M. Cohnheim a eu le mérite de leur montrer qu'ils s'étaient trompés. Nous n'avons pas la prétention de montrer à M. Koch que lui aussi se trompe; ce soin est superflu; il sait à quoi s'en tenir sur l'histoire de la tuberculose. Sa passion contre ceux qui honorent la science française a seule pu lui inspirer les insinuations que nous avons relevées dans cette note; elles n'en imposeront pas à ses lecteurs, car elles sont contraires à la justice, à la vérité, à l'évidence même.

M. Villemin, fort de son droit, comme autrefois il était fort de la vérité de sa découverte, M. Villemin ne s'émeut guère de ces tentatives d'annexion germanique, et s'il en était autrement, il se consolerait à la pensée que le trait qui devait l'atteindre a déjà passé sur une tête illustre entre toutes. Il n'a pas oublié que, dans une circonstance récente, M. Koch n'a pas craint de diriger des attaques aussi injustes que violentes contre une des gloires les plus incontestées et les plus incontestables de la France : après M. Pasteur, M. Villemin, voilà la morale de l'histoire de la tuberculose expérimentale suivant M. Koch.

KELSCH.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pharmacologie.

DES FERMENTS DIGESTIFS ET DE LEURS PRÉPARATIONS PHARMACEUTIQUES, par M. Pierre VIGIER.

(Suite. — Voyez le numéro 19.)

Réaction nitrique. — On a donné comme un des caractères de la transformation complète en peptone, la propriété qu'ont les liqueurs peptonisées de ne plus troubler par l'ébullition; cette réaction n'est nullement caractéristique, car des solutions de matières albuminoïdes ayant subi seulement

(1) *Die Tuberculose vom Standtpunkte der Infectionslehre.*

un commencement de transformation ne se troublent plus par la chaleur, quoique précipitant abondamment par l'acide azotique.

D'autres caractères, appartenant à la peptone, tels que la coloration par le sulfate de cuivre, la précipitation par l'alcool, le tannin et divers sels, sont également communs aux matières albuminoïdes incomplètement transformées. Le seul caractère qui indique d'une manière précise que la digestion est complète, est l'absence de tout précipité ou trouble par l'addition d'acide azotique.

C'est donc cette réaction que nous proposons, à l'exclusion de toute autre qui pourrait amener une illusion sur la valeur des pepsines insuffisantes. Lorsque la pepsine en essai est très mauvaise, le précipité par l'acide nitrique se montre de suite et est abondant; d'autre part, lorsqu'une pepsine n'a pas le titre voulu, mais ne s'en éloigne pas trop, la réaction nitrique ne se montre qu'après l'addition de trente à quarante gouttes d'acide, et il arrive même parfois qu'un excès d'acide peut redissoudre le précipité. L'addition en bloc d'acide en excès pourrait, dans ce cas-là, masquer la réaction; je conseille donc d'employer une quantité fixe de 10 centimètres cubes de liqueur à essayer, et d'ajouter l'acide goutte à goutte jusqu'à un maximum de quarante gouttes; s'il se produit un trouble dans la liqueur, on en conclura que la pepsine essayée n'a pas le titre demandé.

Température. — La température recommandée dans l'essai ci-dessus est celle de 50 degrés centigrades; elle s'éloigne sensiblement de la température de l'estomac, mais, comme je l'ai dit plus haut, les conditions d'une digestion artificielle sont très différentes de celles de la digestion naturelle : on ne s'étonnera donc pas de nous voir adopter, avec la Société de pharmacie de Paris, la température de 50 degrés. On peut, il est vrai, obtenir des digestions à 45 degrés, et même à 40 degrés, avec des pepsines d'un titre très élevé; mais celle de 50 degrés est celle qui nous a donné les meilleurs résultats.

Durée de l'essai. — La durée de l'essai est fixée à six heures, au lieu de douze, comme l'indiquait l'ancien Codex. Cette réduction de temps rendra les essais plus pratiques et, par suite, plus fréquents; nous sommes surpris qu'elle n'ait pas été adoptée plus tôt; il est, en effet, très facile d'obtenir de bonnes digestions en six heures; il suffit pour cela d'employer deux fois plus de pepsine ou une pepsine deux fois plus forte. Cette durée est, du reste, plus en rapport avec celle de la digestion normale. C'est sans doute à cause de la longueur de l'essai de douze heures, que l'essai par l'albumine, tout imparfait qu'il est, a été préconisé dans divers pays. Nous pensons que l'essai par la fibrine étant limité à six heures, il sera exclusivement adopté à cause de sa plus grande précision.

Comme ces essais se font dans un temps relativement court, nous conseillons de les faire dans un bain-marie à eau qui maintient une température bien plus uniforme que l'étuve à air; cette dernière, en effet, m'a donné souvent des résultats défectueux.

Titre de la pepsine. — Quel que soit le mode de préparation adopté, la pepsine obtenue possède un pouvoir digestif variable suivant diverses causes, telles que : la nature de l'animal employé — veau, mouton ou porc —, son état de santé et la quantité de sa nourriture au moment où il a été abattu. Il est donc nécessaire, pour avoir un médicament d'un pouvoir digestif uniforme, de ramener toutes les pepsines à un même titre. Pour cela, après avoir titré une pepsine, on l'additionne d'une substance inerte, — amidon ou dextrine, — de manière à l'amener au titre voulu. Les titres que j'ai proposés et qui ont été adoptés par la Commission du nouveau Codex sont les suivants : La *pepsine en poudre* devra pouvoir transformer en peptone, dans les conditions d'essai ci-dessous indiquées, 10 grammes de fibrine lavée et essorée, à la dose de 50 centigrammes, c'est-à-dire vingt fois son poids; c'est cette pepsine ainsi titrée que nous appelons *pepsine médicinale en poudre.* La pepsine extractive devra transformer en peptone, dans les mêmes conditions d'essai, 10 grammes de fibrine à la dose de 20 centigrammes, soit cinquante fois son poids. Sous le nom de *pepsine extractive* nous désignons la pepsine appelée dans le Codex de 1866 « *pepsine officinale* » et que l'on trouve dans le commerce sous la forme d'un extrait brunâtre.

Les titres demandés sont évidemment plus élevés que ceux actuellement en usage, mais ils n'ont rien d'excessif et sont au contraire plus en rapport avec les progrès de la fabrication que les titres précédemment exigés. Si nous les demandons, c'est que nous avons pu nous convaincre que l'on trouvait, dès à présent, dans le commerce, des pepsines répondant au titre nouveau. Nous en avons même trouvé une, la pepsine Boudault, dont le pouvoir digestif est deux fois plus élevé que celui que nous proposons pour la pepsine médicinale.

Fibrine. — On peut employer, dans les essais, de la fibrine de mouton, de porc ou de veau. Ces trois sortes de fibrines demandent le même temps pour leur transformation en peptone. On ne devra pas employer la fibrine de bœuf, dont les filaments sont plus volumineux et plus lentement attaqués par la pepsine.

Dans un but pratique, nous allons rappeler la préparation de la fibrine, qu'il est facile, aujourd'hui, de se procurer dans les plus petites villes :

Battez vivement du sang chaud avec un balai d'osier; la fibrine s'attache aux branches du balai en filaments d'autant plus fins que le battage aura été plus vif; lavez la à grande eau, que l'on renouvellera de temps en temps en exprimant chaque fois la fibrine jusqu'à ce qu'elle soit entièrement décolorée, ce qui demande quatre à cinq heures. Au moment de l'employer, on doit bien l'essorer en la pressant dans un linge, puis en séparer les poils qui l'accompagnent et les gros morceaux de fibrine qu'un battage incomplet aurait laissés au milieu des filaments. La fibrine doit être essorée seulement au moment de l'employer; si elle reste quelque temps exposée à l'air libre, elle se dessèche rapidement et devient alors, ainsi que nous l'avons déjà constaté pour l'albumine coagulée, plus ou moins réfractaire à l'action de la pepsine. Lorsque l'on a de fréquents essais à faire, on peut conserver la fibrine dans la glycérine. Dans ce cas, avant de l'employer, on devra la laver à grande eau pour enlever toute trace de glycérine. Mais, comme la fibrine ainsi conservée donne, après un court espace de temps, des digestions moins nettes, il est préférable d'employer la fibrine fraîche.

Acide. — La pepsine n'agit que dans un milieu acide. Tous les acides ne se comportent pas de même en présence de la pepsine. Parmi les acides usuels, les acides lactique et sulfurique nous ont donné d'assez mauvaises digestions. Les acides phosphorique et chlorhydrique donnent des digestions franches. D'accord avec l'usage, nous donnons la préférence à l'acide chlorhydrique, qui est l'acide normal du suc gastrique.

Eau acidulée. — Pour me rendre compte des meilleures proportions d'eau et d'acide à employer dans les digestions, j'ai pris une pepsine médicinale exactement titrée à 50 centigrammes, et j'ai fait, avec une quantité uniforme de 50 centigrammes de cette pepsine, une série de digestions de 10 grammes de fibrine, en employant des quantités variables d'eau acidulée avec 6, 8, 10, 12, 15 pour 1000 d'acide chlorhydrique à $D = 1,18$. Il résulte de ces essais que l'on a de bonnes digestions en employant indifféremment de l'eau acidulée à 8, 10, 12 pour 1000, mais que les digestions sont de moins en moins bonnes à mesure que l'on s'éloigne de ces proportions. Les digestions avec de l'eau à 10 pour 1000 m'ont

paru les plus franches; c'est donc cette proportion que je conseille d'adopter.

Influence de la dilution des liqueurs. — Il résulte aussi de mes essais que la quantité plus ou moins grande d'eau acidulée employée a une importance considérable. Si, pour 10 grammes de fibrine, on n'emploie que 30 grammes d'eau acidulée à 8 ou 10 pour 1000, la digestion se fait très imparfaitement, et on a un précipité par l'addition d'acide nitrique après les six heures de digestion; si l'on en met 40 grammes, la digestion est encore incomplète; si l'on emploie 50 grammes d'eau acidulée, la digestion est meilleure, mais l'acide nitrique produit encore un léger trouble. Si enfin on emploie 60 grammes d'eau acidulée, la digestion est parfaite.

Ces expériences, que j'ai répétées plusieurs fois, m'ont conduit à proposer la proportion de 60 grammes d'eau acidulée à 10 pour 1000 pour les essais avec 10 grammes de fibrine.

Importance des conditions de l'essai. — L'influence de la dilution plus ou moins grande des liqueurs sur le résultat des essais montre combien il est important d'en bien fixer les conditions pour avoir une base de comparaison et un titre uniforme. Dans les essais de pepsine on devra non seulement observer strictement les quantités d'eau et d'acide indiquées, mais aussi les conditions de durée et de température; si, en effet, la durée est inférieure à six heures, la digestion pourra n'être pas complète; si elle était prolongée au delà de six heures, on pourrait avoir une bonne digestion avec une pepsine d'un titre moins élevé. Il en est de même de la température; si elle est maintenue au-dessous de 50 degrés, la digestion pourra être moins bonne; de 52 à 54 degrés, le résultat ne sera pas plus satisfaisant, et au delà de 60, la digestion pourra être annulée.

Influence de la peptone sur les digestions. — Nous venons de voir que la dilution des liqueurs favorisait les digestions artificielles; cela peut être attribué en partie à ce que les liqueurs étendues favorisent d'une manière générale la dissolution des corps, mais surtout à ce que, dans les liqueurs étendues, la peptone qui se produit, étant plus diluée, nuit moins à la digestion artificielle. Nous avons voulu nous assurer de la valeur de cette opinion, et nous rendre compte de l'influence des peptones sur la digestion; pour cela, nous avons fait des digestions de 10 grammes de fibrine dans 60 grammes d'eau acidulée, avec 50 centigrammes de pepsine médicinale par essai.

Dans le flacon n° 1 nous avons ajouté : 1 gramme de peptone sèche pure : digestion mauvaise.

Flacon n° 2. — Addition de 2 grammes de la même peptone : digestion très imparfaite.

Flacon n° 3. — Addition de 4 grammes : digestion presque nulle.

Flacon n° 4. — Flacon témoin, sans addition de peptone : digestion parfaite.

La présence des peptones nuit donc à la digestion. Dans l'estomac, les peptones sont éliminées à mesure de leur formation; de là, digestion facile. Au contraire, cette élimination des peptones ne peut avoir lieu dans les digestions artificielles, ce qui empêche de les faire, dans les mêmes conditions de liquide, de température et d'acidité que la digestion normale.

L'action d'une pepsine n'est pas limitée à son titre. — Pendant mes essais sur l'influence de la dilution des liqueurs, j'ai fait une expérience qui m'a paru très intéressante :

Je prends une pepsine titrée exactement à 50 centigrammes et je fais avec cette pepsine une première digestion de 10 grammes de fibrine en six heures, à 50 degrés, dans 60 grammes d'eau acidulée à 10 pour 1000. Après six heures, j'essaye quelques gouttes de la liqueur qui ne donne aucun trouble par l'acide azotique; la digestion est donc complète. J'ajoute à la liqueur, sans la filtrer, une nouvelle quantité d'eau acidulée, soit 60 grammes et 10 grammes de fibrine, *mais sans ajouter de pepsine*, et je fais une seconde digestion. Après six heures, la liqueur filtrée ne précipite pas par l'acide azotique. J'ajoute de nouveau, à la liqueur non filtrée, 60 grammes d'eau acidulée et 10 grammes de fibrine. Après une troisième digestion de six heures, l'acide azotique ne donne naissance à aucun précipité dans la liqueur filtrée. Je fais une quatrième digestion dans les mêmes conditions, et, après six heures, j'obtiens une digestion presque complète, qui ne donne qu'une légère opalescence avec l'acide azotique.

Je m'arrête là. J'ai donc pu, avec 50 centigrammes seulement d'une pepsine titrée à 50 centigrammes, c'est-à-dire reconnue ne pouvoir digérer 10 grammes de fibrine à une dose inférieure à 50 centigrammes, obtenir successivement quatre fois la digestion de 10 grammes de fibrine, soit 40 grammes. Cette expérience, que j'ai plusieurs fois reproduite, semblerait confirmer que l'accumulation des peptones dans les digestions artificielles est la cause qui s'oppose à une action plus grande de la pepsine, et que, dès que la peptone produite est diluée, la pepsine reprend son action dans une limite assez étendue.

Cette expérience pourrait peut-être aussi laisser supposer que la pepsine agit à la manière des ferments vivants. Quoi qu'il en soit, il paraît démontré que l'action d'une pepsine n'est pas limitée à la quantité de fibrine que son titre représente, ce qui explique l'action thérapeutique de doses relativement minimes de pepsine; de là aussi la preuve que, pour bien digérer, il est nécessaire de boire suffisamment pendant les repas.

(*A suivre.*)

Pathologie interne.

Paralysie radiale. — Théorie de la compression, par M. A. Joffroy, médecin de Bicêtre.

Je me propose, dans cette communication, de confirmer la théorie de la compression, telle qu'elle a été établie par M. Panas pour expliquer le développement de la paralysie radiale.

J'espère démontrer que, même dans des cas en apparence favorables à la théorie rhumatismale, c'est encore la compression du nerf radial qui est la cause des accidents.

Enfin j'indiquerai les circonstances, très rares à la vérité, où, contrairement à une assertion énoncée sous une forme trop absolue par M. Panas, le triceps brachial, ou plus exactement le vaste interne du triceps brachial, peut être affaibli.

I. — On n'a pas encore oublié que la paralysie du nerf radial était généralement réputée de nature rhumatismale, lorsqu'en 1871 M. Panas démontra que « dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire toujours, la paralysie idiopathique du nerf radial reconnaissait pour cause une compression légère et temporaire du tronc nerveux (1) ».

« Un fait constant dans cette paralysie, écrit-il dans ce mémoire, et qui ne souffre pas d'exception, consiste dans la limitation de celle-ci en un point invariablement le même du tronc nerveux compris entre le lieu d'émergence des filets du triceps brachial et ceux du long supinateur. Aussi le premier de ces deux muscles échappe toujours à la paralysie, tandis que le dernier en est toujours atteint, en même temps que les autres muscles de l'avant-bras animés par le nerf radial. »

Plus loin, l'auteur, indiquant les circonstances dans les-

(1) Panas, Mémoire lu à l'Académie de médecine dans la séance du 21 novembre 1871 : *De la paralysie réputée rhumatismale du nerf radial.*

quelles la paralysie radiale se développe ordinairement, insiste sur les particularités suivantes : en général, le sujet est endormi, il dort d'un sommeil lourd consécutif soit à l'ivresse, soit à une grande fatigue, et comme le plus souvent il est couché sur le côté droit, c'est de ce côté qu'a lieu la compression du nerf et consécutivement la paralysie.

Les considérations anatomiques et physiologiques présentées par M. Panas, et les observations cliniques rapportées dans son mémoire ont profondément modifié l'opinion généralement adoptée sur la nature rhumatismale de cette paralysie, et il est à remarquer qu'aucune contradiction ne s'est manifestée depuis que M. Vulpian, dans une communication faite en 1882 à l'Académie de médecine, s'est rallié à la théorie de la compression. Mais ce serait une illusion de croire que cette doctrine ne compte plus que des partisans. Sans doute la plupart des médecins acceptent bien aujourd'hui qu'il s'agit de compression dans les cas bien nets; mais, que la cause de compression soit moins évidente, la paralysie du nerf radial sera de suite attribuée au rhumatisme ou au froid.

Certains faits, du reste, paraissent tout d'abord conformes à cette interprétation. Telle est par exemple une observation de Duchenne (de Boulogne) que nous rapportons ici pour ce motif et aussi parce qu'elle renferme des détails sur lesquels nous devrons revenir dans un instant.

Obs. — Mme Marshall, blanchisseuse et concierge, âgée de quarante-sept ans, n'a jamais eu de douleurs névralgiques dans les membres, n'a pas été exposée à l'intoxication saturnine, n'a pas eu de coliques ou de constipation. Elle n'est pas sujette à des attaques d'hystérie. Elle habitait depuis trois mois un logement humide, quand, s'étant endormie un soir, assise sur sa chaise, les bras nus et croisés sur la poitrine, elle se réveilla avec un engourdissement des doigts de la main droite; son poignet tombait sans qu'il lui fût possible de le relever. Les doigts étaient paralysés. Elle n'avait aucune douleur, mais elle éprouvait des fourmillements et des engourdissements dans les doigts du côté paralysé, la sensibilité de la peau était diminuée à l'avant-bras et le sens du toucher perdu (1).

Duchenne (de Boulogne) voit là un exemple indiscutable de paralysie *a frigore*. La malade n'appuyait pas la tête sur le bras, elle dormait assise sur une chaise, les bras nus et croisés sur la poitrine, et par conséquent on ne pouvait, d'après Duchenne, incriminer que le froid ou le rhumatisme.

On verra plus loin ce qu'il faut penser de cette interprétation.

A la page suivante du livre de Duchenne, on trouve une autre observation à peu près semblable, quoique moins explicite, et d'autres exemples analogues ont été publiés.

Mais j'ai observé un fait peut-être plus frappant au point de vue de l'absence apparente de toute cause de compresion, et c'est du reste la relation de ce cas qui est le point de départ de cette note.

Un homme bien portant, vigoureux, âgé de trente-six ans, ni syphilitique, ni saturnin, ni rhumatisant, ni adonné aux boissons, porte sur un crochet un fardeau de 50 kilogrammes environ à une distance de 1500 à 1800 mètres. Cet homme s'est levé à cinq heures du matin, il est environ dix heures, il travaille depuis le commencement de la journée sans ressentir aucune gêne. On est au mois d'août, la température est assez élevée, et pendant le trajet le sujet n'est exposé à aucune espèce de refroidissement. A son arrivée et au moment de se débarrasser de son fardeau, cet homme est surpris de ne pouvoir se servir de la main gauche, dans laquelle il ressent des fourmillements et de l'engourdissement. Ces derniers symptômes disparaissent rapidement, mais la main reste inerte. Il existe une paralysie radiale avec tous les signes classiques, paralysie des extenseurs, du long et du court supinateur, des radiaux et du cubital postérieur. Le sens du tact est légèrement affaibli sur la partie postérieure de l'avant-bras du côté externe. Enfin on note, au moment de l'examen, douze jours après le début de la paralysie, une diminution de la contractilité faradique dans les muscles paralysés. Le malade guérit en cinq semaines.

Il n'est pas besoin de faire remarquer combien sont différentes de celles que l'on observe habituellement les circonstances dans lesquelles s'est développée la paralysie radiale chez notre malade. Pas de sommeil, pas d'ivresse, pas de cause apparente de compression, pas d'exposition au froid ni à l'humidité, non plus qu'à un courant d'air; à priori il semblerait qu'il s'agit d'une paralysie radiale spontanée, dans l'acception littérale du mot.

On ne peut, en effet, incriminer les bretelles du crochet. Si elles pouvaient déterminer la paralysie par compression du nerf radial, on observerait fréquemment cet accident dans certaines professions et particulièrement dans l'armée, chez les fantassins portant un sac très lourd et pendant un temps parfois fort long.

J'ai du reste fait avec le concours de M. Farabeuf des recherches sur le cadavre. Nous avons placé dans l'aisselle une longue lame de zinc, de 4 centimètres de largeur, comme s'il s'agissait de la bretelle d'un sac ou d'un crochet et nous avons ensuite examiné la position relative des nerfs du bras et du bord externe de la lame de zinc.

Or tous les troncs nerveux se trouvent en arrière de la lame de zinc; le musculo-cutané et le médian se trouvent très près du bord externe de la bretelle, et plus en arrière et par conséquent moins exposés à la compression, les nerfs cubital et radial.

Ainsi donc les bretelles ne peuvent pas comprimer le nerf radial, elles ne peuvent même pas comprimer les autres troncs nerveux qui émanent du plexus brachial.

Cependant j'étais tellement convaincu qu'un ensemble symptomatique aussi net, et toujours aussi identique à lui-même que celui de la paralysie radiale, ne peut pas être dû tantôt à une cause, tantôt à une autre, que je me mis de nouveau à recueillir les moindres circonstances dans lesquelles s'était développée cette paralysie, recherchant encore une cause de compression qui pouvait m'avoir échappé dans un premier examen.

C'est alors que, demandant au malade de prendre la position qu'il avait lorsqu'il portait son crochet, je le vis incliner le tronc en avant et croiser les bras sur la poitrine de la manière suivante : la main gauche était placée sur le coude du côté droit pendant que les doigts de la main droite, fléchis en forme de crochet, tenaient le bras gauche à sa partie moyenne. Or, si l'on veut bien prendre cette position, on s'aperçoit que les doigts de la main droite exercent facilement une compression véritable sur le bord externe de l'humérus, là précisément où le nerf radial est superficiel, et cette compression est d'autant plus énergique, que le sujet se raidit davantage, comme c'est le cas pour une personne qui porte un lourd fardeau.

J'ajouterai que l'on arrive facilement, non seulement sur le cadavre, mais encore sur le vivant, comme me l'a montré M. Farabeuf, à sentir sous la forme d'un cordon, le tronc du nerf radial au voisinage de sa gouttière, sur le bord externe de l'humérus.

Aussi je n'hésite pas à rattacher à la compression du radial gauche produite par les doigts de la main droite, la paralysie qui s'est développée chez mon malade et qui présentait tous les caractères qu'on retrouve dans les cas vulgaires où la compression du nerf est indiscutable.

C'est l'explication que je propose également pour le cas de Duchenne (de Boulogne) que j'ai rapporté précédemment et où il est dit expressément que la malade s'était endormie les bras croisés sur la poitrine.

J'ai pensé qu'il y avait utilité à faire connaître ces faits, parce qu'un examen superficiel aurait pu les faire considérer

(1) Duchenne (de Boulogne), *De l'électrisation localisée*, 3e édition 1872, p. 709.

comme s'étant développés sous une influence autre que la compression et comme échappant à la loi de M. Panas.

Or je ne crois pas qu'il existe d'observations précises où la paralysie soit en même temps limitée à un seul nerf radial et distribuée à tous les muscles qu'il anime au-dessous du coude, sans que cette paralysie soit due à la compression.

La paralysie saturnine elle-même ne réalise pas cette condition. Elle respecte souvent le long et le court supinateur ou les frappe moins fortement que les extenseurs. Et enfin, quand la paralysie saturnine atteint fortement le long supinateur, d'autres muscles, non animés par le radial, sont plus ou moins atrophiés et en particulier les interosseux, les fléchisseurs et le deltoïde, de telle sorte qu'il ne s'agit plus seulement d'une paralysie radiale, mais d'une paralysie plus diffuse.

Quant aux paralysies spontanées qui surviennent à la suite des fièvres, ou dans le cours de la tuberculose, lors même qu'elles siègent à l'avant-bras, elles ne présentent pas la topographie exacte de la paralysie radiale par compression, ainsi qu'on peut le voir dans les exemples que j'ai publiés (1) et dans ceux qui l'ont été depuis.

J'en dirai autant des paralysies consécutives à une altération peu étendue des méninges de la moelle cervicale. Elles peuvent fort bien se localiser plus spécialement dans le nerf radial, mais, pour peu qu'elles frappent un certain nombre de muscles, on voit que les nerfs médian et cubital sont intéressés.

De cette discussion, on est en droit, je pense, de tirer la conclusion suivante : c'est qu'à l'avenir on devra regarder comme due à une compression toute paralysie radiale survenant rapidement et frappant tous les muscles animés par le nerf radial au-dessous du coude, avec intégrité de la puissance motrice dans les autres muscles du membre.

II. — Dans l'énumération des symptômes observés chez mon malade, j'ai passé sous silence l'affaiblissement du triceps brachial, me réservant de traiter à part de ce signe insolite. On a dû remarquer en effet, dans une citation précédente, que M. Panas parlant du triceps brachial et du long supinateur affirme que dans la paralysie radiale « le premier de ces deux muscles échappe toujours à la paralysie, tandis que le dernier en est toujours atteint, en même temps que les autres muscles de l'avant-bras animés par le nerf radial ».

Je suis entièrement de l'opinion de M. Panas pour la grande majorité des cas et en particulier pour tous ceux où le malade s'est endormi la tête appuyée sur le bras. C'est qu'en effet la tête ne peut s'appuyer sur le bras que dans une étendue fort limitée et ne peut comprimer le nerf radial qu'au-dessous de la branche destinée au vaste interne et à l'anconé, un peu au-dessus de l'origine du filet du long supinateur. J'ai répété cette expérience sur le cadavre et elle n'a laissé aucun doute dans mon esprit. M. Panas, on le sait, était arrivé au même résultat.

Mais, si l'on met les bras du cadavre dans la position indiquée par mon malade, c'est-à-dire que la main gauche soit placée sur le coude droit pendant que l'autre main, fléchie en forme de crochet, saisit le bras gauche au-dessous de la partie moyenne, on constate que la pulpe des doigts se place avec la plus grande facilité sur le nerf radial et comprime au sortir de la gouttière, non seulement le tronc principal du nerf, mais encore la branche du vaste interne et de l'anconé ainsi que le rameau cutané externe.

Mais on doit remarquer que, si le tronc principal du nerf radial est tout à la fois sous-cutané et directement appliqué sur l'humérus, la branche du vaste interne et le rameau cutané externe sont dans l'épaisseur des fibres musculaires et de la sorte protégés contre les agents de compression, ce qui permet de comprendre que la même cause de compression agisse plus efficacement sur le tronc du nerf radial que sur la branche du vaste interne.

(1) Joffroy, *De la névrite spontanée généralisée ou partielle* (*Archives de physiologie*, 1879, p. 172).

Cette disposition anatomique explique l'affaiblissement du triceps brachial signalé dans l'observation que je viens de rapporter, et que l'on constatait de la manière la plus évidente en demandant au malade de maintenir les deux avant-bras étendus sur le bras pendant que l'on s'efforçait de produire la flexion. Du côté paralysé on ne constatait qu'une faible résistance.

On arrivait au même résultat en maintenant fléchis les avant-bras sur le bras pendant que le malade cherchait à produire l'extension.

De sorte que je me crois autorisé à conclure que dans certains cas de paralysie radiale par compression, le vaste interne peut être paralysé ou affaibli.

Mais le but principal de cette communication, et j'espère l'avoir atteint, était d'apporter de nouveaux arguments en faveur de la théorie de la compression si ingénieusement établie par M. Panas, ou du moins de montrer que certains cas qui semblent à priori échapper au mécanisme de la compression en sont complètement justiciables.

La question, en fin de compte, ne se pose plus comme en 1871, elle est renversée, ce n'est plus l'existence de la paralysie radiale par compression qui est à démontrer, mais bien celle de la paralysie rhumatismale ou *a frigore*.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

La diète lactée et la dilatation de l'estomac.

Quand il est question de la diète lactée, j'ai peut-être quelques droits à prendre la parole, car si, après un long oubli, son usage s'est tellement vulgarisé aujourd'hui, je crois que mes leçons et mes écrits — je dirai presque mon apostolat en sa faveur — y ont certainement contribué. Quand parut en 1865 mon mémoire (*Des indications de l'emploi de la diète lactée dans le traitement de diverses maladies.* Paris, chez Asselin) combien étaient devenues rares les applications de ce que je regarde comme le plus puissant moyen thérapeutique des maladies chroniques.

C'est à ce titre que je relève, dans l'intéressant mémoire, lu récemment à la Société médicale des hôpitaux par mon très distingué confrère le docteur Debove, et inséré dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire*, le passage suivant, sur lequel je désire présenter quelques observations : « Pour nourrir un sujet presque exclusivement avec du lait, il faut lui en donner quatre litres par jour, plus même s'il ne garde pas la chambre et mène une existence active. Pour peu qu'on ajoute à ce régime une certaine quantité d'eau de Vichy ou d'eau de chaux, la dilatation de l'estomac est inévitable, et cette complication peut par elle-même amener la mort. »

J'ai soumis un nombre vraiment considérable de malades à la diète lactée et je n'ai *jamais* observé chez eux la dilatation de l'estomac; en voici le motif. La dose de quatre litres et plus de lait par jour, indiquée par M. Debove, est formellement excessive pour la plupart des malades. Je n'ai jamais prescrit plus de trois litres que dans de bien rares exceptions. Gorger les malades de lait est le moyen presque certain de les empêcher de continuer le régime, et c'est là ce qui fait que bien des médecins ne retirent pas de cet agent thérapeutique tout le succès qu'il peut produire. Il faut éviter en même temps de faire prendre de fortes prises à la fois et, avec cette double précaution, point de dilatation d'estomac à craindre. Voici la formule à laquelle j'ai recours le plus souvent.

Commencer par de très petites doses et proscrire ***absolument*** tout autre aliment et toute autre boisson : une tasse à

café de lait cru additionné d'une cuillerée à café d'eau seconde de chaux, chaque deux heures. Je préfère d'habitude l'eau de chaux à l'eau de Vichy, parce qu'il en faut des quantités moins considérables et parce que le gaz contenu dans l'eau de Vichy naturelle, mélangé au lait, est très désagréable pour beaucoup de personnes. Cette proportion de lait répond à peu près à un litre ou un litre et quart par jour; je ne la dépasse pas pendant deux jours, mais je préviens d'avance le malade qu'il la trouvera très insuffisante. Je lui affirme en même temps que, s'il veut réussir dans cette médication capitale pour lui, il doit au début *s'affamer*.

Au bout de deux jours, je fais augmenter graduellement et lentement la proportion du lait au fur et à mesure que les besoins de l'estomac deviennent plus impérieux; mais j'insiste sur ce point que, pour réussir, il ne faut jamais arriver à la satiété et qu'il vaut bien mieux avoir pris, à la fin de la journée, une tasse de moins qu'une tasse de trop. J'en arrive ainsi à deux litres, deux litres et demi et, au maximum à trois litres par jour, toujours bus à petits coups. Je dois certes avouer qu'avec une telle alimentation un boxeur anglais ou un lutteur de nos foires feraient triste figure vis-à-vis de leurs adversaires. Mais qui soumet-on au régime du lait? Des malades, d'ordinaire gravement menacés et qui sont obligés de s'imposer des sacrifices et des privations pour recouvrer leur santé. Je prétends d'ailleurs qu'avec trois litres de lait par jour on peut vaquer aux occupations ordinaires de la plupart des professions, surtout des professions libérales. J'ai, pour ma part, une vie très active, et ceux qui me connaissent savent que ma taille et ma corpulence sont très au-dessus de la moyenne, et pourtant j'ai vécu à plusieurs reprises pendant deux mois consécutifs avec trois litres de lait par jour.

Je le répète avec une profonde conviction, si bien des médecins ne retirent pas du régime lacté les effets presque miraculeux que je lui ai vu produire, c'est qu'ils ne savent pas s'en tenir, au début tout au moins, au régime lacté exclusif et qu'ils gorgent leurs malades de lait. Je connais un praticien, qui n'est pas sans réputation, et dont voici la formule: « Faites trois bons repas par jour et buvez trois litres de lait. » Pour moi, c'est là une immense erreur.

Quels obstacles, quelles difficultés ne surmonte-t-on pas lorsqu'on est persuadé, comme je le suis moi-même, que, dans une foule de cas, la diète lactée est le seul moyen de salut. Le médecin convaincu de cette grande vérité en arrive à faire passer dans l'esprit des malades son enthousiasme thérapeutique. —« Mais, docteur, je n'aime pas le lait. — Affamez-vous et vous arriverez à le prendre sans difficulté, même avec plaisir! — Je ne le digère pas. — Parce que vous en prenez trop à la fois ou que vous y mêlez d'autres aliments; d'ailleurs, où échoue le lait de vache à cause de sa trop grande proportion de caséine, réussit fort bien d'ordinaire le lait d'ânesse ou le lait de jument. »

La diète lactée a contre elle un implacable adversaire: la gourmandise. Vis-à-vis de cette passion aveugle et parfois bestiale, le médecin a pour devoir de prendre un langage sévère et de répondre comme Chrétien (de Montpellier) à des doléances ineptes: « Le lait ou la mort! »

J'affirme d'ailleurs que ce dilemme effrayant se pose souvent, et dans une foule de cas j'ai pu vérifier la vérité de la célèbre parole du frondeur Guy Patin au sujet de son ennemi Mazarin: « Enfin nous le tenons; il est hydropique, il prend du lait et il ne guérit pas! »

Ce ne sont pas, à mon avis, les poudres de viande de notre très savant et très distingué confrère M. Debove, ce n'est pas la *diète sèche* du professeur Bouchard qui, dans la plupart des cas, pourront rivaliser de succès avec le régime lacté, tel que nous l'a légué la tradition clinique, et auquel j'ai dû, pour ma part, mes plus brillantes cures.

G. Pécholier,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

XIII° Congrès de la Société allemande de chirurgie à Berlin.

Neelsen: Septicémie et pyohémie. — Konig: Tuberculose locale. — Cramer: Intoxication par un kyste sanguin. — Küster: De l'emploi des sutures perdues. — Wolff: Transformation de l'architecture des os.

M. *Neelsen* (Rostock). *Comment les syndromes cliniques: septicémie et pyohémie, peuvent-ils se concilier avec les découvertes modernes?* — Les septicémies expérimentales des animaux n'ont qu'un rapport éloigné avec les maladies infectieuses des plaies de l'homme. Ces dernières comprennent (en dehors des maladies bien classées, telles que l'érysipèle, etc.): 1° des empoisonnements par les ptomaïnes; 2° une mycose complexe du sang, que l'on pourrait appeler *mycose toxique;* 3° une inflammation suppurative. La combinaison de ces trois éléments se retrouve dans toute septicémie de l'homme, quel qu'en soit l'aspect clinique.

La pyohémie est une affection *sui generis*, à rapprocher de la variole ou de la morve. Tout en constituant habituellement une complication des plaies, elle peut se développer sans plaie extérieure.

— M. *König* (Göttingue). *Le danger de voir se généraliser la tuberculose locale d'une articulation, constitue-t-il une indication suffisante pour la résection de l'articulation?* — L'auteur se montre très réservé. On ne sait pas avec certitude si des tuberculoses locales des articulations existent en dehors d'une tuberculose générale; en second lieu, on ignore encore si un foyer articulaire peut être le point de départ d'une infection générale. — Sur soixante-dix cadavres examinés à ce point de vue, il n'a trouvé que quatorze fois (21 pour 100) des foyers tuberculeux au voisinage de l'articulation.

Enfin la tuberculose miliaire aiguë est une suite fréquente de ces opérations; ces cas sont analogues à la tuberculose par inoculation des animaux. L'auteur a perdu seize malades de cette façon: il reconnaît cependant que cet accident est plus rare depuis l'emploi de l'iodoforme.

— M. *Cramer* (Wiesbaden). *Intoxication par un kyste sanguin.* — Une jeune femme portait dans les muscles de la cuisse gauche, une tumeur fluctuante, grosse comme un œuf; l'extirpation montra qu'il s'agissait d'un kyste sanguin du muscle semi-tendineux. Les parois formées d'une sorte de tissu caverneux étaient incomplètement limitées par une membrane fibreuse. Or cette femme présentait tous les signes d'une fièvre hectique (toux, fièvre, 39°,5 le soir, diarrhée, dyspnée, faiblesse générale, etc.). Tous ces symptômes disparurent sur-le-champ après l'opération. — D'après Cramer, le ferment de Schmidt (*Fibrinferment*) se serait développé dans le sang renfermé dans le kyste, aurait pénétré ensuite dans le réseau capillaire et produit des phénomènes d'intoxication analogues à ceux que l'on observe chez les animaux.

—M. *Küster* (Berlin). *De l'emploi des sutures perdues, surtout dans les opérations plastiques.* — Il s'agit des sutures étagées, recommandées par Schede et réunissant les diverses couches des parois des plaies profondes par des fils de catgut: ce procédé est surtout recommandé pour la périnéorrhaphie et la laparotomie. Dans onze opérations de périnéorrhaphie, Küster a obtenu une réunion par première intention en huit et dix jours.

M. *Schrœder* ne méconnaît pas les avantages de cette méthode, toutefois il a dû l'abandonner parce que le catgut n'est pas un matériel de toute confiance. Des plaies déjà réunies se sont séparées après la résorption du catgut. Il emploie de préférence aujourd'hui les sutures profondes au moyen de fils de soie.

M. *Mikulicz* recommande pour les sutures étagées le catgut chromé.

—M. *Wolff* (de Berlin). *La loi de la transformation de l'architecture interne de l'os parallèlement aux modifications pathologiques de la forme extérieure.*— On connaît les travaux de l'auteur sur l'architecture normale des os, travaux qui n'ont pas eu le retentissement qu'ils méritaient. Un os présente toujours un système de travées et de colonnettes de soutènement exactement calculé de façon que la moindre quantité de matériaux fournisse la plus grande somme de résistance possible aux efforts qui pèsent sur l'os. Il en résulte que, si la forme de l'os change, le sens de l'effort varie et que par suite les *travées doivent se modifier pour supporter l'effort transmis suivant une nouvelle trajectoire.*

A ce point de vue, M. Wolff a étudié les points principaux qui suivent :

1° *Fractures.* La transformation s'étend très loin. Un système complètement nouveau de trajectoires orthogonales se forme dans le voisinage du siège de la fracture, de nouvelles cavités se produisent dans le tissu spongieux, on voit apparaître des piliers, des ponts osseux que l'on considérait comme cals vicieux, et qui sont en réalité des formations toutes physiologiques dont l'architecture intime s'harmonise merveilleusement avec la nouvelle architecture. Il est à remarquer que ces modifications de l'os tout entier ne dépendent aucunement de la fracture elle-même, mais uniquement de la modification de la forme extérieure, ou, si l'on veut, de la courbure de l'os. On pensait que la nature tendait à reconstituer dans l'os fracturé une cavité médullaire ; c'est une erreur : dans les fractures un peu importantes, les trajectoires en rapport avec les nouvelles formes de l'os passent en plein milieu de la cavité médullaire, et c'est pourquoi la nature est logique en créant au sein du cal un nouveau tissu spongieux.

Ainsi l'on voit que jamais la forme originelle ne se restaure, mais uniquement la fonction et une forme nouvelle qui dépend absolument de la fonction.

2° *Le rachitisme.* Les os rachitiques se distinguent par l'étroitesse ou la disparition de la cavité médullaire aux points incurvés et par les couches alternatives de tissu spongieux et compact à la périphérie des mêmes points.

La masse de remplissage a toujours une architecture typique. Sur des coupes horizontales, les travées sont parallèles et perpendiculaires à l'axe de l'os. Sur des coupes verticales, les extrémités des travées convergent vers la partie concave de l'os et déterminent ainsi une forme triangulaire de la cavité médullaire. Les couches alternatives de la corticale, déjà décrites par Virchow, doivent leur formation à la même raison, et se présentent toujours au même endroit, le côté concave du point incurvé.

3° *Genu valgum.* Il se forme, surtout dans le tibia, un système de trajectoires complètement modifié et adapté à la courbure de l'os. Les parois latérales présentent un épaississement du tissu spongieux et la substance corticale est double ou triple d'épaisseur. La cavité médullaire remonte plus haut et prend une situation excentrique. En pareil cas les os ne sont nullement malades et il suffit qu'il y ait une modification dans la transmission de la force pour que l'os sain soit tout entier courbé comme de la cire. On comprend d'après cela que l'opération d'Ogston ne se prête nullement à cette lésion.

4° *La croissance des os.* La théorie de Flourens devient absolument insoutenable.

5° *La régénération des tissus.* Les auteurs considèrent le processus de régénération comme un processus inflammatoire. La loi de transformation démontre qu'il n'en est rien : c'est l'*irritation trophique de la fonction*, pour employer le terme bizarre employé par l'auteur, qui est le facteur de cette régénération.

6° *Le combat des parties dans l'organisme.* Considérations philosophiques sur l'adaptation des théories de Darwin aux échanges qui se passent dans l'intimité des tissus.

Dans la discussion qui suivit cette importante communication.

M. *Busch* conteste absolument à l'auteur le droit d'étendre au domaine de la pathologie les lois découvertes sur l'état physiologique.

M. *Volkmann* émet le même avis surtout pour ce qui concerne le pied bot.

M. *Mikulicz* au contraire partage ses idées en ce qui concerne le *genu valgum.*

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 5 MAI 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

Nous reproduisons, d'après la liste des prix que l'Académie a distribués, lundi dernier, en séance solennelle, ceux qui ont été accordés à des travaux intéressant la médecine. On remarquera, dans cette liste, bien des noms connus et aimés des lecteurs de la *Gazette hebdomadaire.* Que les maîtres éminents qui ont sollicité l'approbation de l'Académie des sciences pour leurs ouvrages didactiques ou l'ensemble de leurs travaux, et les chercheurs qui lui ont soumis leurs mémoires originaux, reçoivent nos félicitations. Nous ne saurions trop approuver non plus la distinction si méritée que viennent d'obtenir les membres de la *mission Pasteur*, envoyée en Egypte pour y observer le choléra.

MÉDECINE ET CHIRURGIE. — *Prix Montyon :* 2500 francs, à M. Constantin Paul (*Diagnostic et traitement des maladies du cœur*) ; — 2500 francs, à M. H. Roger (*Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance*) ; — 2500 francs à M. E. Vallin (*Traité des désinfectants et de la désinfection*) ; — mentions honorables, 1500 francs à MM. H. Napias et A.-J. Martin (*L'étude et les progrès de l'hygiène en France de 1878 à 1882*) ; — 1500 francs à MM. L. Dubar et Ch. Remy (*Absorption par le péritoine*) ; — 1500 francs à M. P. Denucé, de Bordeaux (*Traité clinique de l'inversion utérine*) ; — citations honorables : docteur Berne (*Leçons de pathologie générale*) ; Certes (*Analyse micrographique des eaux*) ; Huchard (*Traité des névroses*) ; Polaillon (*Statistique de la maternité de Cochin*) ; Réal (*Traitement de l'érysipèle*) ; Rossignol, de Gaillac (*Traité élémentaire d'hygiène militaire*).

Prix Bréant : 5000 francs à M. le docteur Fauvel ; — 10 000 francs à partager entre les quatre membre de la mission Pasteur, en Égypte, MM. Strauss, Roux, Nocard et feu L. Thuillier.

Prix Godard, à M. Guelliot, de Reims (*Anatomie, Physiologie et Pathologie des vésicules séminales*) ; — mentions honorables, à M. Desnos (*Lithotritie à séances prolongées*).

Prix Chaussier, à M. Legrand du Saulle (*Études de médecine légale*) ; — mentions honorables : 1° à M. A. Layet (*Hygiène et Maladies des paysans*) ; 2° à M. Luton (*Etudes de thérapeutique générale et spéciale*, etc.).

Prix Lallemand, à MM. B. Ball et Aug. Voisin.

PHYSIOLOGIE. — *Prix Montyon*, à M. Paul Regnard (*Recherches expérimentales sur les variations pathologiques des combustions respiratoires*).

Prix Lacaze, à M. Balbiani (*Embryogénie et Physiologie générales*).

Académie de médecine.

SÉANCE DU 13 MAI 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ALPHONSE GUÉRIN.

La correspondance comprend : 1° une note sur un monstre *énencéphalien céloso-mien*, par M. de *Campa;* 2° une lettre de M. le docteur Charpentier, qui se porte candidat dans la section d'accouchements ; 3° des plis cachetés de M. Luc Bellos (d'Athènes) et Sourellier (acceptés) ; 4° une brochure sur la syphilis des verriers, par M. le docteur *Guinaud* (prix Vernois) ; 5° un travail de M. le docteur *Netter*, intitulé : *Rôle pathogénique de l'altération épithéliale de la muqueuse intestinale dans le choléra* (prix Barbier) ; 6° un mémoire de M. Pietra Santa sur la *trichine* et la *trichinose* aux États-Unis ; 7° un manuscrit de M. Béchamp ayant pour titre : *Nouvelles recherches sur les albumines, leur rôle physiologique et pathologique* (prix Buignet).

Décès de M. Wurtz. — M. *le Président :* Il y a quelques jours nous avions la douleur de voir mourir un des hommes qui ont le plus honoré la science française.

Aujourd'hui, c'est la mort de son élève le plus cher que j'ai la triste mission d'annoncer à l'Académie.

M. Wurtz, l'éminent chimiste, qui n'avait ici que des amis, a succombé à une maladie que personne ne pouvait soupçonner, car son esprit n'avait rien perdu de sa vivacité et son corps avait conservé la vigueur de la jeunesse.

Il ne m'appartient pas de rappeler les travaux de M. Wurtz. Je n'ai pas qualité pour cela. A quoi bon d'ailleurs? Notre illustre collègue avait une telle notoriété dans le monde entier, que sa mort sera une cause de deuil pour tous ceux qui tiennent à la suprématie scientifique de la France.

M. Wurtz, ayant présidé l'Académie, je propose de lever la séance en signe de deuil (Marques d'assentiment.)

— La séance est levée.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 9 MAI 1884. — PRÉSIDENCE DE M. BUCQUOY.

Apoplexie pulmonaire dans un cas de rétrécissement mitral suivi d'oblitération complète des artères pulmonaires et d'obstruction des veines (M. Desplats) : M. Du Castel. — Paralysie radiale. Théorie de la compression : M Joffroy (Discussion). - Traitement de la diphthérie par le procédé de M. Delthil : MM. D'Heilly et Féréol.

M. *Du Castel* donne lecture, au nom de M. *Desplats* (de Lille), d'un mémoire intitulé : *Foyers multiples d'apoplexie pulmonaire observés dans un cas de rétrécissement mitral suivi d'oblitération complète des artères pulmonaires et d'obstruction des veines*. L'observation rapportée par M. Desplats est celle d'une femme de quarante-trois ans qui, deux mois après un accouchement, fut prise de dyspnée, de bouffissure de la face et d'œdème des membres inférieurs. Après un court séjour à l'hôpital, en juillet dernier, elle rentrait de nouveau, au mois d'août, dans le service de M. Desplats, et l'on constatait alors une ascite assez considérable, sans œdème des membres inférieurs, une oppression extrême, accompagnée de cyanose, et une infiltration œdémateuse du membre supérieur droit. Le cœur était volumineux ; ses battements étaient faibles, mais il n'existait aucun bruit anormal, aucun souffle à son niveau. On constatait, dans toute la hauteur du poumon droit, des râles crépitants et sous-crépitants, et la sonorité thoracique était abolie de ce côté; quelques râles disséminés dans le poumon gauche. Expectoration sanglante. Urines albumineuses. — En dépit de quelques alternatives d'amélioration passagère', l'affection suivit une marche assez rapide et la malade succomba bientôt aux progrès de l'asphyxie, après avoir de nouveau, pendant les cinq ou six derniers jours, expectoré des crachats sanglants. A l'autopsie, la cavité péritonéale contenait plusieurs litres de sérosité: la plèvre droite était pleine de liquide et le poumon de ce côté, dur, rétracté, renfermait de nombreux noyaux d'apoplexie pulmonaire, les uns anciens, les autres récents. Le poumon gauche, emphysémateux, congestionné vers la base, ne présentait pas d'infarctus. Le cœur, de coloration feuille-morte, était hypertrophié. On constatait un rétrécissement mitral très prononcé, avec végétations muriformes sur la face supérieure de la valvule; le ventricule et l'oreillette gauches renfermaient des caillots fibrineux volumineux. Dans l'oreillette, le caillot qui la remplissait presque complètement obturait les orifices des veines pulmonaires droites. Ces veines elles-mêmes ne contenaient aucun coagulum. La branche droite de l'artère pulmonaire jusqu'à ses ramifications extrêmes, était oblitérée par un caillot blanc jaunâtre, d'apparence granuleuse; dans les branches aboutissant aux infarctus, ce caillot prenait une coloration rougeâtre au voisinage du foyer apoplectique. La veine sous-clavière droite était le siége d'une thrombose à laquelle on pouvait rattacher l'œdème localisé au membre supérieur. La veine porte ne fut pas examinée; peut-être était-elle également oblitérée, ce qui eût expliqué le développement de l'ascite, qui nécessita trois fois la paracentèse abdominale.

Les lésions du côté des vaisseaux pulmonaires rendent bien compte des phénomènes dypsnéiques, de même que les infarctus révèlent la cause des hémoptysies; mais, sans parler de certaines anomalies relatives à l'absence de tout bruit cardiaque pathologique, et à l'apparition intermittente de l'albuminurie, un fait curieux reste à expliquer, c'est la production d'infarctus hémoptoïques dans un poumon dont les artères et les veines pulmonaires étaient complètement oblitérées. M. Desplats est d'avis que l'on doit rapporter ces accidents, en semblable circonstance, aux anastomoses, anatomiquement démontrées, entre les terminaisons des artères bronchiques et les dernières ramifications pulmonaires. C'est le sang amené au poumon par les artères bronchiques libres qui est venu colorer l'extrémité des caillots dans l'artère pulmonaire au voisinage des foyers d'apoplexie, et qui a fourni les éléments de l'hémoptysie des derniers jours.

— M. *Joffroy* lit un mémoire sur la *paralysie radiale*, dans lequel il se déclare partisan de la théorie pathogénique de la compression (voy. p. 328).

M. *Féréol* est d'avis que l'interprétation du fait rapporté par M. Joffroy est séduisante, mais ne pense pas que le même mécanisme puisse être admis chez la malade de Duchenne (de Boulogne), la position des bras *croisés* n'étant pas d'ordinaire celle qui a été prise par le malade de M. Joffroy. Il a d'ailleurs observé lui-même un individu qui fut pris de paralysie radiale tandis qu'il enveloppait des paquets dans un sous-sol : comment admettre la compression dans un cas semblable. Il se peut que le mécanisme de la compression échappe aux recherches des cliniciens dans quelques cas, mais il paraît au moins prématuré d'admettre qu'elle est toujours la cause de la paralysie radiale.

M. *Joffroy* ne peut évidemment rien affirmer à l'égard d'une malade qu'il n'a pas observée et dont l'histoire a été recueillie à un tout autre point de vue; il constate, cependant, que la position croisée des bras a été notée par Duchenne, qui admettait l'influence pathogénique du froid. On ne peut objecter d'autre part, l'insuffisance de la contraction musculaire pendant le sommeil, car, chez les individus endormis, les muscles conservent leur tonicité et se contractent même avec une énergie bien capable de déterminer la contusion du nerf, par un mécanisme tout semblable à celui que M. Joffroy invoque chez son malade.

M. *Gallard* est d'avis que M. Joffroy généralise trop facilement sa théorie ; si la compression est indéniable dans un certain nombre de faits, il n'est pas démontré que la paralysie radiale *a frigore* n'existe pas. Ne voit-on pas le froid déterminer la paralysie du facial, sans qu'il soit possible ici d'invoquer la compression ?

M. *Joffroy* fait observer qu'il a seulement voulu établir que la paralysie radiale *a frigore* est aujourd'hui à démontrer; d'ailleurs, on a admis que le froid était indirectement la cause de la paralysie faciale, en amenant la turgescence des tissus contenus dans l'aqueduc de Fallope et en produisant ainsi la compression du tronc nerveux dans ce canal inextensible. M. Gallard eût choisi plus justement, peut-être, l'exemple du nerf sciatique, à cause de l'extrême variabilité qu'on observe dans la distribution de sa paralysie; pour le radial, au contraire, la topographie toujours identique des accidents trouve bien plus logiquement son interprétation dans la compression nerveuse.

M. *Bucquoy* a vu un cas de paralysie radiale survenue chez un plombier qui avait travaillé toute une journée la main dans l'eau d'un puits. La paralysie occupait tous les muscles de la main et de l'avant-bras, jusqu'au niveau auquel l'eau froide avait baigné le membre. Il semble bien impossible d'admettre ici la théorie de la compression.

M. *Joffroy* fait remarquer qu'il ne s'agit pas à proprement parler, dans ce cas, d'une paralysie radiale; il n'existe pas de paralysie radiale *a frigore* frappant tous les muscles.

M. *Millard* a connu le malade dont parle M. Bucquoy; il se souvient que, à cause de sa profession de plombier, on hésitait pour admettre comme cause de la paralysie, le froid ou l'intoxication saturnine. .

M. *Bucquoy* admet volontiers que chez cet homme le saturnisme ait pu agir comme cause prédisposante.

M. *Cuffer* a communiqué à la Société clinique l'observation d'une blanchisseuse atteinte de paralysie radiale au niveau de l'avant-bras sur lequel elle portait un paquet de linge mouillé. M. Panas, lors de cette communication, avait émis l'opinion que la compression pouvait être incriminée, mais la limitation exacte de la paralysie aux régions en contact avec le linge mouillé porte bien plutôt à admettre l'influence pathogénique du froid.

— M. *D'Heilly*, pour répondre à une demande de M. Legroux relative à l'essai qui a été fait dans les hôpitaux d'enfants du procédé de traitement préconisé par M. Delthil contre la diphthérie (1), communique les résultats obtenus dans son service, à l'hôpital Trousseau, par M. Delthil lui-même.

Cinq enfants, déjà trachéotomisés, ont été soumis, le 23 avril, aux fumigations répétées toutes les deux heures; mais deux d'entre eux étant morts le lendemain, et un troisième menaçant de les suivre à bref délai, M. Delthil renonça à prolonger plus longtemps l'expérience. Aucun des cinq petits malades n'était d'ailleurs atteint de diphthérie toxique, et le pronostic ne paraissait mauvais que pour un seul, présentant un croup secondaire à la rougeole. L'affluence des fausses membranes et l'expectoration catarrhale, annoncées par M. Delthil, ont fait entièrement défaut; et d'autre part, la dyspnée presque nulle chez les petits opérés avant le début des fumigations, a été immédiatement produite par l'atmosphère chargée de fumée et d'hydrocarbures dans laquelle ils se sont trouvés placés. En résumé, un seul enfant sur cinq a survécu. Une fausse membrane placée dans un verre avec de l'eau au milieu de la salle, devait, d'après M. Delthil, se désagréger et se dissoudre sous l'action des hydrocarbures répandus dans l'atmosphère; elle n'a été en rien attaquée. — Peut-être est-il sage de ne tirer aucune conclusion hâtive de cette expérimentation restreinte, mais en résumé la liquéfaction des fausses membranes a fait absolument défaut, et la dyspnée a été produite ou aggravée dans une mesure inquiétante.

M. *Féréol* communique l'observation d'une dame de cinquante-six ans, sa parente très proche, ayant contracté la diphthérie en soignant sa fille et ses deux petits-fils, qui tous trois succombèrent en dix jours. Chez cette malade les fausses membranes, en dépit des badigeonnages avec l'eau oxygénée, s'étant rapidement étendues à l'isthme du gosier et au pharynx, M. Féréol, assisté de MM. Laboulbène et Damaschino, résolut de recourir au traitement de M. Delthil, qui vint lui-même instituer les fumigations. L'affection était alors au sixième jour, et, malgré l'extension des fausses membranes et leur aspect lardacé, l'absence d'engorgement ganglionnaire et d'albuminurie permettait d'exclure l'idée de diphthérie toxique; en outre, l'âge de la malade constituait une circonstance favorable. D'ailleurs, la diffluence des membranes et l'expectoration catarrhale abondante commencèrent dès le second jour des fumigations, et, au bout de cinq à six jours, la gorge était entièrement débarrassée. La malade est aujourd'hui complètement guérie. Que serait-il advenu, dit M. Féréol, si l'on n'avait pas eu recours à ce traitement? La malade eût-elle échappé à une terminaison fatale? Il est impossible de rien affirmer; mais MM. Laboulbène et Damaschino ont partagé le sentiment de M. Féréol à l'égard de l'efficacité des fumigations. — Le séjour dans l'atmosphère enfumée de la chambre a été bien supporté par toutes les personnes qui s'y trouvaient; cependant les premières fumigations avaient déterminé chez la malade un certain degré de somnolence avec céphalalgie, et, chez M. Féréol, des accès de toux pénible. Ces petits accidents paraissent attribuables à la mauvaise qualité du goudron primitivement employé, car ils ont disparu lorsqu'on lui en a substitué un autre répandant une odeur moins âcre et moins irritante.

M. Féréol reconnaît qu'un fait isolé ne prouve rien, mais il pense également que l'expérimentation tentée à l'hôpital Trousseau a été trop incomplète et trop courte pour avoir une bien grande valeur. D'ailleurs, M. Delthil lui-même a signalé le danger inhérent au dépôt du noir de fumée et des hydrocarbures sur les fausses membranes, qui sont parfois transformées en une sorte de vernis se desséchant dans la canule, chez les sujets trachéotomisés, l'obstruant, et pouvant amener l'asphyxie. A-t-on pris à l'hôpital Trousseau toutes les précautions minutieuses pour s'opposer à un semblable accident?

M. *D'Heilly* insiste sur ce fait que les vapeurs dégagées dans la chambre des malades paraissent moins inoffensives, et sont moins facilement supportées que le prétend M. Delthil. La malade soignée par M. Féréol a eu de la somnolence, lui-même des accès de toux, l'infirmière de l'hôpital Trousseau a présenté une céphalalgie intense le premier jour, enfin tous les enfants ont eu de l'étouffement, imputable pour une bonne part aux fumigations. Peut-on substituer impunément ces gaz carburés à l'air atmosphérique, et y plonger des malades qui étaient quelques heures auparavant en état d'asphyxie nécessitant la trachéotomie. Ces gaz ne renferment-ils aucun élément toxique?

— A cinq heures et quart la séance est levée.

André PETIT.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 7 MAI 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Opération d'un épithélioma du voile du palais chez un glycosurique: M. Verneuil. — Oblitération des narines par la déviation de l'extrémité antérieure du vomer et son traitement: M. Berger.

M. *Verneuil* a opéré dernièrement d'un épithélioma du voile du palais un malade glycosurique, ne présentant pas toutefois de sucre dans les urines au moment de l'opération; la mort est survenue soixante-quinze heures après l'opération, avec des phénomènes comateux et des signes de pneu-

(1) Voy. le compte rendu de l'Académie de médecine dans le n° du 28 mars.

monie. C'est un nouveau fait qui démontre la gravité des opérations chez les glycosuriques et qui prête à des considérations sur lesquelles on ne pourrait trop insister. Voici d'abord le fait en question. Un homme de soixante-deux ans, de belle apparence, sans antécédents morbides, sans traces de diathèse, se présente porteur d'un épithélioma du côté gauche du voile du palais, se prolongeant dans l'épaisseur du pilier correspondant jusqu'à la base de la langue ; adénopathie sous-maxillaire du même côté; douleurs extrêmement vives. On analyse les urines, d'abord parce que c'est une règle dont M. Verneuil ne se départit jamais avant toute opération, ensuite parce qu'il a depuis longtemps remarqué la coïncidence de l'épithélioma buccal et du diabète; cette analyse fit reconnaître que le malade rendait 76 grammes de sucre par litre. Grâce à l'usage du régime antidiabétique, de l'eau de Vichy et du bromure de potassium à la dose de 4 grammes, le sucre disparaît rapidement de l'urine. Dix jours après le retour des urines à leur composition normale, l'opération fut pratiquée au thermocautère, en employant l'incision de Maunoury (de Chartres); elle fut très facile et ne s'accompagna pas de la plus petite complication : pas d'hémorrhagie, pas de sang dans les voies aériennes; hémostase primitive parfaite. Moins de deux heures après la fin de l'acte opératoire, une hémorrhagie secondaire se déclare, le malade perd environ 250 grammes de sang, que l'emploi de la glace suffit à arrêter. Le lendemain le malade paraît assez bien; il se plaint seulement d'une soif très vive; pas de trace d'inflammation. Dans la soirée on constate quelques symptômes thoraciques. Le surlendemain la température est à 36°,6, le pouls à 100; le malade est agité et la congestion pulmonaire a considérablement augmenté : ventouses, sinapismes. Le soir, température, 35°,5, pouls, 120; le malade tombe dans le coma et meurt dans la nuit, soixante-quinze heures après l'opération. L'autopsie ne put être pratiquée; localement il n'y avait pas d'accident, ni phlegmon, ni gangrène; il est probable que l'on aurait trouvé le poumon congestionné et enflammé. L'examen de l'urine a été soigneusement fait chaque jour aussitôt après l'opération. Le premier jour on a recueilli 1400 grammes d'urine avec des traces de glycose; le second jour on en a obtenu 1100 avec une quantité plus marquée de sucre; le troisième jour le malade les rendait involontairement et l'analyse n'a pu être faite.

Cette observation comporte les enseignements suivants : en premier lieu la nécessité d'examiner *toujours* les urines des gens qu'on se propose d'opérer, le malade dont il s'agit n'avait aucun signe fonctionnel, et cependant il était glycosurique; en second lieu la détermination exacte de la cause de la mort: si la présence du sucre n'avait pas été constatée, on aurait pu croire aux effets mortels du shock traumatique, de la septicémie, etc. La mort est ici due à la propathie aggravée subitement par le traumatisme (fièvre épitraumatique). On doit encore retenir ceci, que, si les pansements antiseptiques rendent les plaies inoffensives, ils ne les empêchent pas de retentir gravement sur les états constitutionnels antérieurs.

On peut catégoriser comme suit l'influence du traumatisme sur le diabète : *a*, tout se passe sans accident; *b*, on observe la gangrène diabétique foudroyante, le trauma étant alors influencé par la propathie; *c*, la mort est causée par quelque complication diabétique, le trauma dans ce cas réagissant sur la propathie.

M. Verneuil insiste alors sur l'identité qui existe au point de vue des dangers post-opératoires entre le diabète et la glycosurie. Qu'importe que les malades rendent plus ou moins de sucre, plus ou moins d'urée, qu'ils soient polydipsiques ou polysarciques, les mêmes complications sont imminentes chez les uns et les autres.

M. Verneuil termine en disant que l'étude de la glycosurie et du diabète doit être faite par les chirurgiens au point de vue opératoire; que la glycosurie est toujours sérieuse, quelle que soit la proportion du sucre rendu avec les urines; que la disparition momentanée de la glycose ne met pas à l'abri des accidents; que la cause de ces complications et les moyens de la prévenir nous sont encore inconnus, que les opérés meurent par septicémie, par complications viscérales, par accidents locaux et viscéraux combinés.

M. *Després* se demande si le malade de M. Verneuil opéré au thermocautère n'a pas succombé à une brûlure du poumon. Il a vu trois hommes, ayant été exposés pendant un très court espace de temps à des vapeurs très chaudes à la suite d'une explosion, venir à l'hôpital sans lésions appréciables et mourir le troisième jour de pneumonie. Depuis cette époque il a proscrit de sa pratique l'emploi du feu dans les affections de la bouche. Quant à l'influence fatale du traumatisme opératoire sur le diabète, on ne la constate que chez les malades épuisés par cet état constitutionnel.

M. *Terrier* ne fait pas d'opérations non urgentes chez les diabétiques. Il faut toujours se défier de ces malades, et bien que le sucre ait disparu des urines ils n'en restent pas moins diabétiques. C'est ainsi que chez une femme traitée avec succès d'un diabète pendant près de deux mois, M. Terrier enleva un polype de l'utérus avec le galvano-cautère en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques. Un phlegmon sous-péritonéal torpide se produisit en même temps que des phénomènes de congestion pulmonaire, qui mirent les jours de la malade en danger. Elle a guéri, mais lentement, et le sucre a reparu dans les urines.

M. Terrier combat la manière de voir de M. Després sur l'influence du calorique rayonnant sur le parenchyme pulmonaire; il fait remarquer que dans les explosions de feu grisou on observe non des pneumonies, mais des laryngites et des trachéites qui affectent fréquemment la forme pseudo-membraneuse; on les observe non seulement chez l'homme, mais encore chez les animaux. De plus, dernièrement, on a émis l'idée que les accidents pulmonaires qui succèdent à l'explosion du feu grisou sont secondaires et tiennent à une intoxication par les gaz respirés.

— M. *Berger* communique un travail sur l'oblitération d'une des narines par la déviation de l'extrémité antérieure du vomer et son traitement. Cette lésion est fréquente, mais mal connue. C'est M. Duplay qui, consulté à ce sujet par M. Berger, lui en indiqua les particularités anatomiques et le mode de traitement. Il s'agit d'une déviation de la portion osseuse et non cartilagineuse de la cloison. Le nez, chez ces sujets, est un peu tordu, camard, élargi à sa base. L'une des narines est obstruée par une saillie recouverte de la muqueuse. Cette saillie présente deux bosselures secondaires : une antérieure et supérieure, blanche, nacrée, cédant à la pression, c'est le cartilage de la cloison; l'autre inférieure, rouge, dure, ne cédant pas au doigt, c'est le vomer. La narine saine est élargie en haut, mais en bas l'élargissement est moindre, car outre sa déviation le vomer a subi une hyperostose qui a porté son épaisseur jusqu'à 1 centimètre et même 1 centimètre 1/2. Dans le reste de leur étendue les narines sont bien conformées, quelquefois cependant il y a une déviation postérieure du vomer, en sens opposé de la déviation antérieure, de telle sorte que ces cavités ont d'avant en arrière la forme d'un S.

Chez ces malades on trouve en outre que l'arc palatin est étroit et la voûte palatine ogivale, les dents sont mal implantées. Il semble en un mot qu'il y a une insuffisance de développement du maxillaire supérieur portant sur le diamètre vertical et forçant le vomer à s'incurver sur lui-même pour se plier aux étroites limites qui lui sont réservées.

Chez les deux malades observés par M. Berger, on constatait l'existence d'un coryza chronique. Souvent les troubles fonctionnels sont très accusés et on a affaire à une infirmité grave : la respiration est gênée et sifflante, les

malades sont obligés de respirer par la bouche; dans les efforts, dans les travaux intellectuels, la gêne s'accentue encore. Quelquefois il s'y joint des troubles de l'ouïe et du larmoiement. Enfin, chez les jeunes sujets on peut voir se produire des déformations thoraciques.

Tous les auteurs qui se sont occupés de remédier à cette difformité se sont adressés à la cloison cartilagineuse, opération qui a l'inconvénient de n'être que temporaire et de laisser des traces cicatricielles. C'était la pratique de Chassaignac.

M. Duplay a conseillé à M. Berger d'attaquer la portion osseuse de la cloison, procédé ayant l'avantage de porter son action sur le point le plus large des fosses nasales et sur la partie la plus épaisse de la cloison.

On endort le malade, et avec un petit ciseau on enlève une lamelle osseuse; si l'élargissement ne paraît pas suffisant, on peut enlever un second copeau et même pratiquer l'évidement avec la gouge; si dans cette manœuvre on perforait la cloison, il ne faudrait pas s'effrayer, car la cicatrisation comblerait vite l'orifice. Après l'opération il suffit de faire le tamponnement pour arrêter l'hémorrhagie; on l'enlève après vingt-quatre ou quarante-huit heures, et il n'est plus nécessaire de faire de pansement, on se contente de prescrire des lavages au chloral (1/1000). Au bout du huitième jour l'amélioration est déjà très sensible et ne fait dès lors que continuer.

M. *Verneuil* a observé des déviations verticales de la cloison, c'est-à-dire que le vomer était conformé en S verticalement, de sorte que la fosse nasale, d'un côté étroite en bas, était large en haut et *vice versâ* pour l'autre. Peut-être pourrait-on, dans ce cas, obtenir le redressement en faisant seulement une perte de substance à la partie inférieure de la cloison?

M. *Berger* a vu, en effet, chez un de ces opérés, la respiration se faire plus aisément du côté primitivement malade que du côté sain; il est possible que dans ce cas il existe avec la déformation antéro-postérieure du vomer une déviation verticale, et on pourrait chercher à y remédier, mais les malades respirant bien après une première opération, n'exigent pas autre chose.

M. *M. Sée* croit qu'il y a intérêt à remédier complètement à la difformité, car une narine qui n'est plus traversée par un courant d'air devient malade.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 3 MAI 1884. — PRÉSIDENCE DE M. FRANÇOIS-FRANCK, VICE-PRÉSIDENT.

Irritations du rein par le passage de substances toxiques: M. Galippe. — Action physiologique de la kairine: MM. Brouardel et Loye. — Constitution physique et chimique des dents: M. Galippe. — Topographie comparée des systèmes nerveux oculo-pupillaire et cardiaque accélérateur; application au goitre exophthalmique: M. François-Franck.

M. *Galippe*, à propos du procès-verbal, insiste sur les effets locaux du passage par le rein d'un certain nombre de substances irritantes, telles que le chloroforme, dont il a été question dans la précédente séance; les accidents d'albuminurie étudiés par M. Bouchard, à la suite des injections sous-cutanées de chloroforme, peuvent avoir leur point de départ, comme ceux qui suivent l'absorption de la cantharidine, dans une action irritative locale sur l'épithélium rénal.

— M. *Loye* fait, au nom de M. Brouardel et au sien, une communication sur l'action physiologique de la *kairine*.

Les caractères de l'empoisonnement par cette substance, qui jouit en Allemagne d'une certaine vogue comme antipyrétique et succédanée de la quinine, portent à penser que c'est dans le sang qu'on doit chercher la raison des accidents asphyxiques observés. En étudiant les modifications quantitatives des gaz du sang sur des chiens soumis à l'action de la kairine, on constate une diminution notable de l'oxygène et de l'acide carbonique du sang. L'acide carbonique a pu diffuser dans les tissus ou être produit en moindre quantité; mais c'est la diminution de l'oxygène qu'il importe surtout de démontrer et d'expliquer. Des expériences spéciales faites dans ce but sur la capacité respiratoire du sang ont montré que c'est le globule du sang, l'hémoglobine, qui est atteinte dans l'empoisonnement par la kairine.

Par l'examen spectroscopique, on constate la destruction complète de l'oxyhémoglobine, sans que l'on puisse saisir les phases intermédiaires de cette destruction.

De cet ensemble de recherches on peut facilement tirer l'interprétation des phénomènes observés: l'abaissement de la température, la diminution de l'urée, l'hématurie, la cyanose des lèvres, l'affaiblissement de la respiration et de la circulation, la parésie, la diminution de la sensibilité, etc., tous ces caractères sont expliqués par la destruction de l'oxyhémoglobine. La connaissance de ce fait essentiel comporte, en outre, la contre-indication de la kairine dans les affections pyrétiques, où on l'administre en Allemagne (pneumonie, scarlatine, fièvre typhoïde, etc.).

— M. *Galippe*, frappé de la nécessité de faire précéder l'étude de la carie dentaire d'une étude préalable de la constitution physique et chimique des dents, s'est livré depuis plusieurs années à des recherches suivies sur la question; il en apporte les résultats à la Société. La dent a, en elle-même, des éléments de résistance aux causes de destruction, éléments dont la valeur effective est liée à l'évolution de l'individu, à sa nutrition, ainsi qu'aux modifications imprimées à l'état général par les états pathologiques acquis ou transmis; l'ensemble de ces éléments constitue une valeur que M. Galippe propose d'appeler *coefficient de résistance*. Celui-ci est variable, si on l'envisage dans les dents d'une même personne; il diffère également d'individu à individu; il s'exprime par les propriétés physiques et chimiques des dents, et ce sont ces propriétés que M. Galippe a étudiées parallèlement. Les analyses chimiques lui ont montré tout d'abord qu'il y avait entre elles un rapport constant; ce premier point acquis, il a cherché à déterminer une propriété physique qui résume toutes les autres, la *densité*. En employant la méthode la plus précise, celle du *flacon*, et en en contrôlant les résultats par l'analyse chimique, il est arrivé aux principales conclusions suivantes: la densité des dents croît depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte; chez l'adulte, elle est susceptible d'éprouver des variations, suivant les oscillations de la nutrition dans l'état de santé ou de maladie; elle paraît être plus considérable chez l'homme que chez la femme. En vertu de l'ascension de la courbe des densités, depuis l'enfance jusqu'à l'âge mûr, les dents de lait ont une densité inférieure à celle des dents permanentes. Si l'on examine comparativement les dents du côté droit et du côté gauche, on voit toujours que la densité est un peu plus considérable d'un côté que de l'autre.

— M. *Judée* expose ses vues particulières au sujet de l'action que le curare exerce sur le système nerveux: « Le curare, dit-il en concluant, est sans action sur la neurilité sensitive et réflexe; il n'agit pas non plus sur les plaques terminales nerveuses comme on le croit généralement, mais bien sur les centres nerveux, constitués dans le cas présent par ce qu'on est convenu d'appeler les grosses cellules nerveuses ou cellules motrices. »

— M. *François-Franck* présente une étude d'ensemble de la topographie des appareils nerveux qui commandent aux muscles lisses oculaires (iris, muscle ciliaire, aponévrose orbito-oculaire, etc.) et des appareils nerveux accélérateurs du cœur, en insistant sur la provenance médullaire commune

de ces deux systèmes, sur leur trajet parallèle dans les rameaux communiquants cervico-dorsaux, sur leur convergence vers le ganglion premier thoracique au delà duquel commence seulement la dissociation anatomique. Cette étude est le résultat des recherches déjà connues sur la question, de celles que l'auteur a exécutées lui-même et dont il a publié les résultats en 1877-1879 (*Société de biologie* et *Comptes rendus du laboratoire de M. Marey*), ainsi que des nouvelles expériences de contrôle qu'il a faites dans ces derniers temps. Les vaso-moteurs céphaliques, ceux des membres supérieurs, du poumon, etc., ont leur point de départ dans le même tronçon de moelle et prennent les mêmes voies pour gagner le centre de convergence thoracique supérieur; on saisit dès lors la multiplicité des réactions auxquelles devra donner lieu une lésion irritative, expérimentale ou accidentelle, intéressant soit la moelle cervico-dorsale, soit la chaîne ganglionnaire dans la région du premier ganglion thoracique. On trouve réalisé en clinique le type le plus complet des troubles fonctionnels que pourrait provoquer l'altération dont il s'agit dans le goitre exophthalmique complet: les accidents oculo-pupillaires, cardiaques et vaso-moteurs présentent, à l'état d'association, les effets qu'on peut déterminer isolément par l'excitation de telle ou telle portion extra-médullaire des départements sympathiques indiqués, ou produire dans leur ensemble, en s'adressant à la moelle elle-même; c'est à ce point de départ central que doivent être rapportés les accidents du goitre exophthalmique. (Pour les détails, voy. le *Compte rendu* officiel des séances. G. Masson.)

SÉANCE DU 10 MAI 1884. — PRÉSIDENCE DE M. FRANÇOIS FRANCK, VICE-PRÉSIDENT.

Figures anciennes d'anatomie humaine : M. Pouchet. — Cause de la rigidité musculaire chez les animaux soumis à de hautes pressions : M. Regnard. — Effets inhibitoires des excitations des zones corticales dites non excitables : M. Brown-Séquard. — Expériences sur un supplicié: M. Laborde. — Défaut d'absorption rectale des vapeurs du chloroforme : M. Dubois. — Action de la kairine sur le sang : M. Quinquaud.

M. *Pouchet* met sous les yeux de la Société les plus anciennes figures d'anatomie humaine qui existent probablement au monde, car elles doivent dater des dernières années du quatorzième siècle. Elles illustrent un manuscrit persan communiqué à M. Pouchet par M. Scheffer, le traité d'anatomie de Mansour-ben-Ahmed.

— M. *Regnard*, revenant sur un point de ses précédentes communications relatives aux effets des hautes pressions sur l'organisme, rappelle que des muscles plongés dans l'eau et soumis à la pression de 600 à 1000 atmosphères, présentent presque instantanément un gonflement et une rigidité considérables. Il avait supposé que l'eau pouvait pénétrer dans les muscles et produire ces phénomènes. Pour s'assurer du fait, il a d'abord comparé le poids des mêmes muscles de grenouille avant et après l'expérience, et constaté une augmentation de poids considérable. De plus, en comprimant des pattes de grenouille tenues à l'abri du contact de l'eau, M. Regnard a constaté qu'on n'observe plus ni la rigidité ni l'augmentation de poids. Les mêmes phénomènes ont été observés sur le dytique, dont les muscles se trouvent soustraits à l'action de l'eau par le test chitineux qui les recouvre. Par suite on est autorisé à accepter comme démontré le mécanisme du gonflement et de la rigidité musculaires tel qu'il avait été énoncé par M. Regnard.

— « M. *Brown-Séquard* rapporte des faits qui montrent que la zone corticale du cerveau que l'on considère comme inexcitable, n'est telle que parce que c'est de l'inhibition qu'elle produit le plus souvent au lieu de mouvements. La puissance motrice, qui est l'indice d'une excitabilité moindre que la puissance inhibitoire, existe, dans certaines circonstances, dans les parties dites non motrices de l'écorce du cerveau. Chez le lapin, très souvent, une bande étroite de l'écorce près de la ligne médiane dans toute l'étendue de la portion occipitale, produit des mouvements des membres du côté opposé, lorsqu'on la galvanise. Chez le chien, assez souvent, après plusieurs sections superficielles de la zone corticale dite non motrice, on produit par de nouvelles sections des mouvements des membres du côté opposé. Après avoir galvanisé d'une manière très énergique et à la fois les parties dites motrices et non motrices de l'écorce cérébrale, on voit apparaître une excitabilité motrice telle, dans la zone considérée comme incapable de mouvoir les membres, la face ou le cou, que tous les mouvements que l'on voit d'ordinaire apparaître sous l'irritation galvanique des parties qu'on appelle centres moteurs peuvent être produits par la zone prétendue non motrice. Cette expérience réussit plus souvent chez le chien que chez le lapin. Déjà en 1875, l'auteur avait fait voir que la cautérisation de la partie occipitale de l'écorce peut produire de la contracture ou de l'épilepsie. Quant à l'inhibition on constate que, lorsqu'on a galvanisé les parties occipitales et sphénoïdales de l'écorce sans rien produire en apparence, on trouve souvent que les parties appelées centres moteurs et aussi la base de l'encéphale du même côté que la galvanisation, ont perdu leur puissance motrice plus ou moins complètement. Ces parties sont inhibées. Déjà en 1875 l'auteur avait montré que la cautérisation de l'écorce à la partie postérieure du cerveau, comme à ses parties moyenne et antérieure, peut déterminer des paralysies dans les membres et produire dans l'œil et dans la face les effets d'une section du nerf grand sympathique cervical. »

— M. *Laborde* a saisi l'occasion d'exécuter sur le cadavre d'un supplicié (Campi) une série d'expériences intéressantes relatives à l'action des intercostaux et à l'élasticité pulmonaire. Ses expériences lui ont nettement montré que les intercostaux internes sont *abaisseurs* des côtes, expirateurs par conséquent, les intercostaux externes étant élévateurs des côtes, inspirateurs. Ainsi se trouve vérifiée la loi théorique de Hamberger et paraît devoir prendre fin la discussion si souvent renouvelée au sujet de l'action de ces muscles.

Quant à la question de l'élasticité pulmonaire, M. Laborde n'a voulu en aborder qu'un côté: il s'est seulement préoccupé du degré de persistance de l'élasticité du poumon après la mort. Sur le chien il avait déjà constaté que le poumon insufflé chasse par son retrait élastique la presque totalité de l'air qu'il renferme pendant douze à treize jours; chez l'homme la durée de cette propriété élastique du tissu n'a pas persisté au delà de cinq jours. Il faut ajouter que le poumon de Campi était fortement emphysémateux.

M. Laborde insiste, en terminant, sur l'état du cœur une heure après la décapitation. Les cavités ventriculaires étaient complètement effacées; les parois du ventricule gauche, très fortement hypertrophiées, étaient rigides, la systole complète.

— M. *Dubois* a cherché dans quelle mesure il était possible d'obtenir l'anesthésie par l'injection rectale d'air chargé de vapeurs chloroformiques. Il a constaté que, même après un chauffage préalable qui augmente la tension des vapeurs, l'absorption n'a pas lieu. L'air expiré n'exhale aucune odeur chloroformique et l'anesthésie ne se montre pas, bien qu'on ait distendu l'intestin par les vapeurs mélangées d'air.

— M. *Quinquaud* complète les réflexions qu'il avait présentées dans la précédente séance à propos de l'action physiologique de la kairine; il insiste surtout sur les caractères spectroscopiques du sang qu'il a pu déterminer avec plus de détails que MM. Brouardel et Loye. Dans ses expériences il résulte que la kairine produit des phénomènes d'excitation, puis des signes de résolution musculaire, avec une sorte de coma, lorsqu'on a fait une injection veineuse à

dose suffisante. Après l'injection, la pression artérielle diminue considérablement; le lendemain la pression redevient normale, si la dose a été insuffisante pour produire des accidents graves; les veines deviennent bleuâtres ainsi que les artères.

Les gaz totaux du sang diminuent de quantité très peu de temps après l'injection, puis augmentent progressivement à mesure que se fait la réparation. Le pouvoir absorbant diminue, moins cependant qu'on le croirait en voyant le changement de couleur du sang bien observé par MM. Hallopeau et Girat.

Royal medical and chirurgical Society.

SÉANCE DU 8 AVRIL 1884.

Anatomie pathologique du myxœdème.

M. *John Harley* rapporte l'histoire d'un cas typique de myxœdème, qui a été soumis à ses soins depuis près de sept ans et qui s'est terminé par la mort. A l'autopsie on a trouvé des adhérences et un épaississement des plèvres, avec induration d'un poumon et les reliquats d'une ancienne inflammation du péritoine, dont le malade avait été atteint dans sa jeunesse. Les ganglions thoraciques du sympathique étaient emprisonnés dans les adhérences pleurales, et du côté gauche il était très difficile de les distinguer. Harley rapporte un autre cas de myxœdème avec induration du poumon et des plèvres et compression des ganglions du sympathique, publié dans les *Transactions* de la *Royal medical and chirurgical Society*, et conclut que, si les lésions étaient constantes, le myxœdème ne devrait pas être regardé comme une maladie spécifique, mais comme une variété de ce que les auteurs appellent *a chronic cold debility* dépendant de la dépression des fonctions vitales et fréquemment associée à la dégénérescence fibroïde des poumons.

SÉANCE DU 22 AVRIL 1884.

Accroissement du cancer en Angleterre et dans le pays de Galles. Epiphysitis.

M. *F.-B. Jessett* lit une note sur la cause de l'accroissement du cancer en Angleterre et dans le pays de Galles. En compulsant le registre général statistique pour ces dix dernières années on trouve 9945 décès par cancer en 1872, et 13 542 en 1881, 431 par 1 000 000 d'habitants en 1872, et 520 en 1881. On voit encore que la proportion de mort est plus grande dans les pays marécageux qu'autrefois, à l'exception de Londres, de Devon, Somerset, Gloucester, et le nord du pays de Galles. Le cancer est en effet plus commun dans les pays bas et humides, mais l'hérédité entretenue par les mariages consanguins a probablement beaucoup plus d'influence que les conditions topographiques. Il faut aussi faire entrer en ligne de compte les préoccupations morales qu'amène la lutte pour l'existence et qui viennent s'ajouter à la prédisposition héréditaire.

— M. *Macnamara* présente un travail sur l'épiphysitis (ostéomyélite des adolescents). Il ne s'occupe dans ce travail que de l'épiphysitis du tibia et rapporte cinq cas de cette maladie, dans lesquels on voit les différentes phases qu'elle peut parcourir sans se propager ni au genou ni au cou-de-pied et pendant l'évolution desquelles elle peut donner lieu à la nécrose de la diaphyse entière du tibia, à des abcès des os, à une sclérose diffuse et une hypertrophie du tibia. A cette occasion l'auteur passe en revue l'anatomie pathologique, les symptômes et le traitement de cette affection.

Medical Society of London.

SÉANCE DU 17 AVRIL 1884.

Inflammation suppurative de l'estomac. — Administration de l'ipécacuanha dans la dysentérie.

M. *Whipham* lit une note sur l'inflammation suppurative de l'estomac. Il raconte d'abord l'histoire d'une femme âgée de quarante-neuf ans, sujette à des embarras gastriques accompagnés de vomissement et de diarrhée, qui fut admise à Saint-Georges hospital, dans un état d'émaciation avancé, avec un ictère très marqué, des douleurs à l'épigastre et des vomissements de liquide verdâtre et fortement acide. La malade ne tarda pas à mourir dans le coma, avec des symptômes de péritonite. A l'autopsie on trouva de la congestion pulmonaire et un rétrécissement de la valvule mitrale; une petite quantité de liquide purulent était renfermée dans le péritoine, l'estomac contenait un liquide jaune verdâtre, son extrémité cardiaque était épaissie et infiltrée de produits inflammatoires; l'extrémité pylorique était aussi le siège d'une infiltration séparant la muqueuse de la musculeuse; sur la face postérieure était une zone suppurée d'environ un pouce carré au-dessous de l'enveloppe séreuse. L'examen histologique montra une infiltration purulente des tuniques sous-muqueuses. La littérature anglaise, ajoute M. Whipham, ne renferme pas d'observation d'inflammation aiguë de l'estomac, mais, dans les livres étrangers, Raynaud et d'autres auteurs ont décrit cette maladie avec détails. Il résume d'après ces travaux les principaux caractères de l'affection, avec ses causes et son anatomie pathologique.

— M. *Joseph Ewart* commence sa communication en disant que la valeur de l'ipécacuanha dans les périodes congestives, exsudatives et ulcératives de la dysentérie aiguë est généralement reconnue à l'heure qu'il est, mais qu'une grande divergence d'opinion sépare les cliniciens sur le meilleur moyen de l'administrer; quelques-uns croient encore que 5 à 10 grains sont des doses suffisantes et que la petite quantité est compensée par la répétition des doses. En agissant ainsi, on croit éviter la dépression de l'individu, mais, dans l'opinion de l'auteur, on obtient l'effet opposé, car l'estomac n'échappe jamais à l'influence du médicament ainsi administré. Le meilleur mode d'administration consiste à faire prendre un scrupule (1gr,295) à un drachme d'ipécacuanha toutes les douze heures. Au commencement de la maladie on peut donner le médicament plus souvent pendant quelque temps, mais, si l'affection ne cède pas, il vaut mieux revenir aux doses espacées. M. Ewart confirme ses vues en rapportant plusieurs observations personnelles et empruntées aux auteurs.

REVUE DES JOURNAUX

La récidive de la fièvre typhoïde, par M. Steinthal. — En utilisant les documents statistiques et observations recueillis à la clinique de Leipzig, Steinthal arrive aux conclusions suivantes :

La récidive de la fièvre typhoïde est beaucoup plus rare qu'on ne l'admet généralement.

Son criterium le plus certain est le début en escalier de la courbe thermique : si le troisième jour la température atteint 40 degrés, on peut affirmer avec certitude l'existence d'une récidive. Ce signe est supérieur à la roséole, qui vient en seconde ligne comme importance. La tuméfaction de la rate, les phénomènes intestinaux, le pouls dicrote et la bronchite viennent en troisième ligne.

La récidive fait partie intégrante de la maladie et ne peut

être enrayée par aucun traitement ou régime pendant l'apyrexie.

Son début est souvent influencé par des écarts de régime ou par des influences psychiques

Le professeur von Ziemssen fait suivre ce travail de commentaires autorisés. Il n'admet pas que l'on place en première ligne une courbe thermométrique qui fait souvent défaut : la roséole et la congestion de la rate sont des symptômes tout aussi importants. La première conclusion de Steinthal ne paraît aucunement prouvée : il semble, au contraire, que, depuis l'emploi des nouvelles méthodes de traitement, la récidive soit plus fréquente que jadis.

Il n'est pas démontré non plus que la récidive ne puisse être avantageusement combattue pendant la pyrexie. Il n'est pas impossible que la rate soit une sorte de réservoir de l'agent infectieux, et l'on peut supposer qu'un traitement par la quinine aurait de bons effets. (*Deutsch. Arch. für klin Med.*, t. XXXIV, p. 357.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique de gynécologie et des maladies des femmes, par le docteur L. de Sinéty (deuxième édition). 1 vol. in-8° de 994 p., avec 181 fig. dans le texte. — Paris, 1884. O. Doin.

Nous avons peu de choses à dire du *Traité de gynécologie* de M. de Sinéty : les ouvrages de la valeur et de l'utilité de celui-ci n'ont pas besoin de longs éloges, surtout lorsqu'ils sont déjà connus et appréciés de tous.

C'est en effet, non un livre nouveau, mais une seconde édition de son œuvre que l'auteur vient de faire paraître, la première ayant été épuisée en cinq ans; cependant on trouve un certain nombre de chapitres nouveaux, ou tout au moins complètement remaniés, et cadrant mieux avec le plan général, et avec l'importance acquise dans ces derniers temps par les questions de chirurgie gynécologique. C'est ainsi que l'opération de la fistule vésico-vaginale, celle du kyste ovarique ont pris dans l'édition nouvelle un développement bien justifié; l'ovariotomie, avec ses différents temps, son manuel opératoire, ses indications et contre-indications, a été l'objet d'une description suffisamment détaillée et offrant, dans son ensemble, le « caractère pratique » qui s'affirme dans l'ouvrage tout entier.

Des pages nouvelles ont été consacrées à l'auscultation et à la percussion en gynécologie, à la symptomatologie des tumeurs uréthrales, à l'hydrocèle et aux tumeurs diverses des ligaments ronds, etc. Enfin, l'étude des phlegmasies circum-utérines et, en particulier, de l'inflammation circum-utérine proprement dite, a subi d'importantes modifications, qui donnent un intérêt spécial à la lecture de cette partie de l'ouvrage.

Les grandes divisions ont été, d'ailleurs, conservées : la première partie traite des divers moyens d'exploration ; la seconde est consacrée aux affections de la vulve et du vagin ; la troisième à l'utérus; la quatrième à ses annexes, ovaires, trompes, ligaments larges; la cinquième enfin aux troubles de la sécrétion lactée et aux inflammations de la mamelle.

Convaincu, à bon droit, que « l'anatomie pathologique est une des meilleures bases sur lesquelles puisse s'appuyer la clinique », M. de Sinéty a donné un développement tout particulier à cette portion de son travail; il a, d'ailleurs, adopté une méthode excellente et bien propre à faciliter l'intelligence des lésions pathologiques, en faisant précéder leur étude, pour chaque organe en particulier, d'une description fort complète de la structure normale. On trouve dans cette sorte d'introduction d'anatomie normale placée en tête des divers chapitres, et dans les paragraphes consacrés aux altérations pathologiques, qui en sont, pour ainsi dire, le complément, des documents précieux à consulter, et dont l'intérêt se trouve justifié par la compétence toute spéciale de l'auteur en pareille matière. Le résultat des examens histologiques est exposé d'une façon complète, mais sans minuties fastidieuses, et les figures qui accompagnent le texte permettent de suivre facilement la description précise des lésions élémentaires.

Nous n'avons pas la prétention d'analyser ici les théories physiologiques et les dissertations cliniques qui composent l'œuvre de M. de Sinéty ; mais nous croyons utile de signaler qu'il se déclare, à diverses reprises, partisan convaincu de la *disjonction* entre l'ovulation et la menstruation, sans pouvoir réunir cependant un faisceau d'arguments et de preuves suffisant à autoriser une conclusion formelle à cet égard. On comprend, du reste, que cette interprétation, peut-être contestable, des phénomènes complexes de la menstruation, doit logiquement avoir un retentissement direct sur la façon dont l'auteur envisage quelques autres phénomènes connexes, tels que la persistance de règles plus ou moins périodiques après l'ablation des deux ovaires, la conception au cours de l'aménorrhée, la suppression de certaines hémorrhagies utérines ou des accidents dysménorrhéiques à la suite de l'opération de Battey, etc.

Quoi qu'il en soit de cette question de doctrine encore en litige, le *Traité pratique de gynécologie* est aujourd'hui un livre classique, utile non seulement aux étudiants, mais aux médecins, qui y trouvent, sous une forme attrayante, une étude fort complète des maladies des femmes, en même temps que de précieux conseils propres à les guider dans la thérapeutique parfois si délicate de ces affections.

André Petit.

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE : A. WURTZ.

Un nouveau deuil, plus imprévu, non moins cruel que les précédents, vient encore de frapper l'Académie des sciences et l'Académie de médecine. Quelques jours à peine après avoir payé, en termes éloquents, un juste tribut d'hommages et de regrets à son maître et ami J.-B. Dumas, M. Wurtz vient d'être emporté, en quelques jours, par une maladie dont on ne soupçonnait pas l'irrémédiable gravité, au moment même où ses confrères se disposaient à l'appeler au poste de secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

Né à Strasbourg le 26 novembre 1817, Adolphe Wurtz y fut reçu docteur en médecine en 1843, après avoir brillamment soutenu une thèse *sur l'albuminurie et la fibrine*. Elève de Liebig, puis de A. Cailliot, dont l'enseignement pratique était si consciencieux, si profitable, et qui survit à son éminent disciple, Wurtz quittait bientôt (1844) la place de chef des travaux chimiques à la Faculté de médecine de Strasbourg pour venir occuper à Paris, sous la direction de J.-B. Dumas, une position analogue et conquérir de haute lutte, trois ans plus tard (1847), la place d'agrégé. En 1852, il suppléait son maître dans la chaire de chimie organique et de pharmacie et, peu de temps après (10 décembre 1853), il succédait à Dumas et à Orfila, les deux chaires de ces savants illustres ayant été réunies sous le nom de chaire de chimie organique et chimie minérale. Professeur éloquent, d'une activité et d'un zèle incomparables, Wurtz savait attirer et retenir auprès de lui un grand nombre d'élèves et de savants français et étrangers, dont beaucoup sont devenus eux-mêmes des maîtres d'un mérite incontesté. Doyen de la Faculté de médecine en 1866, à la suite de troubles qui nécessitèrent la démission de Tardieu, il conserva ces fonctions jusqu'en 1875. Pendant ces dix années il eut à soutenir bien des luttes. Son caractère ferme et conciliant lui permit de triompher de tous

les obstacles, de créer un cours de chimie biologique, un cours complémentaire de chimie pratique, de hâter l'installation et l'organisation de laboratoires. La *Gazette hebdomadaire* a rendu justice en 1875 aux efforts de M. Vurtz et signalé les résultats qu'il avait obtenus. En 1874, il fut appelé à la Faculté des sciences pour y enseigner la chimie organique. Il résigna dès lors ses fonctions de doyen pour se consacrer à cet enseignement nouveau. En 1856, il avait été nommé membre de l'Académie de médecine et en 1867 membre de l'Académie des sciences. Ses travaux laisseront, dans l'histoire de la chimie, une trace ineffaçable. Après Gerhardt, Laurent, Kopp, il définit et propagea les nouvelles théories chimiques, et les luttes qu'il soutint, en 1877, contre Dumas, Henri Sainte-Claire Deville et Berthelot, qui défendaient la doctrine des équivalents, sont restées justement célèbres. La découverte des *ammoniaques composées* et celle des *glycols*, ses leçons et ses discours sur la *théorie des atomes* et la nouvelle notation chimique, ses *Traités de chimie* et de *philosophie chimique*, son *Dictionnaire de chimie pure et appliquée* et tant d'autres mémoires, que leur caractère spécial nous empêche de signaler ici, lui ont valu non seulement les plus hautes récompenses accordées par les corps savants, telles que le prix biennal de 20 000 francs (1865) et la médaille Copley (1881), mais, ce qui vaut mieux, le respect et l'estime de tous les savants français et étrangers. Adolphe Wurtz avait été appelé au Sénat, où il défendait la politique du centre gauche. Il était grand-officier de la Légion d'honneur. Il appartenait à la plupart des Sociétés et Académies françaises et étrangères ainsi qu'à un grand nombre de Comités, depuis le Conseil supérieur de l'instruction publique et le Conseil de l'ordre de la Légion d'honneur jusqu'au Conseil de salubrité et au Comité consultatif d'hygiène, dont il était le président. Homme de bien, profondément attaché à son pays, ayant conservé dans la haute situation que lui avaient value son intelligence et son travail, cette simplicité, cette honnêteté de mœurs qui le faisaient aimer de tous ceux qui l'ont connu, Adolphe Wurtz laisse après lui, parmi les Alsaciens qu'il a toujours tant aimés, parmi les étudiants, les médecins, les hommes de science qu'il a toujours accueillis avec une bienveillance si cordiale, parmi les hommes politiques auxquels il a donné l'exemple du patriotisme et du devoir, des souvenirs et des regrets impérissables.

L. L.

L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE A GENÈVE. — Le fait dominant du mois de mars a été le développement rapide et intense, puis la diminution, de l'épidémie de fièvre typhoïde qui s'était déclarée à Genève vers le milieu de février, et qui a atteint son maximum dès le 10 mars avec soixante-cinq cas déclarés dans les vingt-quatre heures. La diminution s'est produite immédiatement après. Elle s'est tellement soutenue et prononcée, que, dans les trois dernières journées de mars, l'épidémie était déjà réduite de plus des cinq sixièmes, avec une dizaine seulement de cas nouveaux par vingt-quatre heures. Cette diminution continue de même depuis le commencement du mois d'avril.

Une enquête, remontant jusqu'au 1er janvier et commencée dès le début de l'épidémie, a permis d'en connaître exactement la marche.

Chaque semaine, tous les médecins pratiquant dans le canton de Genève ont eu l'obligeance d'envoyer l'indication des cas nouveaux qu'ils avaient observés pendant la semaine précédente. Ils ont droit à la reconnaissance publique, car cette enquête générale a déjà donné des résultats précieux pour l'étiologie et la prophylaxie.

Six ou sept cas seulement de la maladie se sont produits dans le reste du canton. Tous les autres ont éclaté au sein de l'agglomération genevoise urbaine et suburbaine, et essentiellement dans le périmètre des quartiers où se distribue l'eau que la machine hydraulique puise dans le port, accidentellement souillé par des égouts de la banlieue, pour lesquels on construit en ce moment un grand collecteur qui les déversera en aval de la ville.

La conduite d'alimentation de la machine va être immédiatement prolongée jusqu'en amont du port, de sorte que l'eau potable, puisée dans le lac même, sera pure et à l'abri de toute contamination. (*Revue médicale de la Suisse romande.*)

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le docteur Diday (de Lyon) fera le samedi matin, 17 mai, dans l'amphithéâtre de M. le professeur Hardy, à la Charité, une leçon sur *l'éradication de la syphilis.*

HÔPITAUX. — CONCOURS. — Le concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé samedi soir, 10 mai 1884, par la nomination de MM. les docteurs Nélaton et Prengrueber.

M. le docteur Jalaguier, classé troisième, a eu le même nombre de points que M. Prengrueber, mais ce dernier a dû, à une admissibilité de plus dans les concours précédents, d'être classé au premier rang.

— A la suite de la troisième épreuve d'admissibilité du concours pour la nomination à deux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris, les dix candidats dont les noms suivent ont seuls été admis à subir les épreuves définitives. Ce sont: MM. Brissaud, de Beurmann, Hirtz (Edgar), Hirtz (Hippolyte), Josias, Lorey, Merklen, Muselier, Oulmont et Renault.

Le sujet de la composition écrite (première épreuve définitive), a été : De la phthisie laryngée.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — Par décision du Conseil municipal de Paris et sur la demande de M. le professeur Pajot, les noms de Paul Dubois et de Depaul vont être donnés aux salles désignées actuellement sous les n°s 1 et 2 de l'hôpital de la clinique d'accouchements.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Comme les années précédentes M. Berthelot a été nommé vice-président et M. A. Dumont secrétaire de ce conseil.

Les membres nommés pour quatre ans par le ministre de l'instruction publique, sont : MM. Bréal, Buisson, Albert Dumont, Gavarret, Gréard, Manuel, du Mesnil, Perrot, Zévort.

Les membres de la section permanente sont : MM. Béclard, Berthelot, Beudant, Drumol, Duruy et Janet.

NOMINATION. — Le concours pour la nomination à une place d'accouchement des hôpitaux et hospices civils de Paris, vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Champetier de Ribes.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Par arrêté en date du 10 mai courant, M. le docteur Richelot père a été nommé médecin-inspecteur honoraire de l'établissement thermal du Mont-Dore. M. le docteur Richelot avait, pendant de longues années, rempli avec distinction les fonctions de médecin-inspecteur de cette station thermale. Il emporte dans sa retraite l'affectueuse estime de ses confrères du Mont-Dore.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 23 mai). — *Ordre du jour :* M. Duguet, sur une dégénérescence kystique du rein avec sclérodermie. — Communications diverses.

MORTALITÉ A PARIS (19e semaine, du 2 au 8 mai 1884). — Fièvre typhoïde, 43. — Variole, 2. — Rougeole, 50. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 12. — Diphthérie, croup, 51. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 64. — Phthisie pulmonaire, 210. — Autres tuberculoses, 28. — Autres affections générales, 65. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 52. — Bronchite aiguë, 27. — Pneumonie, 120. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 25; au sein et mixte, 24; inconnu, 3. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 113; de l'appareil circulatoire, 85; de l'appareil respiratoire, 96; de l'appareil digestif, 60; de l'appareil génito-urinaire, 33; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 8. — Morts violentes, 28. — Causes non classées, 7. — Total : 1228.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 22 mai 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : MOUVEMENTS DU CERVEAU. EXPÉRIENCES SUR LA RAGE. — DE L'ACTINOMYCOSE.

Académie de médecine : Mouvements du cerveau.

La discussion sur les mouvements du cerveau, qu'on croyait épuisée, s'est ranimée dans la dernière séance avec une vivacité particulière et sera continuée mardi prochain. M. Marc Sée s'est attaqué à la fois à M. Luys, à M. Colin (d'Alfort) et à M. Sappey, à ce dernier surtout, et parfois en des termes qui ont éveillé les susceptibilités de l'Académie et quelque peu nui à l'effet de l'argumentation. Parmi les considérations scientifiques présentées par l'orateur, il en est de très sérieuses, que certainement les adversaires mêmes de M. Sée prendront en considération. Nous attendrons que ce débat soit, cette fois, réellement clos, pour revenir sur l'intéressante question de physiologie qui en est le sujet.

Expériences sur la rage.

S'il était possible de classer, par ordre d'importance ou d'intérêt, des découvertes comme celles de M. Pasteur, nous n'hésiterions pas à déclarer que la dernière communication qu'il vient de faire à l'Académie et que nous reproduisons textuellement plus loin (p. 345) prime encore toutes celles dont nous avons déjà parlé. En nous exprimant ainsi, nous ne pensons pas seulement aux conséquences thérapeutiques qu'elle laisse entrevoir. C'est la persistance dans les recherches, la sûreté dans les méthodes, l'ingéniosité dans ces expériences si multiples et si variées qui nous frappe surtout. Certes nous admirons ce qui a été écrit par l'illustre savant sur le charbon et le choléra des poules. A plusieurs reprises, nous avons applaudi à ces découvertes en faisant ressortir ce qu'il faut au génie de ténacité pour ne point se décourager devant les difficultés expérimentales ou les objections théoriques et pour réussir toujours là où tant d'autres auraient échoué. Dans ces études sur la rage, l'idée directrice se montre et s'affirme avec plus de netteté encore. M. Pasteur avait commencé par chercher le microbe de la rage. Un jour il crut l'avoir trouvé. Mais peu de temps après avoir décrit morphologiquement l'organisme qu'il avait observé dans la salive, il reconnaissait lui-même que cet organisme n'avait rien de spécifique. Un autre se fût exclusivement attaché à la recherche du parasite. M. Pasteur, on le verra en lisant l'exposé si net et d'une concision si éloquente dans sa simplicité, des nombreuses expériences qu'il a tentées, a suivi une autre voie. Il a étudié physiologiquement le virus qu'il ne parvenait point encore à définir anatomiquement, et ses tentatives ont été couronnées de succès. Nous devons nous borner aujourd'hui à applaudir à ce nouveau triomphe. Plus tard nous essayerons de montrer, par un exposé plus détaillé de ses recherches, ce que la médecine doit aux travaux sortis du laboratoire de l'École normale.

L. L.

De l'actinomycose.

I

L'actinomycose est une maladie parasitaire, de découverte récente, qui affecte surtout la race bovine en Allemagne et en Italie, mais qu'on observe aussi dans d'autres espèces animales, telles que le porc, et enfin chez l'homme. En dehors de l'intérêt qu'elle offre pour le nosographe, l'actinomycose est peut-être appelée à jouer un rôle important en pathologie générale; car elle pourrait fournir un vaste champ d'exploration pour l'étude anatomo-pathologique et expérimentale des processus d'origine parasitaire, qui préoccupent à si juste titre la science contemporaine.

A la médecine vétérinaire revient l'honneur de la découverte de l'actinomycose, que l'Italie et l'Allemagne peuvent également revendiquer. Si, dès 1868, Rivolta a signalé la

présence, dans certaines tumeurs sarcomateuses qu'on observe souvent au niveau de l'angle de la mâchoire chez le bœuf, d'éléments spéciaux qui étaient sans doute des actinomycètes, si en 1875 Perroncito donna de ces « productions cryptogamiques » une description exacte, c'est Bollinger (de Munich) qui le premier fit de cette question l'objet d'une monographie détaillée (*Centralblatt f. die med. Wissensch.*, juillet 1877). Bollinger trouva le parasite, qu'il étudia avec la collaboration du botaniste Hartz et auquel il donna le nom d'*Actinomyces bovis*, non seulement dans la néoplasie périmaxillaire du bœuf, mais encore dans les ganglions voisins et dans des tumeurs du larynx et de l'estomac. Le travail de Bollinger eut un grand retentissement, et bientôt les observations d'actinomycose bovine se multiplièrent; d'autre part on rencontra la même maladie dans d'autres espèces animales qu'on croyait réfractaires, chez le cheval, le chien et surtout chez le porc.

L'intérêt de la question s'accrut singulièrement lorsqu'en 1878 James Israel publia, dans les *Archives de Virchow*, deux observations concluantes d'actinomycose chez l'homme. Depuis cette époque les travaux sur ce sujet ont afflué. En dehors de nombreux faits isolés, nous citerons surtout plusieurs mémoires successifs de Ponfick et d'Israel, et ceux de Rosenbach (*Centralblatt für Chir.*, 1880) et de Zemann (*Med. Jahrb.*, 1883). La « maladie de Rivolta » trouva également plusieurs historiens en Italie, tels que Vachetta, Bizzozero, Canali et Bianchi.

Jusqu'à ces derniers temps, la France et l'Angleterre paraissaient rester étrangères au débat. En Angleterre nous n'avons à signaler qu'une observation publiée par Knight Treves (*Lancet*, janvier 1884). Peu après parut, dans le *Progrès médical* (1884, n°s 7 et 9), l'intéressante revue de Bricon. Enfin, dans une fort importante monographie à laquelle nous ferons de nombreux emprunts (*Rev. de méd.*, avril 1884), Firket (de Liège) vient de donner le résultat de recherches personnelles étendues, en même temps qu'il nous fournit des indications bibliographiques complètes sur les travaux antérieurs.

Nous possédons aujourd'hui une trentaine d'observations d'actinomycose humaine; c'est un chiffre élevé, étant donné que la maladie n'a été décrite que depuis six années à peine, et que beaucoup, sans nul doute, la méconnaissent à l'occasion; ce n'en est pas moins à la pathologie vétérinaire et à l'expérimentation qu'il faut encore demander les notions les plus précises sur ce processus morbide.

II

L'angle du maxillaire inférieur est, nous l'avons dit, le siège de prédilection des tumeurs actinomycosiques chez le bœuf; leur aspect et leur consistance les ont fait souvent désigner sous le nom de sarcomes, d'ostéo-sarcomes. Primitivement sous-cutanée, la néoplasie se développe lentement; d'un côté elle distend et perfore la peau, de l'autre elle gagne en profondeur, dissociant les muscles, déterminant sur le maxillaire la formation de stalactites osseuses, attaquant et détruisant les cloisons alvéolaires. Au sein du tissu sarcomateux, ou fibrosarcomateux, on distingue des masses opaques, jaunâtres, constituées par l'agglomération de petits nodules sur lesquels nous allons revenir.

Peu à peu la tumeur se transforme, un travail de régression s'établit; la néoplasie se creuse de foyers de ramollissement, de collections purulentes plus ou moins étendues qui s'ouvrent dans des trajets fistuleux anfractueux. Au sein des fongosités qui recouvrent les parois des abcès et des fistules, comme dans le pus qu'ils renferment, on trouve de nombreuses granulations d'un jaune de soufre, analogues à des cristaux, avec lesquels on a dû souvent les confondre. Ces *grains jaunes*, qu'on distingue parfois à l'œil nu, sont caractéristiques de l'actinomycose, car ils renferment le champignon spécifique. « Ces granulations sont formées par l'agrégation de petites boules d'actinomyces, dont le diamètre atteint ou dépasse même 1/10 de millimètre. Chacune de ces boules a la forme d'une mûre... Au microscope la partie centrale de cette masse se montre constituée par des filaments mycéliens très délicats, entre-croisés; ces filaments se dirigent vers la périphérie de la masse, où ils se terminent en gonidies, renflés en forme de poire ou de massue, homogènes, jaunâtres, fortement réfringentes. Par la compression ou la dissociation, les gonidies se détachent facilement des filaments mycéliens et laissent mieux voir alors leur forme et leurs dimensions (longueur 4 à 12μ, largeur 1,5 à 4μ) » (Bizzozero, *Manuel de microscopie clinique*, cité par Bricon).

En résumé, le processus actinomycosique passe par deux périodes successives; au début, phase de néoformation conjonctive, puis phase de destruction plus ou moins rapide. Les lésions auxquelles il donne naissance seraient encore plus étendues si la néoplasie n'avait pas, comme le font remarquer tous les auteurs, une grande tendance à s'incruster de sels calcaires qu'il faut dissoudre avant d'en étudier la structure.

Ces caractères anatomiques permettent de ranger la masse actinomycosique parmi les « tumeurs d'infection » des Allemands, à côté des produits de la morve, de la syphilis, et enfin de la tuberculose. C'est dire quel intérêt il y aurait à suivre pas à pas l'évolution de cette néoplasie; malheureusement les recherches expérimentales, dans le détail desquelles nous ne saurions entrer, les tentatives d'inoculation n'ont pas donné de ré[illegible]ultats assez concluants pour qu'on puisse se prono[illegible] égard. Cependant il semble que dans les cas de m[illegible]arition des éléments parasitaires précède celle [illegible]ammatoires, d'où l'on peut conclure que celles-ci [illegible]ues à la colonisation et au développement dans les tissus de l'actinomyces (Firket).

Nous venons de parler de métastases; le parasite peut en effet envahir d'autres régions que l'angle de la mâchoire inférieure. De l'actinomycose relèvent, par exemple, certains lymphomes pharyngés ou laryngés, certaines nodosités tuberculoïdes de la langue. Enfin, dans quelques cas, on a trouvé les grains jaunes au centre de nodosités pulmonaires absolument analogues au point de vue macroscopique aux lésions tuberculeuses. Cependant la production de ces foyers secondaires, métastatiques est exceptionnelle chez le bœuf.

Sur tout ces points, l'accord paraît être fait entre les cliniciens et les expérimentateurs; mais il n'en est pas de même en ce qui concerne le mode de développement, l'évolution biologique, la classification en botanique de l'actinomyces. Cela tient en grande partie à ce qu'il s'altère très facilement et que les essais de culture ont le plus souvent échoué. C'est peut-être à l'extrême excitabilité des produits actinomycosiques qu'est due, en partie du moins, l'immunité relative de l'homme à l'égard d'une maladie qui paraît être si fréquente dans l'espèce bovine. Nous n'avons d'ailleurs aucune notion sur les conditions qui sont favorables ou nuisibles au développement et à la pullulation de ce parasite végétal.

III

L'actinomycose bovine se décèle surtout par la production de tumeurs volumineuses, visibles à l'extérieur; dès que l'animal dépérit par suite des troubles de la mastication ou de la déglutition, il est abattu; de là vient sans doute, suivant la remarque de Firket, qu'on n'assiste guère à la généralisation du processus.

Chez l'homme, les choses vont tout différemment; d'une part, le siège de la première colonisation parasitaire est beaucoup plus variable; d'autre part, on voit bien plus souvent les organes internes, les viscères ou les séreuses, envahis par le champignon, sans aucun foyer extérieur. D'où des formes cliniques absolument dissemblables, qu'on pourrait provisoirement ranger en deux catégories, suivant que la lésion primitive est externe ou interne.

L'actinomycose externe chez l'homme a une évolution analogue à celle qu'on observe dans la race bovine; en un point quelconque de la région cervicale, près de l'angle du maxillaire inférieur, sous le menton, au niveau d'une apophyse mastoïde, apparaît une tuméfaction molle, médiocrement douloureuse, que l'on prendrait volontiers pour un engorgement ganglionnaire; elle s'étend lentement, envahit les régions voisines; en même temps la néoplasie se ramollit, l'« abcès froid » s'ouvre, et il s'écoule une petite quantité de liquide puriforme, où l'on trouve les grains jaunes caractéristiques. Pas de phénomènes généraux; l'affection est absolument locale, et, si l'on intervient vigoureusement par le lavage de la poche purulente et le curage des parois, la cicatrisation ne tarde pas à s'effectuer. Qu'au contraire la nature de l'affection soit méconnue, que la thérapeutique ne soit pas assez active, la lésion destructive peut se propager au cou, aux vertèbres cervicales, pénétrer dans la cavité crânienne. Une suppuration diffuse épuise le malade; tous les viscères abdominaux sont atteints de dégénérescence amyloïde et le malade succombe aux progrès de la cachexie. C'est ainsi que chez un malade de Ponfick on vit un abcès actinomycosique se produire après l'avulsion d'une dent cariée et amener la mort en quatorze mois par une évolution analogue à celle que nous venons d'esquisser.

Le dénouement fatal est plus rapide, lorsque, la tumeur ayant perforé une veine, la jugulaire, par exemple, des fragments de la masse parasitaire sont jetés dans le courant circulatoire et charriés vers des organes où ils deviennent le centre de foyers secondaires. On a vu semblables métastases dans le foie, le cerveau, le cœur, les reins, et dans des séreuses, péricarde, plèvre, péritoine. L'affection présente alors les caractères d'une pyohémie chronique; une telle observation d'Israel nous fournit le type de ce genre de faits.

Dans tous ces cas, le diagnostic de la maladie n'offre pas de difficultés, puisqu'on rencontre dans la néoplasie primitive les éléments spécifiques, les grains jaunes. Il en est tout autrement lorsque le parasite a d'emblée élu domicile dans des organes profonds, dans les bronches, le parenchyme pulmonaire ou l'intestin.

L'actinomycose s'affirme alors par des manifestations inflammatoires très variables, suivant le siège de la lésion, mais qui jamais, chose remarquable, n'ont une grande acuité. Rien ne peut faire reconnaître la véritable nature des phénomènes pleurétiques, pneumoniques ou péritonitiques qu'on constate, à moins qu'on ne trouve le parasite dans des produits rejetés au dehors. C'est ainsi que dans le fait d'actinomycose bronchique qu'a publié Canali, l'examen microscopique des crachats décela l'origine parasitaire d'une bronchite fétide datant de huit ans. Cette observation montre que, même dans ces cas, l'évolution morbide peut être très lente. Malheureusement d'ordinaire les suppurations internes, résultat de métastases multiples, et la dégénérescence amyloïde des organes amènent la mort dans un laps de temps qui varie de sept à vingt mois.

A en juger par les statistiques que nous ont données Bricon et Firket, le pronostic de l'actinomycose serait très grave : dans la moitié des cas environ, la terminaison a été funeste. Mais peut-on attacher une grande valeur à ces chiffres, si l'on songe que la maladie passe, sans nul doute, bien souvent inaperçue, et cela surtout dans ses formes bénignes?

Quant à l'étiologie de l'actinomycose, les données font absolument défaut. Il semble que le parasite peut pénétrer dans l'économie par toutes les voies, puisque les foyers primitifs ont été trouvés dans les bronches et dans l'intestin, comme dans la région cervicale; mais la prédilection qu'ils affectent pour cette dernière localisation porte à croire que c'est dans la muqueuse buccale que l'actinomycose trouve le terrain le plus favorable à son développement.

Il est à noter aussi que, dans plusieurs cas, un traumatisme, tel qu'avulsion d'une dent cariée, plaie d'un doigt, paraît avoir été le point de départ de l'inoculation parasitaire. Quant au sexe et à l'âge, ils ne semblent avoir aucune influence étiologique.

IV

Resterait à donner à l'actinomycose sa place dans la nosologie. Firket fait ressortir et exagère peut-être les analogies de cette maladie avec la tuberculose. Si l'actinomyces, comme bien d'autres corps irritants, comme beaucoup de parasites sans doute, amène la production de nodosités tuberculoïdes, de follicules tuberculeux, là s'arrête l'analogie. Car, tandis que la tuberculose se caractérise souvent par le développement simultané de foyers multiples dans les organes les plus éloignés, l'actinomycose au contraire n'envahit guère les tissus que de proche en proche, par contiguïté. Une seule observation, celle de Pflug (*Centralbl. f. die med. Wiss.*, 1882), fait exception à cette règle; elle a trait à un cas d'actinomycose tuberculoïde miliaire aiguë chez une vache. *Testis unus, testis nullus.* C'est donc seulement au point de vue anatomique qu'on peut rapprocher les noyaux actinomycosiques des lésions décrites sous le nom si impropre de tuberculoses locales. Mais celles-ci relèvent-elles toutes de la maladie infectieuse, tuberculose? C'est ce qui n'est nullement démontré jusqu'à cette heure, pas plus que l'origine parasitaire de tous les processus phymatogènes.

L. Dreyfus-Brisac.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie pathologique.

Des intoxications d'origine gastro-intestinale et du rôle pathogénique de la dilatation de l'estomac, par le professeur Ch. Bouchard.

Nous résumons ici, d'après les leçons inédites de M. Ch. Bouchard, recueillies par M. Le Gendre, une question dont l'intérêt clinique et les conséquences pathogéniques sont considérables. (*La Rédaction.*)

On n'a point oublié que M. Bouchard a démontré, dans ses leçons antérieures et établi dans un livre justement célèbre (1), que la plupart des maladies reconnaissent comme cause, au moins préparatoire, un trouble préalable de la nutrition. Ce trouble pathogénique qui, pour l'arthritisme, consiste dans un ralentissement de la nutrition, existe parfois depuis la conception jusqu'à la mort et, dans ce cas, il prend le nom de *diathèse*. L'origine des troubles de la nutrition doit être recherchée dans l'hérédité, dans l'innéité, dans les perturbations nerveuses, dans les vices de qualité, de quantité ou de proportion des *ingesta*, et enfin dans le fonctionnement anormal des grands appareils de l'économie, principalement dans le tube digestif qui prend l'une des parts les plus actives et les plus directes à la nutrition. Or l'appareil digestif réalise des conditions exceptionnellement favorables à la production de fermentations autres que les vraies métamorphoses digestives, qui sont dues à des ferments solubles.

Les microbes, en effet, aérobies et surtout anaréobies, habitent en grand nombre le tube digestif et peuvent y décomposer la matière alimentaire, digérée ou non, dans des conditions d'humidité et de température éminemment favorables à ce mode de fermentation, qui n'est peut-être pas normal ou physiologique, mais qui, à des degrés divers, est pour ainsi dire constant. M. Bouchard (2) a établi en 1882 que ces fermentations aboutissent à la fabrication d'alcaloïdes, qui existent à l'état normal dans le tube digestif et dont une partie, absorbée par la muqueuse, s'élimine par les reins. Ces alcaloïdes, analogues aux ptomaïnes, se rencontrent dans toutes les matières fécales fraîches et celles-ci en contiennent d'autant plus que les fermentations intestinales sont plus intenses.

De nouvelles expériences ont démontré depuis à M. Bouchard que la matière fécale est éminemment toxique dans sa partie dialysable, abstraction faite de la graisse, des matières minérales colorantes et volatiles et des acides biliaires, et qu'elle devient ainsi capable de déterminer des convulsions et la mort d'un lapin à la dose de 17 grammes de matières fécales pour 1 kilogramme du poids de l'animal. Les matières fécales contenues dans le tube digestif sont donc essentiellement toxiques. Si l'on échappe d'ordinaire à leur action nocive, c'est, d'abord, parce que l'on ne résorbe pas en totalité les 400 grammes de matière que l'on produit en vingt-quatre heures; c'est parce que, dans le côlon, les matières se durcissent et ne se prêtent plus à l'absorption que par la surface extérieure de leur masse; c'est, ensuite, parce que la pénétration dans l'organisme du poison fécal ne se fait que lentement et progressivement et que la faible dose introduite à la fois peut être éliminée par le rein, qui empêche son accumulation dans le sang.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Quand survient, par exemple, une *obstruction intestinale*, alors que les matières ne s'écoulent plus, mais peuvent continuer à fermenter dans l'intérieur du tube digestif, il est probable qu'une part dans les accidents doit être faite à l'intoxication par les matières toxiques qui résultent de la fermentation. Ce qui tend à le prouver, c'est que M. Bouchard a constaté, dans ces cas, l'augmentation des alcaloïdes dans les urines.

D'autre part, lorsqu'il existe un obstacle à l'excrétion rénale (trouble fonctionnel du rein, anurie passagère ou lésion permanente), ce qu'on désigne alors sous le nom d'*urémie* ne résulte pas nécessairement de la résorption des matériaux constituants de l'urine. Les symptômes diffèrent, en effet, de ceux de la résorption urinaire. M. Bouchard pense que, dans tous ces cas, il y a bien plutôt encore *stercorémie* qu'urémie. Il le démontre par la comparaison que l'on peut établir entre les injections de matières fécales qui, à la dose de 17 grammes pour 1 kilogramme du poids de l'animal, provoquent des accidents convulsifs et les injections d'urée, de créatine, de créatinine, qui ne sont toxiques qu'à doses considérables; d'acide urique, qui n'est pas toxique; de leucine et de tyrosine, qui ont un certain degré de toxicité, mais qui n'apparaissent dans l'urine que dans des conditions anormales, par exemple chez les hommes en puissance de maladies infectieuses; enfin d'acides biliaires, qui sont assurément toxiques, mais qui se trouvent dans l'urine en si faible proportion que leur présence y est encore contestée. Dans les cas où le rein cesse de fonctionner, ce n'est donc ni l'ensemble des principes constituants de l'urine, ni chacun d'eux pris en particulier qui donne naissance à l'intoxication, c'est quelque chose qui a son analogue dans le tube digestif; c'est ce poison qui, puisé dans l'intestin, s'accumule dans le sang faute d'en pouvoir sortir par la voie rénale. Là donc où l'on dit *urémie*, mieux vaudrait, d'après M. Bouchard, dire *stercorémie*.

A côté de ces faits dans lesquels l'élimination du poison fécal se trouve entravée, soit par obstruction intestinale, soit par suppression de l'excrétion rénale, il en est d'autres qui se trouvent caractérisés par l'augmentation des produits toxiques sécrétés dans le tube digestif. Que les ferments digestifs solubles diminuent d'énergie, que l'acidité du suc gastrique soit affaiblie et la pepsine sécrétée en moindre quantité, que les matières alimentaires ingérées durant plusieurs repas consécutifs s'accumulent dans l'estomac, mélangées aux liquides ingérés, souvent en abondance, au mucus sécrété en excès, etc., qu'arrivera-t-il au milieu de cette masse éminemment fermentescible et putrescible, sinon la fabrication par les ferments pathologiques, qui ne sont plus, comme dans les conditions normales, annihilés par la suractivité digestive des ferments solubles, d'une énorme quantité de substance toxique? C'est alors que surviendront les éructations gazeuses, les fétidités, les acidités ressenties par le malade lui-même. C'est alors que, continuées sous forme putride dans le gros intestin, les fermentations deviendront de plus en plus nuisibles. Les masses fécales pâteuses, liquides ou semi-liquides, cheminant lentement dans un intestin paresseux, y seront brassées en présentant successivement à l'absorption leurs couches profondes après leurs couches superficielles. Fabriqué en plus grande abondance, le poison sera absorbé en proportion plus considérable, et dès lors, l'intoxication fécale se traduira par la céphalée, les vertiges, les troubles convulsifs ou comateux, enfin le cortège symptomatique habituel de la *dilatation de l'estomac*. C'est en effet cette lésion qui réalise les conditions les plus favorables à la fabrication et à l'absorption des substances toxiques du tube digestif.

Dans ces derniers temps, plusieurs auteurs en Allemagne, Sénator, Riess, Lytten, ont émis cette opinion que diverses autosepsies, et en particulier des intoxications d'origine intestinales pourraient produire un coma, non pas le coma urémique de Frerichs, mais le coma diabétique de Kussmaul, lequel n'appartiendrait pas exclusivement au diabète, mais pourrait se retrouver dans l'anémie pernicieuse, dans le cancer de l'estomac et dans certains états dyspeptiques graves. Ils ont indiqué de plus que ce coma dyspeptique pourrait exceptionnellement fournir, comme c'est la règle dans le coma diabétique, la coloration rouge des urines par l'action du perchlorure de fer. On a enfin, dans le cours de ces quatre dernières années, reconnu, dans la clinique de Frerichs, que cette réaction, improprement attribuée à l'acétone, s'observe parfois dans les états dyspeptiques en dehors de tout coma; mais on l'a retrouvée également dans les maladies les plus diverses (rougeole, variole, etc.). Dans leur opinion, à ne considérer que leur coma dyspeptique, il serait bien le produit d'une intoxication produite par une fermentation accomplie dans le tube digestif, mais le poison serait anormal et la fermentation exceptionnelle. La théorie que M. Bouchard

(1) *Maladies par ralentissement de la nutrition*. Paris, F. Savy, 1882.

(2) Voy. Ch. Bouchard, in *Société de biologie* (3 août 1882) et *Revue de médecine* (octobre 1882).

défend depuis 1882 expliquerait les accidents nerveux des dyspepsies gastro-intestinales et en particulier de la dilatation stomacale par un poison normal résultant de fermentations habituelles, avec cette seule différence que le poison serait plus abondant, résultant de fermentations plus intenses.

Pour en revenir à la *dilatation de l'estomac*, maladie à laquelle M. Bouchard attribue un rôle très important en pathologie générale, elle est très fréquente chez l'homme malade. On la rencontre dans un tiers environ des cas (30 pour 100) quand on la cherche systématiquement ; elle est particulièrement fréquente chez les personnes atteintes de maladies chroniques ; on la trouve chez elles dans plus de la moitié des cas (60 pour 100). Mais il faut savoir la diagnostiquer d'après les signes physiques qu'elle détermine, car elle reste latente deux fois sur trois, et ce n'est que dans un tiers des cas qu'elle peut se révéler par des signes de gastralgie ou de dyspepsie. On la reconnaît surtout au bruit de clapotage que fait naître une succussion pratiquée à coups redoublés sur le ventre. Toutes les fois que ce bruit de clapotage est perceptible au-dessous du milieu d'une ligne allant du rebord costal à l'ombilic, on peut affirmer qu'il y a dilatation. Mais ce signe peut manquer, bien que la dilatation existe ; il suffit alors pour qu'il apparaisse de faire ingérer au malade un demi-verre de liquide. La dilatation de l'estomac n'est pas consécutive aux maladies qui l'accompagnent, mais après avoir favorisé l'apparition de celles-ci, elle contribue à les empêcher de guérir. M. Bouchard ne prétend pas que la dilatation de l'estomac agisse uniquement en exagérant les fermentations toxiques pour produire les troubles de la santé qui la suivent. Elle crée sans doute des conditions comparables à l'inanition en viciant l'élaboration de la matière alimentaire ; mais outre l'insuffisance digestive, elle exerce une spoliation sur la matière digérée, qui se trouve reprise avant d'être absorbée pour être livrée à l'action des ferments parasitaires. Le danger qui découle de la production exagérée d'alcaloïdes toxiques est aggravé par l'influence fâcheuse que l'indigence de l'économie exerce sur la nutrition des reins, auxquels l'obligation d'éliminer en trop grande quantité les matières toxiques crée comme une obligation de devenir malades. En dépouillant les 110 observations de dilatation gastrique qu'il possède, M. Bouchard y a relevé dans un sixième des cas l'existence d'une albuminurie manifeste, complication rénale qui augmente à coup sûr les chances d'intoxication en entravant l'élimination du poison absorbé dans l'intestin.

La dilatation de l'estomac, trop souvent méconnue quand on se contente d'interroger les malades sur l'état de leurs fonctions digestives, amène à sa suite des troubles de nutrition excessivement graves. Par suite de l'intoxication chronique qui résulte de son fonctionnement imparfait, l'appareil digestif ne fournit plus aux plasmas, où les cellules de tout l'organisme puisent les éléments de leur nutrition, que des matériaux insuffisants ou de mauvaise qualité. Tous les organes se trouvent ainsi plus ou moins altérés dans leur constitution par suite de l'altération des milieux où ils vivent. Il est donc enfin possible de comprendre qu'en dehors de l'hérédité, de l'insuffisance et de la mauvaise qualité des ingesta et des perturbations nerveuses d'origine centrale ou périphérique, l'intoxication chronique de l'organisme due à une activité exagérée des fermentations parasitaires de l'appareil digestif puisse, surtout dans la dilatation stomacale, prendre une part, trop négligée jusqu'à ce jour, dans la *pathogénie des diathèses*, ces troubles permanents de la nutrition de tout l'organisme, capables d'y préparer, d'y provoquer et d'y entretenir les maladies.

Physiologie expérimentale.

Expériences sur la rage, par M. Pasteur, avec la collaboration de MM. Chamberland et Roux. (Note lue à l'Académie de médecine par M. Pasteur, dans la séance du 20 mai.)

Le grand fait de la virulence variable de certains virus et la préservation d'une virulence par une autre de moindre intensité est aujourd'hui, non seulement acquis à la science, mais encore entré dans le domaine de la pratique. Dans une telle direction d'études, on comprend tout l'intérêt qu'offre la recherche de méthodes d'atténuation appropriées à de nouveaux virus.

J'ai l'honneur d'apporter aujourd'hui à l'Académie un progrès dans ce sens, relatif à la rage.

I. Si l'on passe du chien au singe et ultérieurement de singe à singe, la virulence du virus rabique s'affaiblit à chaque passage. Lorsque la virulence a été diminuée par ces passages de singe à singe, si le virus est reporté sur le chien, sur le lapin, sur le cobaye, il reste atténué. En d'autres termes, la virulence ne revient pas de prime-saut à la virulence du chien *à rage des rues*. L'atténuation, dans ces conditions, peut être amenée facilement par un petit nombre de passages de singe à singe, jusqu'au point de ne jamais donner la rage au chien par des inoculations hypodermiques. L'inoculation par la trépanation, méthode si infaillible pour la communication de la rage, peut même ne produire aucun résultat, en créant, néanmoins, pour l'animal, un état réfractaire à la rage.

II. La virulence du virus rabique s'exalte quand on passe de lapin à lapin, de cobaye à cobaye. Lorsque la virulence est exaltée et fixée au maximum sur le lapin, elle passe exaltée sur le chien et elle s'y montre beaucoup plus intense que la virulence du virus rabique du chien *à rage des rues*. Cette virulence est telle, dans ces conditions, que le virus qui la possède, inoculé dans le système sanguin du chien, lui donne constamment une rage mortelle.

III. Quoique la virulence rabique s'exalte dans son passage de lapin à lapin ou de cobaye à cobaye, il faut plusieurs passages par le corps de ces animaux pour qu'elle récupère son état de virulence maximum, quand elle a été diminuée d'abord chez le singe.

De même la virulence du chien *à rage des rues* qui, comme je viens de le dire, n'est pas de virulence maximum à beaucoup près, exige, quand elle est portée sur le lapin, plusieurs passages par des individus de cette espèce, avant d'atteindre son maximum.

Une application raisonnée des résultats que je viens de faire connaître permet d'arriver aisément à rendre les chiens réfractaires à la rage. On comprend, en effet, que l'expérimentateur puisse avoir à sa disposition des virus rabiques atténués de diverses forces : les uns, non mortels, préservent l'économie des effets de virus plus actifs et ceux-ci de virus mortels.

Prenons un exemple : On extrait le virus rabique d'un lapin mort par trépanation à la suite d'une durée d'incubation qui dépasse de plusieurs jours l'incubation la plus courte chez le lapin. Celle-ci est invariablement comprise entre sept et huit jours à la suite de l'inoculation, par trépanation du virus le plus virulent. Le virus du lapin à plus longue incubation est inoculé, toujours par trépanation, à un second lapin ; le virus de celui-ci à un troisième. A chaque fois, ces virus, qui deviennent de plus en plus forts, sont inoculés à un chien. Ce dernier se trouve être ensuite capable de supporter un virus mortel. Il devient entièrement réfractaire à la rage, soit par inoculation intraveineuse, soit par trépanation du virus du chien *à rage des rues*.

Par des inoculations de sang d'animaux rabiques, dans des

conditions déterminées, je suis arrivé à simplifier beaucoup les opérations de la vaccination et à procurer au chien l'état réfractaire le plus décidé. Je ferai connaître bientôt à l'Académie l'ensemble des expériences sur ce point.

Il y aurait un intérêt considérable, présentement et jusqu'à l'époque éloignée de l'extinction de la rage par la vaccination, à pouvoir supprimer le développement de cette affection à la suite de morsures par des chiens enragés. Sur ce point, les premières tentatives que j'ai entreprises me donnent les plus grandes espérances de succès. Grâce à la durée d'incubation de la rage à la suite de morsures, j'ai tout lieu de croire que l'on peut sûrement déterminer l'état réfractaire des sujets avant que la maladie mortelle n'éclate à la suite de la morsure.

Les premières expériences sont très favorables à cette manière de voir; mais il faut en multiplier les preuves à l'infini sur des espèces animales diverses avant que la thérapeutique humaine ait la hardiesse de tenter sur l'homme cette prophylaxie.

L'Académie comprendra que, malgré la confiance que m'inspirent mes nombreuses expériences poursuivies depuis quatre années, ce n'est pas sans quelque appréhension que je publie aujourd'hui des faits qui ne tendent à rien moins qu'à une prophylaxie possible de la rage. Si j'avais eu à ma disposition des moyens matériels suffisants, j'aurais été heureux de ne faire cette communication qu'après avoir sollicité de l'obligeance de quelques-uns de mes confrères de cette Académie et de l'Académie de médecine, le contrôle des conclusions que je viens de faire connaître. C'est pour obéir à ces scrupules et à ces mobiles que j'ai pris la liberté d'écrire ces jours derniers à M. Fallières, ministre de l'instruction publique, en le priant de vouloir bien nommer une commission à laquelle je soumettrais mes chiens réfractaires à la rage (1).

L'expérience maîtresse, que je tenterais en premier lieu, consisterait à extraire de mes chenils vingt chiens réfractaires à la rage, qu'on placerait en comparaison avec vingt chiens devant servir de témoins. On ferait mordre par des chiens enragés successivement ces quarante chiens. Si les faits que j'ai annoncés sont exacts, les vingt chiens considérés par moi comme réfractaires résisteront tous, pendant que les vingt témoins prendront la rage.

Une seconde expérience, non moins décisive, aurait pour objet quarante chiens dont vingt vaccinés devant la Commission et vingt non vaccinés. Les quarante chiens seront ensuite trépanés par le virus de chien *à rage des rues*. Les vingt chiens vaccinés résisteront. Les vingt autres mourront tous de la rage, soit paralytique, soit furieuse.

Pharmacologie.

DES FERMENTS DIGESTIFS ET DE LEURS PRÉPARATIONS PHARMACEUTIQUES, par M. Pierre VIGIER.

(Fin. — Voyez les numéros 19 et 20.)

Vin et élixir de pepsine. — Lorsqu'on ajoute, à une solution concentrée de pepsine, de l'alcool absolu, toute la pepsine est précipitée. Lorsque, à cette même solution de pepsine, on ajoute de l'alcool de plus en plus faible, la précipitation diminue, et si la proportion d'alcool ne dépasse pas 15 pour 100, la solution conserve un pouvoir digestif réel.

Me fondant sur ces faits, et pour résoudre pratiquement la question des vins et élixirs, j'ai préparé un élixir sans pepsine contenant 15 pour 100 d'alcool et j'ai fait macérer dans cet élixir des quantités variables de pepsine médicinale titrée à 50 centigrammes. Après vingt-quatre heures de macération, les liqueurs filtrées ont été essayées par le mode d'essai suivant, adopté par la Commission du nouveau Codex.

Prenez :

Elixir ou vin de pepsine à essayer.	20 grammes.
Eau distillée....................	60 —
Acide chlorhydrique officinal.....	0gr,60.
Fibrine essorée.................	10 grammes.

Faites digérer six heures au bain-marie à 50 degrés; après ces six heures de digestion, 10 centimètres cubes de la liqueur filtrée ne donnent ni précipité, ni ne se troublent par l'addition successive de trente à quarante gouttes d'acide azotique.

Formule du vin de pepsine répondant à cet essai.

Pepsine médicinale en poudre..	50 grammes.
ou pepsine extractive.........	20 —
Vin de Lunel.................	1000 —

(Ces vins ne contiennent jamais plus de 15 pour 100 d'alcool.)

Délayez la pepsine; laissez macérer vingt-quatre heures en agitant de temps en temps et filtrez.

On peut employer aussi du vin de Grenache, à condition qu'il ne soit pas trop chargé en tannin, tous les tannins précipitant la pepsine.

Formule d'élixir de pepsine répondant à l'essai précédent.

Pepsine médicinale en poudre...	50 grammes.
ou pepsine extractive.........	20 —
Alcool à 80 degrés.............	150 —
Sirop de sucre.................	400 —
Eau distillée..................	450 —

Aromatisez ad libitum.

Délayez la pepsine dans l'eau, ajoutez ensuite le sirop de sucre, puis l'alcool préalablement aromatisé; filtrez après vingt-quatre heures de contact.

(Ces formules seront insérées dans le nouveau Codex.)

A raison de 50 grammes de pepsine par kilogramme, cela fait 1 gramme de pepsine par 20 grammes de vin ou d'élixir, et cette quantité est nécessaire pour digérer 10 grammes de fibrine; or, dans l'essai de la pepsine en poudre, nous avons vu qu'il n'en fallait que 50 centigrammes pour produire cet effet. A quoi faut-il attribuer cette perte de 50 centigrammes? Selon nous, en grande partie à l'alcool qui annule le ferment pepsique, puisque la pepsine extractive subit la même dépréciation.

Quoi qu'il en soit, j'affirme que les formules précédentes donnent des préparations officinales liquides sur lesquelles on peut compter; seulement il ne faudra jamais oublier que, pour les obtenir, on a sacrifié 50 pour 100 de pepsine.

Ce fait remarquable a bien son importance, surtout au point de vue des établissements hospitaliers dans lesquels une grande économie s'impose. On devra donc alors n'employer que la pepsine en poudre; la dose ordinaire sera de 50 centigrammes par repas, correspondant comme puissance digestive à 20 grammes de vin ou d'élixir.

Après avoir reconnu que l'on peut obtenir des vins et des élixirs de pepsine ayant un pouvoir digestif réel, j'ai voulu m'assurer si ces médicaments étaient susceptibles d'une bonne conservation, et j'ai constaté que, lorsqu'ils sont bien préparés et ont le degré alcoolique voulu, ils conservent fort longtemps leur pouvoir digestif.

Un élixir préparé par moi m'a donné une très bonne digestion après un an.

Un élixir et un vin de pepsine B..., dont j'avais constaté

(1) La Commission dont il s'agit est composée de la manière suivante (arrêté du 16 mai 1884) :

MM. le docteur Béclard, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, doyen de la Faculté de médecine de Paris, professeur de physiologie à la même Faculté; Paul Bert, membre de l'Institut, professeur de physiologie générale à la Faculté des sciences de Paris; Bouley, membre de l'Institut, professeur de pathologie comparée au Muséum d'histoire naturelle; le docteur Villemin, membre de l'Académie de médecine, professeur de clinique médicale à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaire de Paris; le docteur Vulpian, membre de l'Institut, professeur de pathologie comparée et expérimentale à la Faculté de médecine de Paris; Tisserand, conseiller d'État, directeur au ministère de l'agriculture.

(*La Rédaction.*)

le titre, il y a deux ans, ont été contrôlés récemment; ils n'avaient absolument rien perdu de leur valeur.

Bien que je n'aime pas beaucoup la forme pilulaire pour la pepsine, je dois avouer qu'à la rigueur on peut, dans certains cas, y avoir recours.

Quant au sirop de pepsine, il ne pourrait être employé que comme préparation extemporanée, étant très fermentescible.

Pendant mes essais, j'ai observé que toutes les pepsines n'étaient pas aptes à faire de bonnes préparations alcooliques. La pepsine amylacée peut donner, comme nous l'avons vu, d'excellentes solutions alcooliques; les pepsines anglaises obtenues par grattage de la muqueuse, sont à peu près insolubles, et donnent des préparations alcooliques très insuffisantes. Les pepsines au sucre de lait, qui sont préparées par précipitation du ferment au moyen du chlorure de sodium, et addition au précipité de 80 à 90 pour 100 de sucre de lait, donnent, quoique en apparence très solubles, des préparations alcooliques très faibles; ce qui tient, je pense, à l'action de l'alcool sur ce ferment combiné au sel marin.

D'autre part, j'ai rencontré aussi des pepsines extractives très solubles, mais donnant des solutions alcooliques peu actives.

Pour toutes ces raisons, je conseille aux praticiens de s'assurer toujours, par des digestions artificielles, de la valeur des médicaments qu'ils emploient.

La glycérine a été préconisée comme dissolvant et comme agent de conservation de la pepsine dans les préparations alcooliques. Je n'ai pas eu à me louer de l'emploi de ce véhicule, qui donne des solutions peu actives.

On a proposé d'associer la diastase et la pancréatine aux vins et élixirs de pepsine; dans l'étude que je ferai de ces deux ferments, je montrerai que cette association est irrationnelle. On a conseillé aussi l'acide chlorhydrique comme adjuvant dans les préparations de pepsine. Ainsi que je l'ai déjà dit, je ne vois pas quel peut être l'avantage de cette association; outre que cet acide ne convient pas à tous les cas, il ne semble pas qu'il augmente le pouvoir digestif de la pepsine, car les élixirs chlorhydropepsiques que j'ai essayés n'ont pu digérer même 5 grammes de fibrine dans les conditions d'essai ci-dessus indiquées.

Un très grand nombre d'autres corps sont associés journellement aux préparations de pepsine, tels sont : la coca, le quinquina, le sous-nitrate de bismuth, la magnésie, les phosphates, les peptones, etc. Ces diverses additions, incompatibles avec la pepsine, sont plutôt nuisibles qu'utiles, et mon avis est qu'un ferment aussi délicat devra toujours être donné sans aucune addition ni association.

Pour l'essai des préparations alcooliques de pepsine, une certaine dilution des liqueurs est nécessaire; si l'on met en digestion de la fibrine avec du vin ou de l'élixir acidulé, mais sans addition d'eau, la fibrine n'est pas dissoute. La proportion d'eau acidulée qui m'a donné les meilleurs résultats est celle de 3 parties d'eau pour 1 de vin ou d'élixir. C'est du reste, celle qui a été adoptée pour le nouveau Codex. A ce propos, je rappellerai ce que j'ai dit au sujet de la pepsine en poudre. Pour avoir des résultats exacts et comparatifs, il faut employer toujours strictement les proportions d'eau et d'acide indiquées dans le mode d'essai.

J'ai dû, pendant le cours de mes expériences, me rendre compte de la valeur des préparations de pepsine les plus répandues tant en France qu'à l'étranger.

En ce qui concerne la pepsine en poudre, j'ai trouvé des types ayant une valeur réelle et répondant bien au titre demandé; mais j'ai constaté aussi qu'il existait un très grand nombre de pepsines défectueuses au point de ne pouvoir digérer même 6 grammes de fibrine en douze heures. J'en ai même rencontré qui ne contenaient pour ainsi dire que de l'amidon ou du sucre de lait.

Quant aux vins et élixirs de pepsine, les bons produits sont une exception, et la plupart de ceux que j'ai essayés étaient sans valeur et ne pouvaient digérer même 5 grammes de fibrine en douze heures.

J'ai consigné dans un tableau comparatif le résultat de mes essais sur plus de soixante produits de pepsine — poudres, élixirs et vins — dont j'ai conservé des types cachetés. Ce tableau eût montré ce que valent bien des médicaments fort vantés; si je ne le publie pas, c'est que ma ferme intention est de ne nuire à personne, désirant me maintenir dans la plus grande impartialité. Mais, aujourd'hui que les praticiens ont à leur portée un mode d'essai précis, je les engage à se rendre compte de la valeur des produits qu'ils sont appelés à conseiller.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 12 MAI 1884.

Après l'annonce faite par M. le président de la perte que l'Académie vient de faire dans la personne de M. Wurtz, la séance est levée en signe de deuil.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 20 MAI 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ALPHONSE GUÉRIN.

M. le docteur *Martineau* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section d'accouchements.

M. le docteur *Darin* prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un *Pli cacheté*. (*Accepté*.)

M. *Chénier*, vétérinaire en premier au 10e cuirassiers, envoie un mémoire manuscrit *sur la question d'identité de nature de la morve et du farcin chez l'homme*. (*Commission :* MM. Bouley, Goubaux.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose, de la part de M. le docteur *Nicaise*, un mémoire imprimé *sur les maladies chirurgicales des nerfs et les opérations qui se pratiquent sur les nerfs*.

M. *le Président* présente, au nom de M. le docteur *Duménil* (de Rouen), un mémoire *sur l'application de la colotomie au traitement des fistules vésico-intestinales*.

M. *Bouley* fait hommage : 1° de la part de MM. *Arloing*, *Cornevin* et *Thomas* (de Lyon), d'un ouvrage sur *le charbon bactérien* (charbon symptomatique et charbon essentiel de Chabert), *sa pathogénie et les inoculations préventives*, pour le concours du prix Barbier de 1884 ; 2° au nom de M. *Peuch* (de Toulouse), une *Note sur la clavelisation par injection hypodermique de claveau dilué*.

M. *Lagneau* présente, de la part de M. le docteur *Cherrin*, un *Essai de géographie médicale de la France d'après les infirmités constatées chez les conscrits*, et une *Notice sur la géographie médicale de la Seine-Inférieure*.

M. *Verneuil* dépose : 1° l'*Éloge de Broca*, lu par M. le docteur *Horteloup* à la Société de chirurgie; 2° de la part de M. le docteur *L.-H. Petit*, un ouvrage ayant pour titre : *De l'anus contre nature iléo-vaginal et des fistules intestino-utérines;* 3° au nom de M. le docteur *Ramonat*, sa thèse sur *la syphilis chez les scrofuleux ;* 4° de la part de M. le docteur *Ozenne*, sa thèse sur *le cancer chez les syphilitiques*.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente un thermomètre à manchon, imaginé par M. *Blooch* (de Genève).

VIRUS ET VACCINATION DE LA RAGE. — M. *Pasteur*, en son nom et au nom de ses collaborateurs, MM. *Chamberland* et *Roux*, donne lecture du mémoire qu'il a déjà lu la veille à l'Académie des sciences (voy. p. 345).

OBSÈQUES DE M. WURTZ. — M. *Armand Gautier* donne lecture du remarquable discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Wurtz.

ACTION PHYSIOLOGIQUE DE L'ALCOOL. — M. *Béchamp* (de Lille), à propos de la discussion sur l'action physiologique de l'alcool, fait savoir que de très nombreuses expériences lui permettent d'affirmer que l'organisme est lui-même, à l'état normal, producteur d'alcool; celui-ci peut d'ailleurs se former physiologiquement dans des milieux où n'existe pas de sucre, il peut avoir une autre origine que la fermentation

de la glucose par la levure de bière et peut se détruire physiologiquement autrement que par la combustion.

M. *Armand Gautier* partage cette opinion ; mais il ne faut pas la généraliser au cas présent ; il s'agit seulement de savoir en effet si l'on trouve dans l'économie des produits de désassimilation de l'alcool.

Mouvements du cerveau. — La nécessité de faire paraître le journal un jour plus tôt cette semaine ne nous permet pas d'insister sur la communication faite par M. *Marc Sée* à propos de la discussion sur les mouvements du cerveau. Nous devons nous borner aujourd'hui à reproduire les conclusions de l'orateur : 1° les grands espaces, dit-il, qu'on trouve quelquefois sur le cadavre, entre le cerveau et le crâne, après avoir ouvert la boîte osseuse, n'existaient pas alors que la tête était intacte et encore moins pendant la vie ; 2° à l'état physiologique, l'encéphale remplit la cavité crânienne, à part les petits espaces occupés par le liquide céphalo-rachidien ; 3° dans les cas d'atrophie du cerveau, la quantité de ce liquide qui enveloppe l'encéphale peut augmenter, mais nullement dans les proportions qu'ont supposées MM. Sappey et Luys, d'après l'écoulement qui a lieu quand on ouvre le crâne. Une grande partie du liquide écoulé provient des ventricules dilatés dans ces cas, comme l'a montré M. Constantin Paul ; 4° en toutes circonstances l'encéphale est maintenu immobile dans la cavité crânienne, il ne peut subir aucun changement de position sous l'influence de la pesanteur et il n'est soumis qu'aux faibles déplacements nécessités par la circulation encéphalique ; 5° le feuillet viscéral de l'arachnoïde est toujours en contact parfait avec la dure-mère, revêtue du feuillet pariétal, à moins qu'il ne se soit produit un épanchement dans la cavité de la séreuse par suite de maladie ; 6° la théorie hydrostatique, si elle est applicable à l'encéphale, n'a pas l'importance qu'on lui a attribuée ; 7° le liquide céphalo-rachidien concourt à la production de l'encéphale en distendant les cavités closes limitées par la séreuse encéphalique, de manière à former sur toute la surface de l'encéphale un système de coussinets à liquide analogues aux coussins et matelas à eau fabriqués par l'industrie.

M. Marc Sée est, on le voit, de l'opinion de M. Béclard et il combat surtout celles de MM. Luys et Sappey. Ses appréciations à l'égard des arguments de ce dernier ont soulevé un grand nombre de protestations. La lecture d'une lettre qui lui avait été adressée par M. Topinard en contradiction avec l'opinion prêtée par M. Sappey à Broca et à ses élèves sur le poids moyen de l'encéphale ont amené M. *Mathias Duval* à protester contre les termes de cette lettre et à affirmer l'exactitude absolue des observations rapportées par M. Sappey.

Sulfate de quinine. — M. *de Vry* (de La Haye), correspondant étranger, rappelle que deux sulfates de quinine, l'un toxique et l'autre neutre, sont inscrits au nouveau Codex. Or il fut surpris de trouver constamment de la cinchonidine dans tous les échantillons du premier, cet alcaloïde existant en grande proportion (5 à 18 pour 100) dans tous les quinquinas employés à la fabrication des sulfates de quinine, tandis qu'aucun échantillon de sulfate neutre n'en renferme. Il a de plus constaté que le sulfate basique est nécessairement toujours impur, tandis que le sulfate neutre ne peut pas l'être, à moins de falsification. Celui-ci est enfin soluble dans 12 parties d'eau à la température ordinaire, tandis que le premier en a besoin de 700 parties pour être dissous. Il y a donc tout avantage à se servir exclusivement de sulfate de quinine neutre.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 14 MAI 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Corps étrangers articulaires, examen microscopique : M. Nepveu. — Trois cas de hernie inguinale congénitale : M. Kirmisson. — De l'intervention dans les fractures du radius vicieusement consolidées : M. Bouilly.

M. *Nepveu* a eu occasion d'examiner récemment des corps étrangers de l'articulation du genou, présentant plusieurs caractères insolites et intéressants. Ils proviennent d'un homme de vingt-huit ans, habitant Constantinople et exerçant la profession de forgeron. D'une constitution très vigoureuse, cet homme avait vu depuis environ sept ans se développer au niveau du genou une tumeur pâteuse indolente et ne gênant que fort peu les mouvements. Une ponction avait donné lieu à un écoulement de liquide filant jaunâtre. A quelque temps de là on se décida à faire l'arthrotomie. A l'ouverture de l'articulation on trouva une trentaine de corps étrangers insérés sur le même pédicule et on pensa qu'on était en présence d'un lipôme arborescent. Cependant quelques-uns de ces arthrophytes furent envoyés à M. Verneuil, afin qu'il donnât son avis sur leur nature. M. Nepveu, chargé de l'examen histologique, les trouva constitués par une substance amorphe feuilletée, renfermant çà et là quelques cellules cartilagineuses et des îlots de dégénérescence granulo-graisseuse surtout accentués vers le centre de ces productions, où existait dans quelques-unes un véritable petit kyste rempli de graisse. M. Nepveu croit qu'il ne s'agit pas d'un lipôme arborescent, mais d'une hyperplasie des franges de la synoviale avec transformation cartilagineuse et dégénérescence granulo-graisseuse.

M. *Trélat* a à différentes reprises fait l'examen des grains hordéiformes des gaines synoviales du poignet et les a trouvés formés de matière amorphe feuilletée. Il pense qu'ils sont constitués par des dépôts du produit de sécrétion des gaines roulés dans leur intérieur.

— M. *Kirmisson* lit un travail sur trois cas de hernie inguinale congénitale. Deux de ces malades sont morts, malgré une intervention hâtive ; ils s'ajoutent aux nombreux faits déjà connus pour montrer la gravité de ce genre de hernie, gravité sur laquelle, on le sait, M. Trélat et dernièrement M. Ramonède ont attiré l'attention. Le troisième malade a guéri.

— M. *Bouilly* fait une communication sur l'intervention chirurgicale dans les fractures du radius vicieusement consolidés. Il rapporte d'abord trois observations. Dans une première il s'agit d'un malade se présentant trois semaines après l'accident avec la déformation classique en dos de fourchette très prononcée, formant du côté palmaire du poignet une sorte de poulie, sur laquelle se réfléchissait le nerf médian : douleur à la pression, irradiant dans le territoire du nerf ; retard de la sensibilité ; atrophie des muscles de l'éminence thénar ; troubles trophiques. Le 26 octobre 1880, on fit une incision le long du tendon du grand palmaire, et après avoir écarté les tendons fléchisseurs en dedans, on abrasa le cal exubérant à l'aide de la gouge et du maillet. Un pansement antiseptique fut appliqué, et la plaie guérit complètement en vingt jours sans aucun accident. Les ulcérations trophiques se cicatrisèrent d'abord ; le malade reprit peu à peu l'usage de sa main ; au mois de juillet 1881, il ne présentait plus qu'un peu d'atrophie des muscles de l'éminence thénar. Dernièrement et pour un cas absolument analogue M. Bouilly a répété cette opération ; le succès opératoire a été complet, mais il convient d'attendre encore pour juger du rétablissement fonctionnel. La seconde observation a trait à un homme de vingt ans, qui vint consulter M. Bouilly, en juillet 1883, pour une gêne des mouvements de l'avant-bras portant surtout sur les mouvements

de pronation et de supination. Ce malade était tombé quatre semaines auparavant sur le poignet. Il existait une déformation considérable, contre laquelle le redressement manuel ne pouvait avoir aucune prise. Sur les conseils de M. Verneuil, M. Bouilly employa l'ostéoclaste de Collin. Il fallut une force de 120 kilogrammes pour produire la fracture; la correction fut immédiatement très satisfaisante; mais quelques jours après le malade eut un phlegmon très grave. Aujourd'hui ces accidents ont disparu, la déformation n'existe plus, mais le résultat fonctionnel est mauvais. Une petite fille de neuf ans fait le sujet de la dernière observation. Cette enfant s'était fracturé le radius au quart inférieur trois semaines avant qu'elle fût vue par le chirurgien. Elle n'avait pas été soignée et présentait une déformation consistant en une énorme courbure du radius à convexité dorsale et une déviation de la main droite sur le bord cubital; gêne des mouvements de pronation et de supination. On fit l'ostéotomie du radius sur le point le plus saillant et le redressement fut des plus faciles; lavage phéniqué; pas de tentative de réunion; appareil plâtré circulaire. Les suites furent des plus simples. La consolidation eut lieu en bonne position et le résultat fonctionnel fut excellent.

M. Bouilly fait remarquer que les cas de ce genre ne sont pas rares et qu'on peut être appelé à intervenir soit pour redresser une difformité très prononcée, soit pour obtenir le rétablissement des mouvements, soit enfin pour remédier à une compression nerveuse; mais la littérature médicale est encore trop pauvre sur ce sujet pour qu'il soit possible de dégager la meilleure méthode opératoire de toutes celles qui ont été proposées. Cependant M. Bouilly pense que l'ostéotomie doit être considérée comme la méthode de choix. Si l'on agit contre la compression nerveuse, il faudra intervenir de bonne heure et ne pas oublier que les troubles trophiques disparaissent très lentement.

M. *Verneuil* estime que, si, dans la région de l'avant-bras, l'ostéoclasie instrumentale est dangereuse, on peut avec avantage la remplacer par l'ostéoclasie manuelle. Elle lui a donné un très bon résultat pour une fracture des deux os de l'avant-bras vicieusement consolidés chez une petite fille de six ans. Vient-elle à échouer? on doit alors avoir recours de préférence à l'ostéotomie, dont les avantages sont démontrés par les faits rapportés par M. Bouilly et par une observation communiquée antérieurement à la Société par M. Duplay.

M. *Trélat* a pratiqué trois fois au moins la résection de petits cals vicieux du calcanéum, du tibia; il n'a jamais eu d'accidents grâce à la méthode antiseptique.

A propos des compressions et des enclavements des nerfs par le cal, M. Trélat rappelle que dans le travail récent de M. Meudan sur les paralysies du nerf radial liées aux fractures de l'humérus (*Revue de chirurgie*, mars 1884), il est dit que M. Ollier est arrivé à reconnaître à l'aide de certains signes le moment où le nerf est sur le point de s'enclaver et à prévenir cet accident par des manœuvres spéciales. Tout cela paraît d'un diagnostic bien délicat.

M. Gillette emploie avec avantage, particulièrement dans les cals vicieux de la jambe, l'ostéotomie et l'ostéoclasie combinées.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 17 MAI 1884. — PRÉSIDENCE DE M. FRANÇOIS-FRANCK.

Action de l'eau sur les tissus : M. Dubois. — Transformation de l'albumine en peptone : M. Grimaux. — Effets inhibitoires de l'écorce cérébrale : M. Brown-Séquard. — Aire vitelline du blastoderme : M Mathias Duval. — Micro-organisme de la septicémie : M. Degagny. — Action du curare sur les nerfs moteurs : M. Onimus. — Sensibilité hypnotique : M. Ochorowitz. — Odeurs de Villedieu : M. Bochefontaine.

M. *Dubois*, continuant l'exposé de ses recherches sur l'action que les liquides neutres exercent sur la substance organisée, arrive à l'examen des effets de l'eau mise en contact avec les muscles. Ses études antérieures l'amenaient à considérer l'eau comme un agent excitant d'abord, puis destructeur de la substance organisée; l'occasion de vérifier le fait s'est offerte à propos des expériences de M. Regnard sur les modifications des muscles soumis à de hautes pressions. On a vu dans le précédent compte rendu les résultats auxquels était arrivé M. Regnard; M. Dubois rappelle aujourd'hui par quelle succession d'idées a passé la question, en insistant sur l'importance qu'il attribuait à priori à la pénétration de l'eau dans les muscles comprimés; l'expérience a montré en effet que le tissu musculaire s'infiltre et devient rigide à la suite de cette pénétration d'eau.

— M. *Grimaux*, dans une brève communication, expose des faits de première importance sur les réactions de l'albumine et les transformations qu'elles subissent par le chauffage : le travail *in extenso* sera consulté avec grand profit par les physiologistes et les médecins (*Bulletin de la Société*, séance du 17 mai), nous en relaterons ici les points essentiels. M. Grimaux constate qu'une solution *étendue* d'albumine pure, ne coagulant pas par la chaleur, devient coagulable si l'on y ajoute une petite quantité de chlorure de sodium; l'eau annihile donc l'action de l'agent coagulant. Aussi est-il à recommander, dans la recherche de l'albumine de l'urine, de ne point étendre le liquide et de ne le point filtrer au préalable; si on arrive encore cependant à constater la présence de l'albumine dans ces conditions, cela tient à l'existence de sels dans l'urine; en tout cas les dosages doivent être tenus pour douteux. Après le chauffage, ce n'est plus de l'albumine qui existe dans le liquide, c'est un produit nouveau, une peptone : d'où le peu de valeur des conclusions tirées de l'examen du sang préalablement chauffé et dans lequel on a affirmé l'existence normale de peptones; il est très vraisemblable qu'avec le chauffage à 80 degrés on a déterminé la transformation des albuminates en peptones. M. Grimaux se propose de développer ces différents points dans la note détaillée qui sera publiée dans le *Bulletin*.

— M. *Brown-Séquard* reprend, en en tirant les conclusions pratiques qu'elles comportent, l'exposé de ses recherches sur les effets des excitations des circonvolutions cérébrales dites non excitables : on sait qu'il est arrivé à considérer comme douées du pouvoir inhibitoire ces portions de l'écorce et à expliquer le défaut de réactions motrices par leur influence suspensive; manifestation beaucoup plus élevée d'activité que l'influence motrice. Ces mêmes régions, en effet, ayant perdu une partie de leur activité, deviennent capable de provoquer des mouvements tout comme les zones motrices connues. D'après ces faits, on ne peut circonscrire dans une région limitée l'influence excito-motrice corticale; cette influence s'étendrait à toute l'écorce cérébrale.

De cette notion nouvelle qu'une grande partie de l'écorce exerce une influence inhibitoire sur les appareils de mouvement, soit sur la moelle, soit sur les nerfs, soit sur les muscles, découle l'interprétation d'un grand nombre de paralysies d'origine cérébrale. Celles-ci, au lieu de résulter, comme on le croit, d'une altération *destructive*, seraient la

conséquence d'une altération *irritative*. C'est là une opinion que M. Brown-Séquard défend depuis longtemps. L'une des principales objections qui aient été faites à cette théorie est relative à la persistance de ces paralysies, qu'on hésitait dès lors à rattacher à une lésion irritative. L'auteur a cherché à répondre à cette objection en groupant tous les faits de cet ordre, qu'il emprunte soit à la pathologie humaine, soit à l'expérimentation. Dans cette dernière catégorie, les phénomènes les plus démonstratifs sont fournis par la suspension d'activité réflexe de la moelle à la suite de lésions irritatives des circonvolutions occipitales : du côté correspondant à la lésion cérébrale les réflexes sont abolis; mais ces mêmes irritations qui agissent en exagérant le pouvoir inhibitoire de l'écorce dans le côté correspondant, produisent une augmentation d'activité du côté opposé. Chez l'homme, M. Brown-Séquard trouve un grand nombre d'arguments cliniques à l'appui de la thèse qu'il soutient : les faits de paralysie des sphincters anal et vésical, de diminution persistante dans l'action du cœur, observés à la suite de l'irritation des diverses parties de l'encéphale, doivent être rangés à côté des observations faites sur les animaux et contribuer à donner une base solide : la conception des paralysies par excès d'activité inhibitoire cérébrale.

— M. *Malassez* présente, au nom de M. Decagny (de Beauvois), une Note sur les micro-organismes de la septicémie. De ses observations, poursuivies à la campagne, en dehors de tout centre scientifique et avec une grande sagacité, M. Decagny tire les conclusions suivantes : « Les microbes de la septicémie existent parfois dans le sang avant la mort; ils occasionnent non seulement des désordres inflammatoires analogues à ceux décrits par plusieurs auteurs, notamment par MM. Cornil et Babès, mais ils produisent aussi, par irritation locale, la suractivité fonctionnelle d'un organe pouvant aboutir à des congestions, à des apoplexies par encombrement, et défaut de circulation de retour. » Au point de vue du traitement, l'emploi des substances oxydantes, indiquées par le mode d'existence et de développement de ces micro-organismes, et notamment de l'eau oxygénée, de l'eau de Rabel, peuvent rendre de grands services comme dans les cas observés par l'auteur.

— M. *Mathias Duval* résume ses nouvelles recherches sur l'aire vitelline du blastoderme du poulet. Chacun des trois feuillets se termine, indépendamment des autres, dans une région de l'aire vitelline : le feuillet moyen à l'origine de cette aire, par le bourrelet mésodermique; le feuillet interne dans la partie moyenne de cette aire, à l'endroit où disparaissent les noyaux dans la couche vitelline la plus superficielle; le feuillet interne à la limite extrême de l'aire vitelline, par le bourrelet ectodermique. Tel est l'état du blastoderme étendu sur la sphère vitelline aux troisième et quatrième jours de l'incubation : la connaissance précise de ces dispositions est indispensable pour comprendre comment le blastoderme enveloppant la masse du jaune se forme au niveau du pôle inférieur de ce jaune pour constituer une vésicule ombilicale close.

— M. *Onimus*, rappelant les faits énoncés dans la précédente séance par M. Judée et par M. Dastre, au sujet de l'action du curare, expose à son tour les raisons qui lui font repousser la théorie d'une perte d'activité des éléments terminaux des nerfs moteurs : chaque fois qu'à la suite de paralysie traumatique ou autre, les nerfs moteurs sont altérés jusqu'à leurs terminaisons intramusculaires, la contractilité faradique des muscles est abolie; or, les réactions des muscles étant conservées dans l'empoisonnement par le curare, il s'ensuit que les plaques motrices ne sont pas atteintes par le poison. C'est dans leur continuité que les nerfs sont atteints.

— M. *Ch. Richet* présente une note de M. Ochorowitz sur un criterium de la sensibilité hypnotique et sur l'*hypnoscope* de l'auteur. Il s'agit des avantages qu'on peut tirer en physiologie et en médecine de l'application de l'aimant. Celui que M. Ochorowitz appelle hypnoscope est un tube qui rappelle l'électro-aimant de Joule, avec cette différence que les lignes de force y sont dirigées en dedans et non en dehors; on introduit l'index dans ce tube et après deux minutes on a ou non des effets positifs, indiquant l'état de sensibilité hypnotique du sujet. Ces effets sont subjectifs et objectifs et consistent le premier en fourmillements, engourdissements, douleurs, etc.; les autres en rigidité élastique (doigt à ressort), en contracture, etc. On observe ces phénomènes chez 30 personnes sur 100 prises au hasard, et comme il y a un parallélisme constant entre la faulté d'être influencé par l'aimant et la sensibilité hypnotique, l'auteur espère qu'on pourra tirer grand parti de l'hypnoscope, qu'il croit devoir prochainement prendre place dans la pratique à côté de l'esthésiomètre de Weber.

— M. *Bochefontaine* adresse une Note complémentaire sur la nature *cuprique* des odeurs de Villedieu : c'est un renseignement fourni par M. Lecrosnier, qui vient à l'appui des affirmations déjà énoncées à ce sujet par M. Bochefontaine.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 14 MAI 1884. — PRÉSIDENCE DE M. DELPECH.

Iridin et médicaments cholagogues : M. H. Gueneau de Mussy (Discussion : MM. C. Paul, Blondeau). — Traitement de la dysménorrhée par les bains de vapeur térébenthinée : M. Brémond (Discussion : MM. C. Paul, E. Labbé, Dujardin-Beaumetz). — Emploi du galteria procumbens dans le rhumatisme : M. Boymond.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance M. *H. Gueneau de Mussy* signale l'emploi qui est fait à Edimbourg des pilules d'iridin pour combattre les vomissements de la grossesse. L'action de ce médicament a été étudiée par Berry Hart, dans la *Revue de clinique et de pathologie* d'Edimbourg, et ses propriétés cholagogues ont été nettement mises en relief; l'auteur se base, du reste, sur ce mode d'action pour confirmer l'origine hépatique des vomissements chez la femme enceinte, théorie soutenue par Lorrain, Tarnier, et plus tard par Mathews Duncan. Il aurait obtenu d'excellents résultats dans les dix cas où il a employé l'iridin; il le prescrit en pilules, à la dose de 20 centigrammes pour une pilule dont l'excipient est la conserve de roses. Une seule pilule tous les soirs.— C'est un cholagogue énergique, mais il ne jouit pas de la propriété d'amener les évacuations intestinales; aussi est-il nécessaire de faire prendre le lendemain aux malades une petite dose de sel de Glauber. — M. H. Gueneau de Mussy obtient un effet cholagogue assez semblable, en même temps qu'une action purgative, par l'association du podophyllin, à l'euonymin et à la jusquiame. Il prescrit une pilule composée d'après la formule suivante : podophyllin, 25 milligrammes; euonymin, 5 à 10 centigrammes; extrait de jusquiame, 5 centigrammes. On peut remplacer dans cette formule les 5 centigrammes d'extrait de jusquiame par 1 centigramme d'extrait de belladone.

M. *C. Paul* fait remarquer que la jusquiame a été associée depuis longtemps au podophyllin dans le but de supprimer les coliques assez vives causées, d'ordinaire, par cette oléo-résine; mais il faut reconnaître que ce résultat est rarement atteint. Quant à l'euonymin, il le croit moins actif que le podophyllin, et a vu son effet s'épuiser plus rapidement.

M. *H. Gueneau de Mussy* rappelle qu'il y a une grande analogie entre le podophyllin et l'euonymin : tous deux sont de puissants cholagogues. Le podophyllin a un effet purgatif plus prononcé peut-être, mais qui n'est d'ailleurs pas con-

stant. A Edimbourg on accorde la préférence à l'iridin, auquel on associe un léger purgatif.

M. *C. Paul* fait observer que, même avec le podophyllin, les résultats peuvent être très variables suivant l'état de *polycholie* présenté par le malade. Pendant les deux ou trois premiers jours, alors que les voies biliaires sont remplies de bile, un flux intense se produit, accompagné d'un effet purgatif marqué; puis, si l'on continue l'usage du médicament, les selles deviennent moulées, pâteuses, tout en demeurant faciles. Les mêmes phénomènes sont observés avec l'euonymin. Du reste, cette action variable appartient à presque tous les médicaments cholagogues; il l'a vue se manifester chez des malades atteints de constipation, auxquels il a prescrit des pilules de Belloste. Il a obtenu d'ailleurs de très bons résultats de cette médication, unie aux eaux de Carlsbad, chez des individus ordinairement constipés et souffrant, après les repas, de prétendues crampes d'estomac, qui ne sont que des crises ébauchées de coliques hépatiques. Le mercure est dans ce cas un excellent cholagogue.

M. *Blondeau* retire de précieux effets des pilules d'euonymin et a vu leur action se prolonger plus longtemps que celle du podophyllin, ou même se manifester très nettement chez des individus qui n'obtenaient plus aucun effet de l'ingestion de ce dernier médicament. Il a remarqué, d'ailleurs, que l'on peut prolonger l'action du podophyllin, lorsqu'elle vient à cesser, en lui associant la noix vomique. Il emploie dans ce cas la formule suivante : extrait de jusquiame, 1 centigramme; extrait de noix vomique, 1 centigramme; podophyllin, 15 milligrammes; savon médicinal, 5 centigrammes, pour une pilule. De une à trois pilules le soir en se couchant.

M. *H. Gueneau de Mussy* a constaté mainte fois l'activité plus énergique des cholagogues dans les cas de sécrétion biliaire abondante, en particulier dans cet état que l'on nomme embarras gastrique. Il a vu, plusieurs fois, dans ces conditions, 1 centigramme de calomel produire, chez un même individu, une abondante purgation qui ne pouvait être obtenue, dans d'autres circonstances, avec des doses beaucoup plus élevées du même médicament. L'effet était encore plus marqué en associant au calomel une cuillerée à café de sulfate de soude.

M. *C. Paul* demande si M. Blondeau a remarqué que l'administration de la noix vomique, unie au podophyllin, ait quelques inconvénients chez les hémorrhoïdaires? ne provoque-t-elle pas de la congestion rectale?

M. *Blondeau* n'a jamais observé rien d'analogue chez ses malades; il n'a vu se produire aucune poussée congestive au niveau des hémorrhoïdes.

— M. *Brémond* lit une note sur *le traitement de la dysménorrhée par les bains de vapeur térébenthinée.* Il rapporte plusieurs observations qui lui ont démontré l'action emménagogue de la térébenthine. Il pense que ce médicament absorbé, dans le bain de vapeur, au niveau de la peau et des voies respiratoires, agit sur l'économie par des phénomènes chimiques dans l'intimité des tissus, et que cette action doit être attribuée à l'ozone produit en quantité notable dans les appareils où se dégagent les vapeurs térébenthinées. Il a constaté la présence de l'ozone, au moyen du papier réactif de Schœnbein, de la façon la plus nette. Ce traitement permet de guérir un certain nombre de dysménorrhées rebelles, et se montre également efficace contre la leucorrhée.

M. *C. Paul* est d'avis qu'il serait nécessaire de spécifier à quelle forme de leucorrhée ce traitement est applicable ; la leucorrhée est en effet un symptôme d'une foule d'états morbides très différents. La production de l'ozone dans les appareils de M. Brémond est d'ailleurs un fait intéressant; l'ozone était obtenu, jusqu'ici, au moyen de piles thermo-électriques assez difficiles à se procurer, et, par suite, son emploi en thérapeutique demeurait forcément très restreint.

M. *E. Labbée* fait usage, depuis quelques mois, d'une *eau ozonisante* ou *hydrate de terpilène*, qui a été mise à sa disposition par un ingénieur de ses amis. Ce liquide est un désinfectant d'une énergie considérable ; il semble, en outre, donner des résultats assez satisfaisants, administré en inhalations, chez les phthisiques : il supprime l'odeur de l'haleine et facilite l'expectoration. M. E. Labbé l'a également prescrit à quelques malades par la voie stomacale, et a cru remarquer, jusqu'ici, qu'il détermine une excitation favorable des fonctions digestives.

M. *Dujardin-Beaumetz* a expérimenté l'eau saturée d'oxygène qui est aujourd'hui préparée industriellement d'une façon courante. Elle est renfermée dans des siphons chargés de la même façon que les siphons d'eau de Seltz : l'oxygène remplace l'acide carbonique. Il ne faut pas confondre, d'ailleurs cette eau saturée d'oxygène en dissolution, avec l'eau oxygénée découverte par Thénard. Il a reconnu qu'elle jouissait de propriétés désinfectantes très marquées, la rendant précieuse pour les irrigations au fond de la gorge, le lavage des plaies, etc.; en outre, elle est agréable à boire et agit comme excitant gastrique.

M. *C. Paul* rappelle que M. Limousin avait préparé une eau toute semblable il y a plusieurs années. On a reconnu que, si elle excitait l'appétit, elle ne tardait pas à déterminer de la gastralgie.

— M. *Boymond* signale l'usage fait en Angleterre de l'huile de winter green (galteria procumbens) dans le rhumatisme articulaire. Ce médicament administré à l'intérieur aurait fourni des résultats fort avantageux.

— A cinq heures trois quarts la séance est levée.

André Petit.

Collège médical de Vienne.

Prophylaxie de la tuberculose.

Discussion d'un rapport lu par M. le docteur *Læffler* au nom d'une commission de sept membres sur la *prophylaxie de la tuberculose.* Le rapporteur admet l'origine parasitaire de l'affection et recommande les mesures suivantes :

1° Des mesures spéciales de précaution seront prises vis-à-vis de tous les malades atteints de cavernes pulmonaires ou d'ulcérations intestinales;

2° Dans les chambres, on veille à l'aération, à la propreté des planchers, des murs, ainsi que du linge; on s'assure que les malades ont *toujours* des crachoirs et qu'ils s'en servent;

3° Des crachoirs contenant une solution phéniquée à 5 pour 100, sont placés même en dehors des chambres, surtout dans les locaux où se réunissent une grande quantité d'hommes : écoles, hôpitaux, orphelinats et hospices, casernes, auberges, gares, administrations publiques, etc.

4° *Tout objet suspect est soumis à la désinfection.* Il faut entendre par là non seulement toutes les excrétions des phthisiques, mais tous les objets qui peuvent avoir été en contact avec eux. Pour les liquides, on emploie, pendant vingt-quatre heures, la solution phéniquée à 5 pour 100; pour le linge, la lessive bouillante pendant une heure. Certains objets peuvent être soumis, pendant plusieurs heures, à une chaleur sèche de 100 degrés, ou à l'action de la vapeur. Ces mesures de désinfection sont indispensables dans les hôpitaux et dans les stations d'hiver où se réunissent un grand nombre de phthisiques.

5° Les malades arrivés à la période ultime de la phthisie pulmonaire ou intestinale sont isolés; en cas d'impossibilité,

on provoque leur hospitalisation. On éloigne à tout prix des tuberculeux les enfants à la mamelle et les enfants chétifs. — Pour les malades moins avancés, on cherche à organiser un isolement relatif aussi bien dans l'hôpital que dans la famille, et surtout lorsqu'il s'agit d'un négociant (dans ce dernier cas, dans l'intérêt des consommateurs);

6° On combat par tous les moyens l'encombrement dans les familles, dans les écoles et autres lieux publics;

7° Tout mariage avec une personne atteinte de tuberculose avancée (?) doit être déconseillé (danger de propagation pour l'entourage, transmission à la progéniture);

8° On cherche à faire disparaître toutes les causes susceptibles de provoquer des affections, même légères, des voies respiratoires, affections qui constituent la *prédisposition capitale* à la tuberculose. On évite la production de poussières dans les maisons et dans les rues. Il y aura lieu de procéder à une refonte complète des mesures actuelles de police sanitaire;

9° Pour le même motif, on institue une prophylaxie minutieuse de la rougeole et de la coqueluche;

10° Le lait provenant de vaches atteintes de maladie perlée est tenu pour suspect; lorsque les vaches présentent des lésions tuberculeuses des trayons, le lait est absolument défendu. Il devra toujours être consommé après ébullition et l'on doit instituer une surveillance officielle vétérinaire à ce sujet;

11° La statistique mortuaire de la tuberculose doit être élaborée en tenant compte de l'âge et de la profession des malades;

12° La désinfection des vêtements et fournitures de lit ne pouvant être opérée que dans des établissements importants, il y a lieu de provoquer l'organisation d'établissements officiels de désinfection.

Clinical Society of London.

SÉANCE DU 28 MARS 1884.

Fièvre typhoïde associée au rhumatisme. — Réduction d'une luxation en arrière de la première vertèbre lombaire. — Trépanation du frontal pour une névralgie rebelle du nerf sus-orbitaire.

M. *Finlay* lit une note sur cinq cas de fièvre typhoïde associée au rhumatisme. Le premier de ses malades est un type résumant ce qui s'est passé chez les autres. Il s'agit d'un homme âgé de vingt-quatre ans, portefaix, admis à Middlesex-Hospital pour une attaque de rhumatisme aigu, le 1er octobre 1883; il était d'ailleurs d'une famille de rhumatisants et avait eu lui-même plusieurs attaques antérieures. Il fut soumis au traitement par le salicylate de soude et guérit rapidement. Le 5 octobre la température était devenue normale et les douleurs des jointures avaient disparu. Il continua à aller mieux jusqu'au 19, lorsqu'il commença à ce moment à se plaindre de faiblesse des jambes, de mal de tête; en même temps la température s'éleva. Bientôt tous les signes de la fièvre typhoïde se montrèrent; le 29, le malade eut une perforation intestinale et mourut rapidement.

A l'autopsie on trouva une péritonite généralisée et des ulcérations de l'intestin. L'âge des lésions intestinales permet de penser que la fièvre typhoïde était antérieure au rhumatisme, et que son cours a été enrayé par l'attaque rhumatismale. Dans les quatre autres cas, un malade mourut également de perforation. Les trois autres guérirent. Bien que peu nombreux, ces faits prouvent néanmoins qu'il faudra redoubler de précautions dans le traitement de cas semblables survenant pendant une épidémie de fièvre typhoïde et qu'on devra surtout surveiller l'alimentation.

— M. *Davies-Colley* a observé un homme de cinquante-cinq ans, ayant reçu sur le dos une masse très lourde de fer. Il fut apporté à l'hôpital dans le collapsus, mais ayant cependant conservé la sensibilité. La première vertèbre lombaire était déplacée d'environ trois quarts de pouce en arrière de la dernière dorsale. Il n'y avait pas de mobilité, pas de crépitation. Le malade pouvait mouvoir les membres inférieurs, mais le membre droit moins que le gauche. La sensibilité était diminuée sur la face externe de la jambe droite et complètement abolie sur le dos du pied du même côté. Sitôt l'admission du malade, on pratiqua l'extension sous l'éther. M. Davies-Colley passa la main au-dessous de la vertèbre proéminente, tandis que trois aides exerçaient des tractions sur les jambes. La déformation fut graduellement réduite sans secousse. Un appareil plâtré fut appliqué pendant qu'on exerçait encore les tractions sur les jambes. Lorsque le malade se réveilla, il déclara se trouver fort bien. Trente-quatre jours après l'accident, l'appareil est enlevé. La ligne des apophyses épineuses est régulière, il existe seulement un peu de sensibilité au niveau de la luxation. Moins de deux mois après l'accident, le malade pouvait se promener. La faradisation ramena la sensibilité et l'intégrité des mouvements dans la jambe droite, et quelques mois après il n'existait aucune différence entre les deux membres.

— M. *Arthur Durham* a observé un malade ayant une névralgie rebelle de la branche sus-orbitaire à la suite d'un traumatisme de l'orbite, et contre laquelle toutes les méthodes de traitement, y compris la résection des branches de ce nerf, avaient échoué. Le malade affirmait que la douleur venait d'une dépression de l'os sous-jacente à la cicatrice de la blessure antérieure, et était disposé à subir une opération pour se débarrasser de cette douleur, même au risque de sa vie. Dans ces circonstances, M. Durham trépana le frontal au point indiqué et enleva une rondelle d'environ un pouce de diamètre. Depuis, le malade, rapidement guéri de l'opération, n'a plus eu aucune douleur. L'os enlevé était sain; il ne portait pas de traces de fracture ni d'ostéite, seulement une petite dépression sur sa face interne, analogue à celles que l'on trouve communément sur les crânes d'adulte.

SÉANCE DU 18 AVRIL 1884.

Tumeur tuberculeuse du larynx. — Trois cas d'extirpation de cancer du rectum. — Observation remarquable de méningite tuberculeuse.

M. *Percy-Kidd* présente une note sur un cas de tumeur tuberculeuse du larynx chez un malade âgé de cinquante ans, qui avait souffert de toux, d'enrouement et d'essoufflement depuis huit mois. Il avait des signes d'induration pulmonaire aux deux sommets, avec absence complète de râles. Le larynx était normal à l'exception des cordes vocales. Sur l'extrémité supérieure de la corde vocale gauche était une tumeur sphérique du volume d'un petit pois; sur la partie correspondante de la corde droite on voyait une petite proéminence en forme de pomme de pin. Dix semaines après sa première visite le malade fut admis à l'hôpital à la suite d'une attaque de spasme du larynx. Pendant ses quatre mois de séjour à l'hôpital le malade eut de temps à autre des attaques semblables dépendant du gonflement des replis arythéno-épiglottiques. Les tumeurs laryngiennes restaient cependant dans le même état et aucune modification ne survenait dans les poumons. Le second bruit de l'aorte était très marqué et on entendait sous la clavicule gauche un murmure systolique, que l'on rapportait à une dilatation de l'aorte. Peu à peu des signes d'excavation pulmonaire se montrèrent et les replis arythéno-épiglottiques se tuméfièrent, mais sans aucun changement du côté des tumeurs du larynx. L'obstruction du larynx s'accentua au point qu'on dut

faire la trachéotomie, et le malade mourut deux jours après. L'autopsie révéla une tuberculose pulmonaire (type fibreux) du côté gauche, une ulcération tuberculeuse de la paroi postérieure du larynx et de la trachée, avec les deux petites tumeurs symétriques des cordes vocales constatées pendant la vie; athérome et dilatation de l'aorte; rein granuleux contracté; foie gras; ulcération tuberculeuse du côlon. L'examen microscopique des petites tumeurs du larynx montra qu'elles étaient formées d'une collection de tubercules miliaires infiltrant les tuniques muqueuse et sous-muqueuse. Des bacilles en grand nombre y furent trouvés. Dans le *Wiener Med. Presse*, avril 1883, Schnitzler rapporte un cas dans lequel il diagnostiqua la présence de plusieurs tumeurs tuberculeuses du larynx ; elles furent enlevées au moyen du polypotome et furent reconnues constituées par des tubercules miliaires. Schnitzler pense que c'est le premier cas où de telles tumeurs aient été reconnues pendant la vie.

Une discussion s'engage sur les rapports existant entre ces tumeurs et la tuberculose pulmonaire.

— M. *Harrisn Cripps* donne lecture d'une note sur trois cas de cancer du rectum dans lequel il a excisé la partie inférieure de l'intestin. Deux de ses malades ont été soulagés pendant plusieurs mois, mais après ce temps la maladie a récidivé ; la troisième malade, une femme, âgée de quarante ans, a été opérée en juillet 1880 et l'examen microscopique a montré qu'elle était atteinte d'un cancer adénoïde. La malade a été examinée depuis cette époque; elle a repris sa vigueur antérieure, elle n'a plus de douleur et ne présente aucune trace de récidive après quatre ans.

Plusieurs assistants rapportent le résultat de leur pratique.

— M. *Angel Money* communique une observation remarquable de méningite tuberculeuse. Une enfant du sexe féminin, âgée de neuf mois, d'une très bonne santé jusqu'alors, n'ayant eu qu'une très légère rougeole, est prise subitement, le 27 novembre 1883, d'une attaque après laquelle on constate une paralysie complète du bras et de la jambe gauche. L'intelligence, autant qu'on pouvait en juger, paraissait intacte. L'hémiplégie semblait marcher vers la guérison, lorsque survint une série d'attaques, qui emportèrent la petite malade le 2 janvier 1884. A l'autopsie on trouve le cerveau ramolli et anémié, avec une grande quantité de sérosité dans les ventricules latéraux et dans le quatrième ventricule. Il y avait des traces de méningite ancienne, surtout à la base, et une grosse artère de l'hémisphère droit était thrombosée. M. Angel Money insiste sur la difficulté du diagnostic, faisant remarquer que chez les enfants les symptômes et les signes des maladies font le plus souvent défaut, surtout quand il s'agit d'affection cérébrale.

Pathological Society.

SÉANCE DU 1er AVRIL 1884.

Ostéomalacie chez une petite fille. — Ulcérations syphilitiques de l'intestin grêle. — Dégénérescence kystique du foie.

M. *Davies Colley* montre le squelette d'une petite fille qui, pendant sa vie, présenta des manifestations osseuses difficiles à caractérieer, tenant à la fois du rachitisme et de l'ostéomalacie. Il pense cependant qu'il s'agissait plutôt d'une ostéomalacie juvénile que d'un rachitisme; d'ailleurs le traitement ordinaire du rachitisme (iode, fer, bichlorure de mercure) est resté sans résultat.

— M. *Norman Moore* présente la calotte crânienne et l'intestin grêle d'une femme, âgée de quarante-six ans, morte à Saint-Bartholomew's Hospital, d'accidents syphilitiques. Le crâne offre des rugosités à sa surface externe. Sur la table interne du pariétal droit, on constate une gomme ramollie. Dans l'intestin grêle, on voit de nombreux points épaissis : quelques-uns sont ulcérés, d'autres sont indurés ; par places le calibre de l'intestin est obstrué. Pas d'engorgement des glandes mésentériques. Le foie est petit, et on y trouve des cicatrices et une gomme récente. Rein atrophié et granuleux. C'est un exemple de syphilis viscérale, et il est remarquable de voir que cette diathèse, qui est rarement cause de rétrécissement de la dernière portion du gros intestin, a déterminé une obstruction et des ulcérations de l'intestin grêle.

— M. *Hale White* met sous les yeux des membres de la Société un foie ayant subi une véritable dégénérescence kystique à la suite d'une attaque de fièvre jaune.

REVUE DES JOURNAUX

Le sulfite de calcium dans le traitement du diabète sucré, par M. C. M. CAULDWELL. — Cette substance a été préconisée dans ces derniers temps par plusieurs observateurs dans le traitement du diabète. Le docteur N. C. Husted, qui était lui-même atteint de cette maladie, en a obtenu d'excellents résultats en combinant son usage avec celui d'un traitement hygiénique approprié. Austin Flint et Hellman l'ont également employé avec succès. Cauldwell l'a administré seulement dans trois cas; dans l'un, il n'a obtenu aucun effet, dans les deux autres la guérison a suivi. (*New York medical Journal*, 5 avril 1884, p. 380.)

Transmission héréditaire de l'hypospodias, par M. Alfred LINGARD. — Contrairement aux autres difformités et anomalies, tels que doigts et orteils surnuméraires, becs-de-lièvre, taches érectiles, l'hypospadias a été regardé pendant longtemps comme très rarement héréditaire. Tous les auteurs que Lingard a consultés sont unanimes à ce sujet. Cependant sir Everard Home rapporte que dans une famille composée de trois enfants, le premier était hypospade, la seconde, une fille, était normale, et le troisième, garçon, était atteint du même défaut de développement que le premier. Lingard cite encore quelques faits de Morgagni, de Shorthouse et autres auteurs. Puis il arrive à rapporter un exemple remarquable de ce que Sedgwick appelle l'atavisme indirect, et dans lequel on voit la transmission de l'hypospadias se faire à travers six générations. Une bibliographie étendue termine ce court travail. (*The Lancet*, 19 avril 1884, p. 703.)

Perte de la mémoire à la suite de traumatisme du crâne, par M. SPENCE. — L'auteur rapporte trois exemples de ce curieux accident. Dans le premier cas, il s'agit d'un garçon de douze ans, ayant reçu une commotion du cerveau, et qui fut apporté sans connaissance à Bradford infirmary. Il revint peu à peu à lui, et le cinquième jour il commença à parler, mais il ne put se souvenir de son accident ni des circonstances qui l'avaient précédé; il ne pouvait seulement se rappeler de ce qu'il avait fait la veille au soir en compagnie d'un de ses camarades. M. Spence rapporte deux autres cas analogues, que lui a communiqués le docteur Rabagliati. (*The Lancet*, 19 avril 1884, p. 705.)

Ablation avec succès de deux tumeurs solides circumrénales, par sir SPENCER WELLS. — Ces néoplasmes, opérés au mois de novembre dernier par Spencer Wells, occupaient les régions rénales gauche et droite, d'une femme âgée de quarante-huit ans, celle de gauche adhérait au rein. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait de fibrolipomes développés dans l'atmosphère cellulo-adipeuse des reins, sans la moindre apparence de dégénérescence sarco-

mateuse. La malade avait commencé à ressentir des douleurs abdominales en 1874, et en 1878 elle avait cru à une grossesse. Cependant les règles venaient régulièrement et les urines étaient toujours normales. Le diagnostic porté incertain sur la nature et l'origine précises des tumeurs, fut formulé simplement tumeurs solides périrénales. On fit l'incision ordinaire de l'ovariotomie et on énucléa sans difficulté les deux néoplasmes, dont le gauche adhérait au rein et au côlon descendant. Peu de sang fut perdu et un très petit nombre de ligatures fut nécessaire. La malade se remit aussi vite et aussi bien que d'une ovariotomie. (*The British medical Journal*, 19 avril 1884, p. 758.)

De l'insuffisance mitrale anorganique, par M. Heitler. — L'auteur préfère le terme d'*anorganique* à celui de *fonctionnelle* qui est plus généralement usité. Il attire l'attention sur un travail de physiologie (Hesse, *Beiträge zur Mechanick der Herzbewegung*, in *Archiv. für Anat. und Physiol.*) qui lui paraît de nature à élucider bien des points obscurs de cette délicate question.

Les recherches de Hesse ont démontré que la modification essentielle du cœur pendant la systole consiste en un rétrécissement de son diamètre sans diminution de longueur. La base du cœur en systole représente à peine plus de la moitié de la surface de la base en diastole; soit 53 à 63 pour 100. Cette diminution de surface porte un peu sur les ouvertures artérielles et beaucoup sur les ouvertures auriculo-ventriculaires. L'occlusion de l'orifice mitral est produite en grande partie par la contraction de la musculature; le reste de l'ouverture est fermé par les valvules.

D'après ces indications on comprend aisément la pathogénie des insuffisances anorganiques. Il suffit que le muscle ne possède plus sa contractilité normale, et ce cas se présente dans les fièvres, dans les anémies, le cœur gras, etc. On comprend encore la rapidité avec laquelle se manifestent en certains cas ces troubles du cœur.

L'insuffisance dite fonctionnelle est caractérisée par le caractère variable du bruit systolique, l'alternance des bruits normaux et des souffles. Or lorsqu'un muscle quelconque est affaibli, les contractions incomplètes ou presque nulles alternent avec les contractions parfaites, c'est ce qui se passe aussi dans le cœur.

Le diagnostic n'est pas difficile. On constatera avant tout l'hypertrophie du ventricule gauche, puis sa dilatation. S'il n'existe pas d'obstacle à la circulation et pas de rein brightique, cet état du cœur ne peut s'expliquer que par une insuffisance anorganique. D'ailleurs le souffle est doux, *plumaire*, ce qui est rare dans les affections organiques.

L'auteur conteste à Gendrin la priorité et attribue à un médecin anglais du nom d'Adams et à Bouillaud, le mérite d'avoir reconnu ce mode de lésion cardiaque. (*Wien. med. Woch.*, n°s 14 et 15, 1884.)

L'hyperplasie nodulaire et l'adénome du foie, par M. Simmonds. — A rapprocher des travaux récents de Kelsch et Kiener, de Laveran, de Sabourin, etc. L'auteur distingue, dans le foie, quatre lésions de ce genre:

L'*hyperplasie nodulaire solitaire :* tumeur encapsulée, riche en tissu cellulaire, composée de tissu hépatique hyperplasié, que l'on rencontre accidentellement dans les foies normaux et qui peut être considérée comme congénitale;

L'*hyperplasie nodulaire multiple :* noyaux de petite dimension, non encapsulés, composés de même de tissu hépatique hyperplasié, que l'on ne trouve que dans des parenchymes fortement dégénérés et qui doivent être considérés comme des formations compensatrices;

Les *adénomes multiples :* tumeurs adénoïdes rapidement encapsulées, dont les cellules proviennent des cellules hépatiques. La cause de ces néoplasmes est l'hépatite interstitielle concomitante. L'adénome ne produit pas de métastase, mais se transforme quelquefois en carcinome.

Les *adénomes solitaires* se rencontrent dans des foies normaux. (*Deutsch. Arch. für klin. Med.*, t. XXXIV, p. 389.)

BIBLIOGRAPHIE

Études médicales du professeur Lasègue.
2 gros vol. in-8°, Asselin, 1884.

Si le professeur Lasègue n'a pas été, à proprement parler, chef d'école, il a su du moins, autant par le charme de sa parole et de son esprit que par son ardent dévouement à ceux qui l'approchaient, se faire de ses élèves une véritable famille. Ils l'ont prouvé par l'empressement qu'ils ont mis à répondre à l'appel de M. le docteur Blum, lorsque celui-ci, dans une pensée de piété filiale, les a conviés à publier quelques-unes des leçons orales, restées inédites, de leur maître.

Leur tâche était particulièrement délicate; car si Lasègue, grâce à sa merveilleuse facilité d'élocution, au tour éminemment littéraire de sa parole, à l'originalité, à l'imprévu même de ses aperçus, savait captiver son auditoire, il y avait, dans sa méthode d'exposition, un laisser-aller, non dépourvu de grâce, qui n'était pas sans nuire souvent à l'ordonnance générale de sa leçon, comme ses digressions pouvaient faire perdre de vue parfois les grandes lignes de son cours. A cet égard, sa manière différait essentiellement de celle de son maître Trousseau. Comme lui, plus que lui-même, il répugnait aux tentatives de systématisation et de dogmatisme pour s'en tenir à la médecine traditionnelle de l'observation. Mais, tandis que Trousseau étudiait les questions sous toutes leurs faces, avec plus de netteté que de profondeur, plus de précision que d'originalité, Lasègue au contraire laissait résolûment maints points dans l'ombre, pour déployer toutes les ressources de son esprit sagace et souple dans l'étude approfondie, minutieuse de tel ou tel phénomène morbide. Aussi les leçons de Trousseau sont-elles et demeureront-elles longtemps le bréviaire de l'étudiant, tandis qu'il faut, pour apprécier à leur juste valeur les causeries de Lasègue, une culture médicale plus avancée. Dans ses cours sur les *appétits*, sur les *vertiges*, sur les *bronchites*, sur le *diabète*, — pour ne citer que les plus intéressants, — on ne doit pas s'attendre à trouver un exposé complet de la matière; mais on y rencontre à chaque pas une remarque judicieuse, une réflexion originale qui sont comme des traits de lumière dans ces questions si délicates auxquelles Lasègue se plaisait. Ils fourmillent de ces mots heureux qui se gravent dans la mémoire, ou d'aperçus ingénieux qui peuvent être la source de fructueuses méditations. Aussi ces leçons, qu'on ne saurait analyser, car leur valeur est surtout dans des nuances, ont-elles plus de prix que maints gros ouvrages de compilation, qu'on consulte à l'occasion, mais qu'on ne lit point.

L'enseignement oral du professeur Lasègue fait donc excellente figure à côté de ses mémoires et articles que l'on retrouve dans ces volumes et qu'on y lira avec plaisir et profit. Au premier rang se placent ses essais biographiques d'une si grande saveur littéraire, comme ses études sur les grands maîtres de la clinique, les *Graves*, les *Louis*, les *Bretonneau*, et enfin cet éloge de Trousseau aussi digne du maître que de l'élève. Ces travaux n'ont pas vieilli, pas plus que ses esquisses de pathologie générale, frappées au coin do l'esprit philosophique le plus délié et le plus perspicace, sur la *thrombose* et l'*embolie*, sur l'*école physiologique allemande*, sur le *vitalisme*, les *ferments*, etc. Dans les dernières années de sa vie, Lasègue sembla se désintéresser de ces questions si délicates; nul cependant n'était mieux armé que lui pour les études de

ce genre, avec son tempérament intellectuel, essentiellement critique, rebelle à tous les engouements, avec sa science de la dialectique et sa profonde érudition. Mais, dans son culte exclusif de la clinique, il se sentait quelque peu dépaysé au milieu des recherches expérimentales ou histologiques, dont il ne pouvait méconnaître l'utilité, mais qui lui inspiraient une insurmontable méfiance; d'où son abstention qu'on ne saurait trop regretter.

Est-il enfin nécessaire de rappeler les travaux de Lasègue dans l'ordre de la pathologie nerveuse et mentale? C'est là, quoique la qualification de spécialiste lui fût odieuse, c'est là que ce grand artiste de la clinique se trouve véritablement sur son terrain, appliquant sa merveilleuse puissance d'observation et d'analyse à la solution des problèmes si complexes que soulèvent les déviations de notre organisation intellectuelle et morale. En dépit du caractère évidemment trop absolu de certaines formules, ces études restent comme l'expression la plus saisissante de son talent; quelques-unes même ont la valeur d'œuvres définitives. Aussi, en réunissant ces travaux, épars çà et là, pour la commodité des recherches ultérieures, le docteur Blum a-t-il bien mérité de la science, en même temps qu'il rendait un légitime hommage à une mémoire justement aimée et honorée.

L. Dreyfus-Brisac.

Index bibliographique.

De l'angine de poitrine rhumatismale (hyperhémie du plexus cardiaque), par le docteur Antony Martinet, ancien interne des hôpitaux. Thèse de Paris, 1884. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — Les nombreuses théories successivement émises sur la pathogénie de l'angine de poitrine se réduisent aujourd'hui à deux principales, auxquelles se sont ralliés presque tous les auteurs : celle de la névrite ou de la névralgie du plexus cardiaque, et celle de l'ischémie du myocarde par altération ou spasme des artères coronaires. M. Martinet, à l'exemple de son maître le professeur Peter, s'efforce de simplifier encore la question anatomo-pathologique, et cherche à démontrer que la seule cause de l'angine de poitrine réside dans un trouble fonctionnel du plexus cardiaque ou dans une altération organique primitive ou secondaire de ce centre nerveux. Il étudie, en particulier, la détermination rhumatismale sur les nerfs du cœur, qui peut se produire indépendamment de toute inflammation des séreuses cardiaques, de toute altération du myocarde ou de l'aorte. Cette localisation du rhumatisme, qui se traduit cliniquement par les symptômes de l'angine de poitrine, affecte le plus ordinairement la forme hyperhémique, mais elle peut cependant aller, dans quelques cas, jusqu'à la phlegmasie. La marche de cette variété d'accidents d'*angor pectoris* est, le plus souvent, une sorte d'ébauche correspondant aux formes légères et bénignes de la névralgie cardiaque; la guérison paraît être la règle. Les émissions sanguines locales à la région préaortique, et l'application consécutive des révulsifs, aidés de l'emploi des stimulants diffusibles et des toniques (éther, alcool, extrait de quinquina), constituent, pour l'auteur, le traitement le plus efficace de l'accès, en même temps que la meilleure thérapeutique dans l'intervalle des crises.

Des accidents vertigineux et apoplectiformes dans le cours des maladies de la moelle épinière, par le docteur C. Giraudeau, ancien interne des hôpitaux. Thèse de Paris, 1884. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — Consciencieuse étude clinique des accidents vertigineux et apoplectiformes depuis longtemps signalés dans les affections médullaires, telles que la sclérose en plaques, l'ataxie locomotrice, les myélites chroniques diffuses, ou encore accompagnant les lésions localisées à la région cervicale du névraxe. Dans ce dernier cas, on a noté fréquemment la coexistence du pouls lent permanent, des troubles oculo-pupillaires et des attaques syncopales ou épileptiformes; tous ces phénomènes sont, d'ailleurs, d'autant plus prononcés que la lésion est plus voisine du bulbe. Ces accès vertigineux ou apoplectiformes sont plus fréquents au début des affections médullaires, mais leur pronostic est plus sévère lorsqu'ils apparaissent dans les périodes terminales; ils sont, du reste, parfois par eux-mêmes l'occasion de l'apparition des premiers troubles locomoteurs, ou, tout au moins, ils les aggravent s'ils existaient déjà. La marche de cette aggravation procède par poussées aiguës avec des rémissions manifestes, mais sans rétrocession véritable. Dans un intéressant chapitre consacré à la physiologie pathologique de ces phénomènes morbides, l'auteur établit qu'on ne peut admettre, pour les expliquer, *l'action à distance*, si justement invoquée à l'égard des accès épileptiformes généralisés; ils sont constamment le résultat de lésions matérielles au niveau du mésocéphale, du bulbe en particulier, et l'on retrouve chez les individus qui ont succombé à une attaque apoplectiforme, considérée à tort comme un accident congestif, des altérations des hémisphères cérébraux ou du mésocéphale. L'action de ces foyers de sclérose peut être comparée à celle des tumeurs cérébrales, sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'hypothèse d'une congestion encéphalique que l'examen nécroscopique vient rarement confirmer, et qui doit être attribuée, lorsqu'elle existe, aux accidents terminaux asphyxiques.

Contribution a l'étude clinique des adhérences pleurales, par le docteur Adolphe Thuvien, ancien interne des hôpitaux. Thèse de Paris, 1884. A. Coccoz. — Cet intéressant travail se compose de deux parties : dans la première, l'auteur étudie la séméiotique des adhérences pleurales en général, et leur association avec diverses altérations broncho-pulmonaires; il divise les adhérences en quatre classes : 1° adhérences longues, filamenteuses; 2° adhérences courtes (1/2 à 1 centimètre); 3° adhérences multiples et complexes; 4° symphyse pleurale, et, dans une étude clinique fort bien conduite, il s'attache à la description des divers signes subjectifs et physiques dont la réunion, en nombre variable, peut permettre de faire sur le vivant le diagnostic des adhérences de la plèvre. La seconde partie est consacrée à l'exposé des effets plus ou moins tardifs de ces adhérences sur les organes voisins et sur l'économie tout entière. Utiles et salutaires dans quelques cas restreints, elles sont le plus ordinairement défavorables, fixent le cœur, le poumon, le diaphragme dans une position anormale, et entravent le jeu de ces organes; elles donnent un cachet spécial et une gravité particulière à certaines pleurésies (multiloculaires, aréolaires, gélatineuses, enkystées), sont l'origine de dilatation cardiaque, et surtout retentissent d'une façon fâcheuse sur les affections thoraciques, « soit en appelant la localisation morbide sur les points où elles siègent, sur le côté où règnent les troubles fonctionnels de l'appareil, soit en augmentant ou en compromettant l'effort fonctionnel, l'excès de travail qu'entraîne avec elle toute manifestation thoracique aiguë primitive ou secondaire ». La thèse de M. Thuvien renferme trente-cinq observations, dont la plupart ont été recueillies par lui durant son internat dans les hôpitaux.

De la phlébite rhumatismale, par le docteur Stanislas Schmitt, ancien interne des hôpitaux. Thèse de Paris, 1884. A. Delahaye et E. Lecrosnier. L'auteur réserve le nom de phlébite rhumatismale à « l'ensemble des déterminations veineuses survenues à l'occasion du rhumatisme vrai », aussi croit-il nécessaire, avant d'entrer au cœur même du sujet, de définir ce qu'il faut entendre par le mot *rhumatisme*, d'après les idées modernes. Il démontre ensuite que le rhumatisme peut se localiser sur les veines et donner lieu à des accidents morbides revêtant deux formes différentes : 1° l'endophlébite, qui est très rare et appartient surtout au rhumatisme articulaire aigu et à ses formes anormales; 2° la thrombose, qui est bien plus commune, et se montre d'ordinaire au déclin ou dans la convalescence du rhumatisme articulaire aigu, ou dans le rhumatisme subaigu. Elle peut d'ailleurs être distinguée de la *phlegmatia alba dolens*, du moins d'après l'auteur, par l'ensemble de ses modalités anatomiques et cliniques; ce point spécial est traité avec quelques détails dans le chapitre consacré au diagnostic, mais les arguments invoqués à l'appui ne sont peut-être pas absolument convaincants. La phlébite rhumatismale peut se produire soit avant, soit pendant, et le plus souvent après les manifestations articulaires; elle se montre généralement au niveau des membres inférieurs et progresse constamment des extrémités vers le tronc. Les observations nombreuses recueillies ou dépouillées par M. Schmitt lui permettent d'établir que cette complication veineuse du rhumatisme offre une durée moyenne de deux mois environ, et comporte un pronostic habituellement favorable; on doit redouter cependant la mort subite par embolie pulmonaire.

VARIÉTÉS

LE TRANSPORT DES MALADES A PARIS.

On sait combien l'opinion publique s'est émue au sujet du transport dans les hôpitaux des malades atteints de maladies contagieuses. Cette question a fait l'objet de la circulaire suivante adressée par M. Camescasse, préfet de police, aux commissaires de police :

« Par une circulaire du 14 octobre 1882, je vous ai indiqué les dispositions à prendre, en ce qui vous concerne, pour assurer le fonctionnement régulier du service de transport dans les hôpitaux des malades atteints de variole. Je vous ai dit aussi que plusieurs voitures spéciales, remisées dans les dépendances de l'Hôtel-Dieu, étaient affectées à ces sortes de transports.

» Or, depuis quelque temps, les voitures dont il s'agit n'ont été mises en circulation qu'à de rares intervalles.

» D'un autre côté, ce n'est pas seulement les varioleux qu'il est dangereux de laisser transporter par des voitures publiques.

» Les voitures remisées à l'Hôtel-Dieu doivent servir également au transport des varioleux ou des typhoïdiques, et à celui de tout malade atteint d'une affection contagieuse quelconque : rougeole, diphthérie, scarlatine, etc.

» Vous voudrez bien, Messieurs, en informer, le cas échéant, vos administrés, et leur dire que la seule pièce qu'ils doivent vous produire est un certificat médical constatant la nature de la maladie.

» Dès qu'un malade atteint ou suspect d'être atteint d'une des affections susmentionnées devra être conduit à l'hôpital, vous me ferez connaître télégraphiquement son nom et sa demeure, ainsi que la nature de la maladie. En même temps, vous inviterez la famille du malade à se tenir prête à le faire monter dans la voiture, dès qu'elle sera arrivée à destination. En outre, et avant même la réception de l'instruction habituelle du conseil de salubrité, vous ferez procéder immédiatement à la désinfection du local contaminé, en employant, au besoin, les produits chimiques que ma préfecture met à votre disposition.

» J'ai donné, d'autre part, les instructions nécessaires pour que la voiture soit désinfectée avec soin après chaque transport.

» Je vous prie de vous conformer ponctuellement aux instructions contenues dans la présente circulaire, dont vous voudrez bien m'accuser réception.

» Recevez, etc.

» Le préfet de police,

» E. CAMESCASSE. »

Dans une note annexée à la circulaire, il est rappelé que ces voitures sont mises gratuitement à la disposition du public. Le service commence à huit heures du matin et finit à six heures du soir.

MÉDECINS DU BUREAU CENTRAL. — Le registre d'inscription des candidats au concours qui doit s'ouvrir le mercredi 21 mai 1884, pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris, a été clos lundi soir. Les candidats inscrits sont au nombre de 59. Ce sont MM. les docteurs : Ballet, Barié, Barthélemy, Béclère, Benoît, Béringier, Bourceret, Bourey, Brault, Brissaud, Brocq, Bruchet, Buzot, Capitan, Chantemesse, Chouppe, Comby, de Beurmann, Decaisne, Delpeuch, Derignac, Dreyfous, Eloy, Faisans, Faucher, Gailliard, Gauchas, Gaucher, Havage, Hirtz (Edgar), Hirtz (Hippolyte), Jean, Josias, Juhel-Rénoy, Ledoux-Lebard, Leduc, Legendre, Leloir, Leroux (Charles), Leroux (Marie), Liandier, Lorey, Lucas-Championnière, Marie, Martin, Mathieu, Merklen, Muselier, Netter, Oulmont, Petit, Renault, Robert, Rohin, Savoye, Siredey, Stackler, Talamon et Variot.

Le jury se composera, sauf modifications ultérieures, de MM. les docteurs Legroux, Labadie-Lagrave, Dreyfus, Debove, Constantin Paul, Audhoui, Guibout, Hayem et Tarnier.

CHIRURGIENS DU BUREAU CENTRAL. — Le concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé le 10 mai 1884, par la nomination de MM. les docteurs Nélaton et Prengrueber.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret, en date du 3 mai, M. le docteur Daudé, membre du conseil général de la Lozère, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret, en date du 5 mai, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. le docteur Rey, médecin en chef de la marine, chargé du service médical au Tonkin; le docteur Driout, médecin principal de deuxième classe de l'armée de terre, chef du service de santé du corps expéditionnaire du Tonkin.

Au grade de chevalier : MM. le docteur Ségard, médecin de première classe de la marine; le docteur Lecotte, médecin-major de deuxième classe à la légion étrangère.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MONTPELLIER. — M. J.-L. Tempié vient de faire don à la Faculté des sciences de Montpellier d'une somme de 10 000 francs pour la fondation d'un prix annuel qui portera le nom du donataire. Ce prix sera décerné, sous forme d'instruments de travail et de livres, à celui des candidats à la licence ès sciences naturelles (élève de ladite Faculté), qui aura passé les meilleurs examens dans le cours de l'année, pourvu qu'il ait obtenu la note minimum *assez bien* pour l'ensemble des épreuves.

Dans le cas où le prix ne serait pas décerné, les arrérages disponibles seront convertis en une rente qui augmentera la valeur du prix pour les années suivantes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Les concours de clinicat commenceront au mois de juillet prochain; ils s'ouvriront : 1° pour la nomination à deux places de chef de clinique médicale, le lundi 7 juillet 1884; 2° pour la nomination à deux places de chef de clinique chirurgicale, le jeudi 10 juillet 1884; 3° pour la nomination à une place de chef de clinique obstétricale, le mardi 15 juillet 1884. — Les chefs de clinique nommés entreront en fonctions le samedi 1er novembre 1884.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — *Bienfaiteurs de l'Association.* — M. Brun, trésorier de l'Association, a reçu les dons suivants : MM. Henri Roger, 1500 francs; Leroy-Dupré, 200 francs; Emile Vidal, 500 francs; Ricord, 500 francs; Hérard, 200 francs; Rathery, 100 francs; Damaschino, 500 francs; Burdel (de Vierzon), 100 francs; Baron Larrey, 100 francs; Desgranges (de Lyon), 1000 francs; Lasserre (legs), 887 francs; Péan, 200 francs; Famille du docteur Seux (de Marseille), 500 francs; Famille du docteur Fabre (de Marseille), 2000 francs. Total : 8287 francs.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — La Société de médecine légale vient de déclarer la vacance de dix places de membres correspondants nationaux. Les candidats (appartenant aux sciences médicales ou juridiques) sont invités à adresser leurs demandes, dans le plus bref délai, au secrétaire général, 7, rue Monsigny, à Paris. La question posée par le syndicat médical du Havre, à propos des certificats demandés par les Compagnies d'assurances sur la vie, après le décès des clients, reste à l'ordre du jour de la Société.

HERBORISATION PUBLIQUE. — M. Chatin, professeur de botanique à l'École supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 25 mai, dans la forêt de Saint-Germain. Le départ s'effectuera de la gare Saint-Lazare à onze heures et demie, pour la station du Pecq. — Nota. — Retour de Saint-Germain à quatre heures cinquante minutes.

MORTALITÉ A PARIS (20e semaine, du 9 au 13 mai 1884). — Fièvre typhoïde, 39. — Variole, 3. — Rougeole, 48. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 43. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 9. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 66. — Phthisie pulmonaire, 213. — Autres tuberculoses, 15. — Autres affections générales, 60. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 75. — Bronchite aiguë, 28. — Pneumonie, 100. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 37; au sein et mixte, 24; inconnu, 1. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 110; de l'appareil circulatoire, 79; de l'appareil respiratoire, 89; de l'appareil digestif, 61; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 8; des os, articulations et muscles, 7. — Morts violentes, 41. — Causes non classées, 10. — Total : 1209.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

Président : M. le docteur **A. DECHAMBRE**

Membres : MM. les docteurs **BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE**
L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. Dechambre, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 29 mai 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : MOUVEMENTS DU CERVEAU. — LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE. — LA RECHERCHE ET LE DÉNOMBREMENT DES ORGANISMES VIVANTS DE L'ATMOSPHÈRE. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : Mouvements du cerveau.

Nous avions cru devoir signaler l'impression produite sur l'Académie de médecine par quelques vivacités de langage échappées à M. Marc Sée, à l'adresse de M. Sappey. Nous ne pouvons taire que la réplique de M. Sappey a donné lieu, à plusieurs reprises, aux mêmes émotions comme aux mêmes manifestations. C'était pour mettre fin à un conflit pénible que M. Moutard-Martin demandait la clôture de la discussion. L'Académie, pensons-nous, a agi équitablement, en donnant au moins la parole à celui de ses membres qui l'avait soulevée.

Comme nous l'avons annoncé, nous reviendrons une dernière fois sur la question en litige.

— M. le professeur Verneuil a fait ensuite une intéressante communication sur les épanchements pleuraux consécutifs à l'ablation des tumeurs du sein.

La prophylaxie de la tuberculose.

On a pu lire dans le dernier numéro le résumé d'un rapport présenté à une Société médicale de Vienne sur la prophylaxie de la tuberculose. Question d'actualité pressante ; chaque nouvelle statistique vient rappeler que la phthisie fait des progrès, que les atteintes sont de plus en plus nombreuses. Partout le monde scientifique s'en montre préoccupé ; à Paris la Société médicale des hôpitaux, sur la demande de M. Villemin, a mis à l'ordre du jour la question de la *contagion de la tuberculose et de sa prophylaxie*, et a confié à

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Le nouvel acte d'anatomie au Canada et le « Montreal Herald ». — Ouvrages classiques mis à l'index. — Nécessité de redresser les erreurs. — Le meilleur livre pour étudier la philosophie. — Les administrations hospitalières de la Havane et du Brésil et les services de clinique. — Un legs judicieux. — Les femmes savantes en Espagne. — Les médecins communaux et les élections. — Injustice à l'égard des médecins militaires.

Dans notre dernière chronique, nous signalions les abus auxquels donne lieu de temps en temps le mode d'enseignement de l'anatomie humaine, adopté aux États-Unis. Au Canada, les choses se sont passées longtemps de la même manière. Dans les deux pays l'organisation des établissements d'enseignement supérieur est identique ; ils vivent de leurs propres ressources, recrutent leur personnel, le rôle de l'État se réduit au contrôle et à la surveillance. L'industrie des résurrectionnistes était donc prospère à Québec et à Montréal comme à Cincinnati ou à Baltimore ; elle était même si prospère, que l'opinion publique s'en émut. Aujourd'hui la dissection est soumise à un règlement à peu près semblable à ceux qui existent depuis longtemps en France et dans la plupart des Facultés de médecine de l'Europe : sont donnés aux amphithéâtres les cadavres des individus non reconnus, morts sur la voie publique ou dans un établissement hospitalier subventionné par l'État. La distribution est faite par les soins d'un inspecteur et les Facultés payent dix dollars pour chaque sujet qu'elles reçoivent. Il y a un an à peine que cette disposition est en vigueur ; elle a déjà produit d'excellents effets. Les professeurs et les étudiants sont enchantés, parce que les frais ont diminué ; l'ordre et la morale publique y ont également trouvé leur compte, l'acte d'anatomie a supprimé les résurrectionnistes ; on n'a plus connaissance d'une seule violation de sépulture, tandis qu'auparavant il y

une commission spéciale le soin de présenter un rapport. Nous ignorons encore ce qu'inspirera aux membres de cette commission leur compétence bien connue, mais nous croyons devoir dire notre avis sur le travail signalé plus haut.

Il est à peine besoin de dire que la prophylaxie de la tuberculose dépend absolument de l'étiologie admise, non seulement par les membres des commissions des Sociétés savantes, *mais par le gros du public médical*. C'est de ce dernier que dépend, en dernière analyse, le sort de toute prophylaxie, et c'est pourquoi il importe que les mesures imposées ou conseillées ne soient ni trop compliquées, ni trop nombreuses, ni trop énigmatiques. Sans doute, il est facile d'opérer comme l'ont fait nos honorables confrères de Vienne, d'ouvrir le mémoire récent de Koch, de noter chaque détail et sous-détail de l'étiologie exposée par l'auteur, et d'adapter sur-le-champ à chaque cas une prescription impérative de police sanitaire. Mais cette besogne un peu enfantine court le risque de n'aboutir à rien, et par surcroît de discréditer pour de longues années toute tentative de combattre rationnellement l'extension de la tuberculose.

A notre avis il faut bien se garder de construire un édifice aussi compliqué. Il faut tenir compte des traditions et des habitudes nationales, de la diffusion des connaissances scientifiques, des idées et même des préjugés courants et résumer toute la prophylaxie de la tuberculose en deux ou trois aphorismes simples, clairs, que tout praticien puisse aisément comprendre et exécuter.

Tout d'abord il importe de ne pas encombrer le terrain de toutes les grandes réformes de voirie, de législation, de construction des immeubles, etc., que réclame la Société médicale de Vienne. Ce sont là des mesures d'ordre général qui s'appliquent à toutes les maladies transmissibles, qui font partie du programme de l'hygiène générale et sont maintenues en permanence à l'ordre du jour de toutes les sociétés et congrès d'hygiène, des municipalités et des parlements. Aussi bien, s'il fallait à propos de chaque maladie pourchasser la poussière des rues ou prôner la réforme du bâtiment, on n'en finirait jamais.

Voyons à quelles particularités de l'étiologie il conviendrait de s'adresser :

I

La notion capitale — la tuberculose infectieuse, transmissible et parasitaire — ne soulèvera plus d'objections sérieuses: elle est généralement acceptée.

On admettra de même sans difficulté la transmission par l'intermédiaire des crachats. Sur ce point l'opinion publique est toute préparée par les travaux de Villemin. C'est contre ce premier danger qu'il faut diriger nos efforts, et la désinfection des crachats doit être la première mesure à réclamer.

On ne peut guère espérer rendre inactives les masses de matière virulente qui sortent journellement de la poitrine des phthisiques et qui vont se perdre dans la poussière des appartements, des lieux publics et des rues, dans le linge de corps, dans les vêtements, etc... Diriger une prophylaxie réglée contre ce danger insaisissable et partout répandu, c'est une œuvre d'utopie et probablement inutile. Saisissons le crachat là où il se produit, c'est-à-dire dans la chambre du malade, exigeons l'usage du crachoir, fournissons-le aux pauvres. Les expériences de Lœffler et Gaffky ayant démontré que la solution d'acide phénique à 5 pour 100, détruisait sûrement les spores aussi bien que les bacilles, nous possédons un moyen simple et scientifique d'obtenir la désinfection de l'agent principal de transmission de la maladie.

Les autres modes de transmission de la tuberculose, allégués souvent sans preuve suffisante, ne méritent pas jusqu'ici d'attirer l'attention de l'hygiéniste. Je ne ferai pas même d'exception pour le lait, dont le rôle n'est rien moins que démontré.

II

Il ne suffit pas qu'une parcelle de crachat desséché pénètre dans les voies pulmonaires, pour que la tuberculose s'ensuive: les cils vibratiles de l'arbre bronchique rejettent incessamment au dehors les poussières mêlées au courant d'air inspiré. Il faut une véritable prédisposition, et c'est le grand mérite de Koch d'avoir montré en quoi elle consiste. Cette prédisposition, il la trouve dans toutes les lésions, même les plus superficielles, de la muqueuse bronchique. Dès qu'une desquamation superficielle de la muqueuse a enlevé à l'arbre respiratoire son appareil de protection, le bacille déposé en un point quelconque y reste niché et forme des colonies. Il est donc de toute importance d'éloigner les personnes atteintes de maladies de poitrine de toute atmosphère suspecte. C'est là une donnée d'une importance capitale, bien comprise par les cliniciens, tels que Debove, Landouzy, etc., qui se sont occupés de la question, et qui sera d'ailleurs acceptée par tous les praticiens. Elle nous conduit à réclamer sinon l'isolement des phthisiques, du moins leur éloignement de toutes les personnes atteintes de lésions des bronches primitives ou secondaires, légères ou graves, localisées ou

---

en avait aussi souvent qu'aux États-Unis dans le voisinage des centres universitaires.

Malgré tout, certains organes de la presse politique ont fait un assez piètre accueil à la législation. Le *Montreal Herald* ne voit dans l'inspecteur qu'un pourvoyeur officiel des tables de Morgagni, un personnage interlope ne valant pas mieux que les résurectionnistes. Il est chargé de veiller à l'inhumation des cadavres qui ont servi aux dissections : c'est là une « farce sinistre, destinée à jeter de la poudre aux yeux du public ». La subvention même ne trouve pas grâce devant le sévère *Herald;* pour lui, c'est un impôt prélevé sur la mort.

L'auteur s'est gardé de tirer des conclusions. La logique n'en admet que deux : il faut ou rapporter le règlement et laisser librement refleurir les abus, ou supprimer l'enseignement de l'anatomie ; on n'a pas osé aller jusque-là.

Du reste, les Universités ont à se défendre contre des ennemis de plusieurs ordres. On attaque de temps en temps les méthodes, les livres, non pas parce qu'ils sont obscurs ou peu scientifiques, mais parce que leur orthodoxie laisse à désirer. Un pamphlet catholique d'une virulence extrême reprochait dernièrement aux maîtres de conseiller aux étudiants les auteurs matérialistes les plus impies.

L'*Union médicale du Canada*, organe officiel de l'Université Laval de Montréal, a répondu, mais timidement, en avouant la chose, qu'elle excuse le mieux possible. « Parce que dans quelques ouvrages de quelques-uns d'entre eux, il peut se trouver des opinions erronées ou entachées de matérialisme, s'ensuit-il qu'il faille condamner tout ce que ces mêmes auteurs ont pu dire ou écrire sur l'art de guérir, et priver l'élève d'autorités très précieuses au point de vue purement scientifique? »

Et plus loin : « Le professeur qui recommande à ses élèves l'étude d'un auteur quelconque, a soin de les mettre au préalable en garde contre les erreurs d'ordre scientifique et moral que peut renfermer un tel auteur. »

étendues, et subsidiairement des agglomérations humaines où ces lésions existent en permanence, souvent sans attirer l'attention.

Toutes les autres conditions prédisposantes, admises par les auteurs, étant ou incertaines ou inaccessibles aux mesures de police sanitaire, seront provisoirement laissées de côté.

Voici donc comment on pourrait résumer la prophylaxie de la tuberculose en deux prescriptions simples ainsi que nous le demandions plus haut.

La tuberculose étant une affection transmissible et parasitaire, il y a lieu de considérer tout phthisique comme un danger permanent pour son voisinage et l'on prendra à cet égard les précautions suivantes :

1° Tout tuberculeux sera muni d'un crachoir contenant 60 à 100 grammes d'une solution phéniquée à 5 pour 100, et mis en demeure de s'en servir. Les vêtements, linge de corps, etc., seront soumis aux mêmes mesures de désinfection que ceux des varioleux.

2° Un tuberculeux ne doit pas être maintenu au sein d'une agglomération humaine. A l'hôpital comme dans la famille, il sera isolé rigoureusement de toutes les personnes qui souffrent de la poitrine (trachéite, bronchite, coqueluche, fièvre typhoïde, rougeole, etc.).

Ce sont à peu près les principes qui ont été admis dans la circulaire de l'armée prussienne en date du 31 août 1882, à laquelle M. Villemin faisait allusion à la Société médicale des hôpitaux. Il nous semblerait prématuré de demander davantage, dans l'état actuel des esprits et de la science.

C. Zuber.

La recherche et le dénombrement des organismes vivants de l'atmosphère.

(Premier article.)

Dans une série d'articles parus récemment à cette même place (1), M. E. Fournier a montré quel était l'état actuel de la science au point de vue de l'étude pathogénique et de la classification des organismes vivants de l'atmosphère. Il n'est pas moins intéressant d'examiner comment sont pratiquées la récolte et la numération de ces organismes, soit en totalité, soit pour chaque espèce déterminée. Les nouveaux ouvrages de M. le docteur Miquel (1) donnent des indications très précises sur les procédés employés pour ces recherches à l'Observatoire de Montsouris et ailleurs. Nous voudrions en signaler, aussi simplement et aussi brièvement que possible, les principaux points, ainsi que les conclusions auxquelles conduisent les études de ce savant et sagace observateur, tout en laissant de côté toutes autres questions que celles qui se rattachent à ce point limité de ce difficile et délicat problème.

(1) E. Fournier, *Les Schizophytes* (*Gaz. hebd.*, 1884, p. 69 et suiv.).

I

Sans doute, on s'est préoccupé de toute antiquité de ces poussières de l'air qu'un rayon de soleil, entrant dans une chambre obscure, apprend si aisément à reconnaître ; mais, comme l'établit M. Miquel, « les véritables progrès de la science des infiniment petits, autrement appelés microbes par M. Sédillot, datent du jour où M. Pasteur, renversant à tout jamais les théories surannées de Liebig sur la décomposition des substances organiques, apprit à déceler dans les poussières aériennes les germes des ferments, à les isoler, à les cultiver, à les suivre dans leur développement et à en mesurer les actions puissantes ». Qu'on songe, en effet, avec quelle facilité la culture des microbes, telle que M. Pasteur est parvenu à la régulariser, permet de pallier l'insuffisance des instruments d'optique les plus délicatement construits, et comment elle sert même à dénombrer des organismes qu'aucun appareil ne parviendrait à découvrir ; n'était-il pas jusque-là imprudent « de se prononcer sur l'origine et la nature d'un corpuscule isolé dont les dimensions ne dépassent pas 1/1000 de millimètre » ? Or, parmi les éléments atmosphériques qu'il est le plus difficile de rechercher, il faut compter surtout « les œufs de microbes répandus dans l'air qui nous sert perpétuellement d'aliment » ; et pour y réussir, il est à la fois nécessaire d'en faire la récolte et de les cultiver pour en reconnaître tout au moins la nature.

C'est à l'Observatoire de Montsouris que M. Miquel poursuit ces recherches depuis 1876, recherches qu'il étend également à l'air, au sol et aux eaux des divers quartiers de Paris et de sa banlieue ; ainsi se trouvent complétées dans cet établissement les études de météorologie, d'agriculture et d'hygiène qui en font un des plus utiles centres scientifiques de la capitale. Il serait désirable de le voir doté de res-

(1) Docteur Miquel, *Des organismes vivants de l'atmosphère*, Paris, Gauthier-Villars, 1883 ; mémoires spéciaux dans les *Annuaires de l'Observatoire de Montsouris ; Des organismes microscopiques de l'air marin* (*Semaine médicale*, 6 mars 1884), etc., etc.

Voilà un rôle ingrat et pour lequel des connaissances théologiques sérieuses sont indispensables ; nous comprenons même mal comment on peut mener à bien un pareil travail. Aujourd'hui que l'enseignement est surtout critique et raisonné, la lecture et le simple commentaire ne sont plus de mode. Mais il y a loin de la discussion libre et hardie à cette correction d'un genre particulier. Si encore il s'agissait d'ouvrages de philosophie ou de biologie, passe encore, mais, pas du tout : les livres auxquels en veut le pieux pamphlétaire, sont classiques partout : ce sont ceux de MM. Niemeyer, Flint, Béclard, Churchill, Cazeaux, Thomas Watson ; il n'est pas même démontré que le traité de pathologie générale de Chauffard trouvât grâce devant lui.

Le moyen employé par les professeurs des Universités canadiennes nous paraît peu pratique, ce redressement continu d'erreurs est un travail fastidieux. Pourquoi ne pas charger un éditeur bien pensant — on en trouve encore au temps où nous vivons — de faire une édition expurgée à l'usage des jeunes gens auxquels on ne veut pas laisser entrevoir même l'ombre du matérialisme ? ce serait là une œuvre pie, qu'atteindrait un éclatant succès.

Mais il faudrait apporter à l'expurgation un soin spécial : de bon petits manuels bien ternes, bien pratiques ; pas de digressions, pas de philosophie surtout. La philosophie, on paraît la tenir en faible estime dans les Universités canadiennes. L'*Union médicale* voudrait qu'on la rayât du programme des examens d'immatriculation. « La morale et la métaphysique du petit catéchisme de Québec peuvent suffire au médecin qui sait et veut y conformer ses actions ; pour la logique, on la rencontre chez les gens de toute classe et qui n'ont pas fait de cours de philosophie. »

Il est toujours curieux de voir comment on entend l'étude de la médecine dans les pays où l'indifférence religieuse n'a pas pénétré. Expurger la physiologie de M. Béclard ou l'obstétrique de Cazeaux, ramener la philosophie au petit catéchisme de Québec ! Ce serait merveilleux.

sources suffisantes pour qu'on y puisse tenter plus largement encore les applications pratiques qui ressortent des expériences de ses chefs de service, et surtout il serait nécessaire de lui donner le caractère et les avantages d'une école spéciale et technique. L'avenir de cette institution paraît aujourd'hui insuffisamment assuré à cet égard; il appartient à l'État et au Conseil municipal de témoigner de la reconnaissance qu'ils doivent avoir pour les services qu'elle rend si libéralement en lui fournissant promptement d'abondants moyens d'éducation.

Lorsqu'on a la bonne fortune de visiter cet Observatoire, on ne peut s'empêcher de remarquer la simplicité des moyens qui y sont mis en œuvre, notamment en ce qui concerne les études dont nous parlons en ce moment; quelques aéroscopes, des trompes d'aspiration, des tubes à boule pour la recherche des bactéries, des étuves, un grand nombre de ballons de diverses formes, des microscopes et des appareils à culture constituent, à proprement parler, tout le mobilier scientifique mis à la disposition de M. Miquel, et, de fait, si les procédés indispensables pour de telles recherches nécessitent une précision et une ingéniosité toutes particulières, c'est surtout par leur régularité et la constance des investigations qu'elles acquièrent leur valeur indispensable. Parmi les appareils, il faut principalement noter l'aéroscope à aspiration que M. Miquel a fait construire par M. Salleron; cet appareil se compose d'une cloche de cuivre nickelé, munie, à sa partie supérieure, d'un tube coudé à angle droit relié aux appareils aspirateurs par l'intermédiaire de tubes de caoutchouc ou de plomb quand l'aéroscope est placé loin des maisons, d'un pas de vis à sa partie inféro-interne et d'une tige rigide horizontale destinée, une fois solidement fixée à un poteau, à soutenir la cloche au-dessus de la surface du sol; la seconde partie de cet appareil, qui se visse exactement à la première, est formée d'un cône métallique percé d'une fine ouverture, dominé par une potence soutenant un étrier suspendu à une vis micrométrique, permettant de rapprocher ou d'éloigner à volonté de l'ouverture supérieure du cône une lamelle de verre retenue dans deux rainures profondes. Afin de compléter cette instrumentation, M. Miquel a encore imaginé de projeter un jet d'air de même vitesse sur une lame de verre entraînée par un mouvement de translation uniforme; dans ce but, il dispose la lamelle sur un petit chariot glissant dans deux coulisses parallèles et il place le tout dans une sorte de cylindre ajouté à l'aéroscope. Une fois que la longueur parcourue par le chariot, pendant vingt-quatre heures, sous l'action d'un mouvement d'horlogerie, a été mesurée, il suffit de fractionner cette distance en 24 parties et de graver les divisions sur la lamelle; « les choses étant ainsi disposées, ajoute M. Miquel, la plaque graduée devient une sorte de cadran mobile se mouvant au-dessus du sommet du cône, représentant une aiguille fixe et marquant les mêmes heures que les aiguilles du chronomètre. Comme l'ouverture de ce cône est traversée par un jet d'air, les poussières se déposent méthodiquement sur la plaque à toutes les heures du jour, ce qui permet d'étudier avec la plus grande facilité le nombre et la nature des germes qu'elles renferment. » On conçoit qu'il faille, pour que ces recherches soient comparables et qu'elles aient une netteté suffisante, que le volume d'air dégagé sur la plaque soit égal dans des temps égaux et que les poussières soient immobilisées sur les divers points où le jet d'air les projette; des aspirateurs à eau, tels que de très grands vases de Mariotte, suffisent pour remplir la première de ces conditions; quant à la seconde, M. Miquel y satisfait en se servant d'un liquide « épais, gluant, non hydratable, c'est-à-dire n'exposant pas les préparations à couler ». A cet effet, il emploie le mélange obtenu, en broyant dans un mortier de porcelaine « un blanc d'œuf, un peu d'eau, très peu de glucose et un excès de biiodure de mercure, cette dernière substance étant ajoutée pour rendre le liquide visqueux, albumineux, imputrescible. Le produit ainsi obtenu, rendu liquide par filtration, est répandu avec un agitateur de verre flambé en couche mince sur la lamelle de verre graduée, qu'on porte ensuite, quelques minutes, à la température de 100 degrés; l'albumine se coagule et se sèche sans altérer la translucidité de la préparation, et plus tard la glucose, reprenant son eau hygrométrique, rend la couche légèrement poisseuse, c'est-à-dire apte à fixer fortement les poussières de l'air. La plaque convenablement percée dans l'aéroscope enregistreur et l'expérience terminée, on compte les germes recueillis; on compte vingt-quatre dénombrements distincts, un pour chaque heure, ce qui exige au minimum 2400 lectures de champ, soit seize à dix-huit heures ».

Nous avons tenu à reproduire ce passage de l'un des mémoires de M. Miquel, afin de donner une idée de ses procédés de recherches et des conditions particulières dans lesquelles elles doivent être effectuées; il nous faut passer sous silence les divers moyens usités pour préparer les diverses liqueurs stérilisées, essayer au préalable leur infécondité, puis, plus tard, pratiquer leur ensemencement. Disons toutefois quelques mots des procédés employés pour la récolte

---

A la Havane, les conflits entre la Faculté et le clergé ont pris une autre forme. On a créé dernièrement une chaire de clinique obstétricale à l'hôpital Paula. Son utilité était bien démontrée, elle avait été réclamée depuis longtemps; mais on avait compté sans l'administrateur de l'établissement, — c'est un prêtre. La *Chronique médico-chirurgicale de la Havane*, qui parle des difficultés survenues, ne donne point de détails à ce sujet : elles sont assez graves pour que l'enseignement devienne à peu près impossible; puis l'administrateur en question est coutumier du fait, il est déjà intervenu pour entraver l'examen des malades. La Faculté de médecine s'est émue; elle a décidé qu'elle ferait près du gouverneur des démarches énergiques, afin que désormais le professeur d'obstétrique pût, comme ses confrères, s'acquitter de sa tâche sans avoir à surmonter les tracasseries incessantes d'un fonctionnaire malveillant.

M. Barao de Cotegipe (son nom mérite de passer à la postérité), le Directeur de l'hôpital de la Miséricorde, à Rio-de-Janeiro, n'est point un ecclésiastique comme son confrère de l'hôpital Paula; il n'en est ni plus large, ni plus bienveillant pour l'enseignement. L'administration a fait avec la Faculté un accord en vertu duquel elle donne pour la clinique une ou plusieurs salles. Mais voici où le curieux commence : il paraît que le contrat spécifiait que ces salles seraient à la disposition des professeurs pendant l'année scolaire. Ceux-ci avaient accepté la chose, telle quelle, sans malice, ni sous-entendus. M. le Provedidor, au contraire, avait fait ses réserves; de telle sorte que le lendemain des vacances tous les étudiants qui n'étaient pas internes ou externes dans l'hôpital s'en sont vu refuser l'entrée; on a protesté, réclamé, rien n'y a fait. Le subtil fonctionnaire a même publié dans un journal politique de Rio une défense qui est un véritable chef-d'œuvre.

« Que réclamez-vous? Le contrat mentionne l'ouverture de l'hôpital pendant l'année scolaire; les vacances sont commencées, par conséquent je reprends la pleine propriété de

spéciale des bactéries ainsi que des manipulations propres à les dénombrer. A cet effet, M. Miquel emploie des boules de 50 centimètres cubes de capacité, soufflées dans l'axe d'un tube de verre dont l'extrémité inférieure est recourbée en S et la branche supérieure laissée rectiligne ou un peu cintrée, puis étranglée légèrement; au-dessus et au-dessous de ce rétrécissement sont placés deux tampons d'amiante ou de coton de verre. L'appareil, purgé de microbes, est chargé de 20 centimètres cubes d'une liqueur putrescible stérilisée et enfin abandonné un mois à l'étuve; si rien n'est venu altérer sa limpidité, si aucun dépôt n'est venu se rassembler au fond du vase, on le met en expérience de la façon suivante: le petit ballon, rapidement flambé, est fixé au-dessus du sol au moyen d'une pince en fer, de façon que la branche supérieure fasse environ un angle de 25 degrés avec l'horizon et que la pointe inférieure regarde en haut; un tube de caoutchouc, communiquant avec une trompe ou un appareil aspirateur quelconque, est adapté à l'extrémité libre. La pointe une fois brisée à l'aide d'une pince brûlante, on ouvre le robinet faisant fonctionner l'aspirateur. Lorsque la quantité d'air dirigée à travers le ballon est passée, il suffit de fermer le robinet, de resceller la pointe, de débarrasser par insufflation la branche de son tampon et d'en chasser l'air de façon à la remplir de liquide. Le ballon est ensuite placé à l'étuve et son contenu s'altère ou non, selon que la quantité d'air aspiré se trouve ou ne se trouve pas chargée de microbes rajeunissables dans l'infusion.

II

Il reste à calculer le nombre des semences aériennes des bactéries ainsi récoltées; ne pouvant compter à cet égard sur un examen direct, il faut nécessairement avoir recours à un procédé « aveugle au moment de l'expérience, mais dont l'exactitude est justifiée ultérieurement par les résultats qu'il fournit ». M. Miquel expose le raisonnement suivant: soit un volume d'air égal à 150 litres; soit, d'autre part, 50 conserves de bouillon stérilisé; si l'on introduit séparément dans chaque vase toutes les poussières d'un volume d'air égal à 3 litres, il est certain que tous les corpuscules contenus dans ces 150 litres d'air ont été distribués sous un poids à peu près identique dans les conserves de bouillon. Supposons que 9 de ces conserves se peuplent de bactéries et que les 41 autres restent indéfiniment de la plus parfaite limpidité, n'est-il pas évident que 150 litres d'air renfermaient au moins 9 germes de schizophytes, soit, par mètre cube, 60 bactéries? Si la même expérience, recommencée le lendemain, provoque l'altération de 24 conserves, ce qui équivaut à 160 bactériens par mètre cube, n'est-il pas certain que l'impureté de l'air a presque triplé? Si enfin, le surlendemain, 48 de ces 50 conserves, toujours ensemencées individuellement avec les poussières de 3 litres d'air, ne résistent pas à l'infection, peut-on douter que le chiffre des bactéries aériennes (320 par mètre cube) ne se soit considérablement accru dans le lieu de l'expérience? M. Miquel fait d'ailleurs varier, suivant les jours et les saisons de l'année, le volume de l'air dirigé à travers les conserves de manière à obtenir approximativement chaque fois le même nombre de conserves altérées, autrement dit, de réduire le poids des poussières ensemencées de façon à déterminer l'altération d'un nombre presque égal de tubes à boule par des volumes d'air variables.

Quelquefois aussi les germes de l'air sont recueillis dans de l'eau pure préalablement stérilisée. Cette eau agitée est ensuite employée aux ensemencements faits à doses fractionnées et progressivement croissantes ou décroissantes, jusqu'à ce qu'on arrive à une dose qui, cinq fois sur dix, produise l'altération de la conserve la plus sensible.

III

Ces renseignements une fois donnés, il importe de savoir quels résultats sont actuellement acquis dans cet ordre de recherches. Résumons d'abord ces renseignements: les poussières de l'air sont, les unes de nature inorganique ou mortes, les autres organisées et vivantes. Les premières, composées surtout de détritus du sol, sont négligées dans le travail de l'Observatoire de Montsouris; quant aux secondes, elles se partagent en deux classes: 1° les spores de cryptogames, comprenant toute la série des moisissures et caractérisées par leur fructification aérienne; 2° les bactéries. Les premières sont fixées dans les aéroscopes sur la lamelle de verre dont nous avons parlé et directement comptées sous le microscope, en même temps que l'on relève sur un compteur la quantité d'air qui a traversé l'aéroscope; les germes de bactéries sont dénombrés par le procédé des ensemencements.

On trouve en moyenne 14 spores de moisissure par litre d'air en opérant sur 1 mètre cube d'air traversant l'aéroscope en quarante-huit heures; on en trouve 6,6 en hiver, 6,7 au printemps, 22,8 en été, 10,8 en automne, c'est-à-dire que les semences des moisissures sont en général plus abon-

---

l'établissement, et j'en ferme les portes. Un service de clinique est un service sacrifié, son existence un mal nécessaire; c'est bien assez qu'il fonctionne pendant dix mois. Pour le professeur, le malade n'est qu'un cas dont il exposera les particularités, un sujet sur lequel il expérimentera; pour l'administration, c'est un frère. »

Il y a pourtant lieu de croire que, si ce malade est sérieusement atteint, il préférera la prétendue sécheresse du médecin qui l'examinera sans hésitation, sans souci de sa propre personne; qui le traitera d'après les indications fournies, non par l'expérimentation, mais par l'expérience, à la miséricordieuse administration qui le laisserait s'acheminer tranquillement vers l'éternité, en l'appelant mon frère.

Décidément, il ne suffit plus de traverser l'Atlantique pour voir disparaître les préjugés, les injustices, l'ingratitude éhontée qui accueillent le médecin et mettent si souvent obstacle aux progrès de la science; revenons bien vite en Portugal: une dame fort riche, dona Rita de Assis Sousa Vaz, a donné par testament à l'Ecole de médecine d'Oporto une somme de 300 000 francs. Les dispositions qui accompagnent ce legs sont remarquables à tous points de vue. Sur le revenu on allouera chaque année à un étudiant méritant, une somme de 1250 francs; tous les deux ans, un autre à la fin de sa scolarité sera envoyé avec une subvention de 7500 francs, soit à Paris, soit à Montpellier, pour s'y faire recevoir docteur. Aussitôt qu'il y aura quatre gradués de ces Facultés, l'École en désignera un pour aller en Allemagne et aux États-Unis étudier le progrès de la médecine dans ces deux pays.

— Mme Martina Castell di Constanti, dont les journaux de Barcelone ont annoncé la mort, fut pendant longtemps la seule femme médecin qu'il y eût dans la péninsule. A cette occasion, on a rappelé la mémoire des dames espagnoles qui ont acquis une réputation méritée dans l'étude des sciences ou de la philosophie. Dès le seizième siècle, Maria Oliva de

dantes pendant les saisons chaudes que pendant les saisons froides, et cela est également vrai quand on examine l'ensemble des résultats obtenus pendant un certain nombre d'années. On peut aussi reconnaître qu'elles subissent encore l'influence de l'humidité, augmentant pendant les temps humides et diminuant pendant les temps secs; la nature des espèces varie d'ailleurs avec les saisons, sans qu'on puisse en reconnaître des raisons bien précises. Quant aux causes qui augmentent directement le nombre des spores de moisissures, il faut faire entrer en ligne de compte le voisinage des grandes villes, les tourbillons locaux, etc.; les causes d'épuration immédiate sont les chutes de pluie ou de neige.

La température a également une influence manifeste sur le nombre des germes de bactéries trouvés dans l'air, car ce nombre augmente avec la chaleur; il est par exemple, dans le parc de Montsouris, de 142 en automne, 49 en hiver, 85 au printemps et 105 en été. L'humidité exerce une action plus puissante encore : après les périodes humides et quelques jours de chaleur, le chiffre des bactéries passe habituellement par un maximum; en été, à l'époque des chaleurs fortes et continues, l'atmosphère se débarrasse, vers les deuxième et troisième semaines, des microbes nombreux dont l'existence dans l'air était aisée à démontrer durant les premiers beaux jours. Le nombre des germes diminue, et cela par le fait d'une dessiccation qui leur enlève, avec beaucoup de leur vitalité, la faculté de germer dans les milieux où on les ensemence; en d'autres termes, les crues de bactéries atmosphériques coïncident généralement avec le régime des hautes pressions, la chaleur sèche, les vents du nord, etc. Il faudrait compléter ces indications par l'étude des variations horaires des bactéries; ce travail n'est pas encore assez avancé pour donner des conclusions précises.

L'Observatoire de Montsouris a été autorisé à poursuivre comparativement ces recherches dans un certain nombre de stations, telles que la rue de Rivoli, la mairie du IVe arrondissement, à l'Hôtel-Dieu, à la Pitié, au sommet du Panthéon. Dans les rues de Paris, le chiffre des bactériens récoltés est soumis à des fluctuations qui paraissent sous la dépendance des conditions météorologiques régnantes, tout comme en pleine campagne. C'est ainsi qu'en 1881-1882 les moyennes mensuelles ont concordé à peu près à Montsouris et dans la rue de Rivoli; toutefois, pendant les mois de janvier et de février, on en a constaté un plus grand nombre dans la première de ces stations, bien qu'en somme les microbes soient en général dix fois plus fréquents à la rue de Rivoli qu'au parc de Montsouris. Mais, s'il s'agit d'étudier le nombre de bactériens à des altitudes diverses, on ne tarde pas à reconnaître que leur quantité va en s'affaiblissant de la surface du sol aux régions élevées de l'atmosphère; au sommet du Panthéon, on trouve en moyenne 198 bactéries par mètre cube, contre 320 à Montsouris et 3220 à la mairie du IVe arrondissement. Ce fait est, du reste, général : avec l'aide de M. de Freudenreich, M. Miquel a pu récemment poursuivre ces expériences jusque dans les hautes régions atmosphériques des montagnes de la Suisse : tandis qu'à des époques assez voisines, 10 mètres cubes d'air renfermaient, rue de Rivoli à Paris, 55 000 bactéries et 7600 au parc de Montsouris, on en trouvait 600 dans une chambre de l'hôtel Bellevue, à Thoune, 25 au voisinage de cet hôtel, 8 sur le lac de Thoune et aucune à une altitude variant de 2000 à 4000 mètres. A ces résultats, on peut, suivant M. Miquel, attribuer trois causes : 1° l'affaiblissement graduel de la pression barométrique à mesure qu'on s'élève; un volume donné d'air de la plaine occupant un espace double à 4000 mètres, les poussières se trouvent nécessairement diluées; 2° la diminution de la densité de l'atmosphère la rend de plus en plus impropre à soutenir longtemps en suspension les corpuscules de toute nature constituant ses sédiments; 3° la disposition progressive des foyers producteurs des bactéries. Cette influence favorable des hautes montagnes, on la constate également, quoique à un plus faible degré, pour l'air de la mer. Des recherches faites, sur les conseils de M. Miquel, par un officier de la marine française, M. Moreau, et M. le docteur Plantymansion, pendant une traversée de Bordeaux à Rio-Janeiro, en utilisant le condenseur de la machine et filtrant ainsi plus de 1000 litres d'air par jour afin d'en recueillir les spores cryptogamiques et les bactéries, ont montré qu'en général l'air de la mer, loin des côtes, renferme 530 spores cryptogamiques, tandis que l'air de Paris en contient 14 000, soit 30 fois plus. Des bourres de coton de verre ayant filtré l'air recueilli dans ces conditions, à 10 mètres au-dessus du niveau de la mer, furent envoyées et examinées par M. Miquel, qui y trouva, en moyenne, par 10 mètres cubes d'air recueilli en pleine mer, 5 à 6 bactéries rajeunissables dans du bouillon de bœuf, ce qui fait environ mille fois moins que dans l'air de Montsouris. Le vaisseau lui-même, d'après M. Miquel, fournirait les neuf dixièmes des semences ainsi recueillies. De sorte que la mer servirait, « d'une part, à ensevelir, pour ainsi dire, les germes des épidémies

---

Salmo écrivit un traité sur la nature de l'homme; elle avait des connaissances étendues en physiologie et en médecine; ses idées sur les fonctions du cerveau présentaient même une grande hardiesse pour l'époque; puis vint Cécilia Morillas de Salamanque, si célèbre par son érudition et ses études sur les sciences physiques, que Philippe III voulut lui confier l'éducation de ses fils. La plus remarquable de toutes fut Maria Isidora Guzman de la Cerda. Adonnée depuis l'enfance à l'étude de la philosophie, des lettres, de la théologie et de l'astronomie, elle acquit une instruction si vaste, que Charles III ordonna à l'Université d'Alcala de Hénarès de l'admettre aux épreuves du doctorat en philosophie. Nommée professeur à l'Académie royale espagnole, elle prononça un brillant discours de réception, que Bulon traduisit en français en faisant de la récipiendaire un pompeux éloge dans l'Encyclopédie.

La *Higiena para todos* donne en feuilleton une sorte de complainte empruntée à un recueil satirique publié par un autre journal et intitulé : *Galerie des disgraciés;* il s'agit des misères du médecin espagnol; beaucoup ne présentent rien de spécial au pays : l'exigence et l'oubli du public sont partout choses courantes, mais il existe à côté de cela des particularités locales, qui tiennent à la situation des médecins rétribués par les communes. Le docteur Pedro Topico d'Illescas est un homme d'un grand savoir et d'un dévouement à toute épreuve. Calme dans ses habitudes, modeste dans ses goûts, il s'est marié avec Tecla, jeune fille du pays plus riche en qualités du cœur et de l'esprit, qu'en vigne ou en terres de rapport. Le médecin aime son art, il se contente de peu; le ménage pourrait vivre parfaitement heureux si la politique n'intervenait : Pedro Topico est étranger aux intrigues et ne demande pas mieux que de laisser aller à leur gré les affaires de la Commune et de l'Etat; la politique vient le chercher : les élections approchent, on prévoit que la lutte sera vive; voilà qu'au retour d'une de ses tournées, le pauvre médecin rencontre chez lui un de ses voisins,

et que l'air qui la surmonte pour venir balayer nos côtes serait par sa pureté et sa pauvreté en bactéries, d'une salubrité exceptionnelle ».

(*A suivre.*)

Contributions pharmaceutiques.

Sur les sulfates de quinine.

Il y a quelques années, j'avais attiré l'attention de la Société de thérapeutique sur l'avantage qu'il y avait à prescrire le sulfate acide de quinine, au lieu du sulfate basique. Mes observations passèrent inaperçues; et, à part quelques médecins qui depuis longtemps partageaient cette manière de voir, et M. le docteur Joseph Michel qui, séance tenante, se rangea de mon côté, la grande majorité des praticiens suivit la routine, c'est-à-dire n'employa que le sulfate basique, qui, il faut bien le dire, est le sulfate de quinine officinal.

Dans la séance du 20 mai de l'Académie de médecine, M. de Vry, le célèbre quinologiste hollandais, a remis cette question à l'ordre du jour, et nous pouvons espérer cette fois que cette voix si autorisée sera entendue du corps médical tout entier.

Nous ne reproduirons pas ici l'argumentation de M. de Vry en faveur du sulfate acide de quinine; nos lecteurs ont pu en prendre connaissance dans le compte rendu de la séance académique; nous nous contenterons de mettre sous leurs yeux les faits dont il est nécessaire de garder le souvenir.

Il est impossible, dans la grande industrie, de fabriquer du sulfate de quinine pur. Ce sel contient toujours de la cinchonidine, de la quinidine et souvent un peu de cinchonine; la proportion en varie de 5 à 15 pour 100.

Au contraire, rien n'est plus facile que de préparer du sulfate acide de quinine pur. Pour l'obtenir impur, il faudrait le falsifier exprès.

Ce sel est soluble dans 10,9 parties d'eau à 15 degrés, et dans 32 parties d'alcool, tandis que le sulfate basique ne se dissout que dans 755 parties d'eau et dans 80 parties d'alcool à 80 degrés.

Il est vrai que le sulfate acide, ne contenant que 0gr,591 de quinine par gramme, est moins riche que le sulfate basique, qui en contient 0gr,743; mais, au point de vue de l'action fébrifuge, cette pauvreté n'est qu'apparente, attendu que, dans l'économie, les 0gr,591 de quinine du premier sont complètement absorbés, tandis qu'on ignore absolument le sort des 0gr,743 de quinine du second.

D'ailleurs, il est facile de fixer les poids proportionnels de ces sels par rapport à une même dose de quinine. Le sulfate acide diffère de l'autre en ce qu'il lui manque 0gr,152 de quinine par gramme. En tenant compte de la quantité d'eau et d'acide qui entre dans la composition du sulfate de quinine, nous trouvons que 0gr,152 de quinine peuvent donner environ 0gr,25 de sulfate, c'est-à-dire le quart du gramme.

On n'a donc qu'à augmenter le poids du sulfate acide de quinine de un quart, pour avoir la même quantité de quinine que dans le sulfate basique. Ainsi pour 0gr,60 de sulfate de quinine à prendre dans un cachet, on écrira : 0gr,75 de sulfate acide de quinine à mettre dans un cachet médicamenteux et à prendre avec un demi-verre d'eau sucrée.

En potions, lavements et pommades, n'oublions jamais le sulfate acide; car le pharmacien est obligé de transformer, au moyen de l'acide sulfurique, le sulfate basique qu'on a prescrit en sulfate acide soluble, et cette manipulation réclame une attention qu'on ne lui accorde pas toujours; aussi bien souvent le produit est-il trop acide.

Formule de pommade au sulfate acide de quinine.

Sulfate acide de quinine	2gr,50 (pour 2 gram. de sel basique).
Huile d'amandes douces	4 grammes.
Broyez avec soin et ajoutez :	
Axonge	10 grammes.

La quinine, étant un alcali diacide, donne deux séries de sels : les uns *neutres* à équivalents égaux et les autres basiques. Les termes bisulfate de quinine et sulfate acide sont donc impropres au point de vue chimique, puisqu'ils s'adressent au sulfate à équivalents égaux. Ils ont pris naissance dans le commerce et on ne les changera pas de sitôt. Rien n'est plus difficile à faire disparaître qu'une dénomination commerciale. Voyez le terme *trois-six*. On se servait jadis de l'alcoomètre de Cartier et le chiffre de 36 degrés correspondait à l'alcool le plus fort que l'on pût produire dans l'industrie. Comme l'argot se faufile partout, au lieu de dire trente-six, les boursiers et marchands prononçaient trois-six. Aujourd'hui que les fabricants, grâce aux gigantesques appareils qu'ils possèdent, nous livrent de l'acool à 96 degrés avec autant de facilité qu'autrefois de l'alcool à 86 degrés, le mot trois-six n'a plus de raison d'être. Eh bien, il a tou-

---

qui lui parle à peu près de la sorte : « Don Pedro, vous savez que je suis riche, vous savez combien je possède de paires de mules, combien je vends de fanègues de grain, je suis un des gros contribuables du pays, j'espère que vous voterez pour don Luis. — Mon Dieu, monsieur, je regrette de ne pas pouvoir vous accorder ce que vous me demandez, mais je ne vote pas. — Savez-vous bien qu'on me respecte dans mon parti? S'il triomphe, je deviens alcade, c'est certain; alors vous obtiendrez tout ce que vous voudrez. — Mais, monsieur Rufo, je ne vote pas. — Oh! alors, n'entrez plus chez moi, et si mes amis l'emportent, vous pouvez chercher un autre poste. »

Pedro n'était pas remis de l'émotion que cette scène lui avait causée, quand l'alcade entre. « Je sais ce que vous voulez, lui dit-il d'un air mystérieux; soyez tranquille, je travaille à vous faire obtenir la place, en revanche vous voterez pour le gouvernement. — Voulez-vous que je vous parle avec franchise? — Je n'admets ni réplique, ni discussion; votre vote ou pas de place. »

Les médecins français ne connaissent pas ces ennuis; sans doute plus d'un est obligé de faire bien des concessions pénibles, de dissimuler soigneusement les principes qu'il professait bien haut, le lendemain de sa thèse; mais personne ou presque personne n'oserait lui adresser une mise en demeure arrogante et brutale; il fut un temps où ces procédés étaient couramment appliqués chez nous aux fonctionnaires les plus modestes et souvent les plus méritants, depuis les gardes champêtres jusqu'aux instituteurs communaux; la toute-puissance administrative s'exerçait encore sur les rebouteurs et les empiriques; votaient-ils bien? c'étaient des gens précieux qu'on se gardait de tracasser, au besoin le ministère public prenait leur défense; votaient-ils mal? gare aux poursuites.

Peut-être ces tracasseries ne constituent-elles qu'un épisode dans la vie du praticien espagnol; les colères et les anxiétés

jours cours, et même le public n'appelle pas l'alcool autrement.

Nous conseillons donc de sacrifier dans les ordonnances la nomenclature, et d'appeler, comme par le passé, le *sulfate basique* sulfate de quinine, et le *sulfate neutre* sulfate acide, aussi bien a-t-il une légère réaction acide au papier de tournesol. Cette dénomination vaut mieux que celle de bisulfate. En agissant ainsi, on sera toujours parfaitement compris du pharmacien. Ce n'est pas scientifique, si vous voulez; mais c'est pratique.

Ce que nous venons de dire sur les deux sulfates de quinine s'applique tout aussi bien aux deux bromhydrates; nous ne comprenons pas pourquoi le bromhydrate basique est presque seul employé.

Nous avons la conviction d'être dans le vrai; c'est à présent aux médecins de voir si réellement notre opinion a en pratique la valeur que nous lui attribuons.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie expérimentale.

De l'atténuation des cultures virulentes par l'oxygène comprimé, par M. A. Chauveau.

De toutes les études qui ont succédé aux premiers travaux de M. Toussaint, sur l'atténuation virulente par l'action modérée des agents physiques ou chimiques destructeurs des virus, il résulte clairement que ces agents possèdent tous, plus ou moins, la faculté d'amoindrir l'activité infectieuse des ferments virulents, au lieu de l'anéantir complètement, si l'on a soin de ne pas utiliser tout entière l'influence destructive à laquelle on expose ces ferments.

En ce qui concerne la chaleur, la preuve de l'existence de cette faculté atténuante est maintenant complète. Il y avait donc lieu de penser que l'oxygène comprimé, qui partage avec le premier agent, suivant la démonstration de M. P. Bert, la propriété d'être à la fois une source de vie et de mort pour les microbes infectieux, se comporterait exactement comme la chaleur. On était certainement en droit de supposer qu'avant d'atteindre la tension qui tue les cultures virulentes, ou les empêche de se développer, l'oxygène en atténuerait graduellement l'activité, si on l'amenait, par une compression graduée, au voisinage du degré de tension capable de s'opposer à toute prolifération.

L'expérience a été faite sur mes indications, dans mon laboratoire, par M. Wosnessenski, avec le bacille de Davaine (*Bacille du sang de rate* ou *fièvre splénique*). Elle ne semble pas avoir prononcé en faveur de cette hypothèse. Il est arrivé, en effet, que les cultures de ce bacille au contact de l'air ou de l'oxygène comprimés se sont montrées ou plus actives qu'à l'état normal, dans le cas de pressions modérées, ou complètement inactives, dans le cas de fortes compressions (*Comptes rendus*, séance du 4 février 1884, p. 314).

J'ai vu et contrôlé tous les faits de M. Wosnessenski; ils sont rigoureusement exacts. Je n'en ai pas moins persisté à croire à l'action atténuante de l'oxygène comprimé et à la considérer comme le corollaire obligé des démonstrations de M. Paul Bert. Selon mes vues, entre les tensions qui activent la faculté infectieuse des cultures et celle qui y détruit toute activité, s'intercalent nécessairement des degrés de tension capables d'atténuer plus ou moins la virulence de l'agent infectieux, même à l'égard du cobaye, qui a été le réactif physiologique employé par M. Wosnessenski pour éprouver l'activité de ses cultures. Mais, sans doute, la zone de ces tensions intermédiaires est fort étroite, et les limites en sont très difficiles à déterminer.

Il m'a semblé qu'en ayant recours à d'autres réactifs, on trouverait peut-être une espèce animale se prêtant mieux que le cobaye à la détermination des conditions qui permettent à l'oxygène comprimé d'atténuer les cultures du bacille de Davaine. On sait, en effet, que toutes les espèces animales susceptibles d'être infectées mortellement par un virus doué de toute son activité ne se comportent pas d'une manière identique à l'égard des formes atténuées de ces virus. Le hasard m'a, du premier coup, exceptionnellement favorisé. J'ai inoculé au mouton les cultures réussies de bacille du sang de rate dans l'oxygène comprimé et j'ai observé alors les faits d'atténuation virulente les plus intéressants et les plus féconds peut-être en applications pratiques.

Dans les nouvelles expériences que j'ai faites, j'ai constaté, toutes choses égales d'ailleurs, au point de vue de la qualité de la semence, de la qualité et de la quantité du bouillon employé pour les cultures, de la température, du temps, qu'une légère augmentation de la tension de l'oxygène avive la virulence de ces cultures, aussi bien pour le mouton que pour le cobaye. Mais une augmentation plus forte de cette tension n'accroît plus la virulence que pour le cobaye et la diminue au contraire un peu pour le mouton. Enfin, avec une tension plus rapprochée encore de celle qui entraîne l'arrêt de tout développement dans les cultures, on obtient des spores qui, tout en tuant encore les cobayes à

électorales passent, on finit par se dire qu'un bon médecin a le droit de mal voter et on ne pense plus au ressentiment d'un jour. Peut-être les clients savent-ils reconnaître son dévouement et lui faire oublier tout par leur gratitude et leur sympathie; nullement. Si un malade meurt: Quel animal que ce médecin, dit-on, n'aurait-il pas dû lui mettre des sangsues? le saigner? il n'a fait absolument que des sottises. Les parents s'en mêlent et pendant longtemps il y a contre lui dans tout le village un touchant concert d'injures et de malédictions. Le malade guérit-il, autre antienne. On avait prié, imploré les saints, ou les remercie. *Ex voto* de belle cire blanche artistement faits, messes, neuvaines, rien ne manque; quant au praticien, il ne reçoit le plus souvent ni un réal, ni un merci.

Dans l'armée ses services ne sont pas beaucoup mieux appréciés; pourtant, comme leurs confrères des autres pays, les médecins militaires espagnols savent faire noblement leur devoir. Le temps de paix n'existe jamais pour eux; chaque année, la fièvre pernicieuses les frappe aux Philippines; le typhus amaril les frappe à la Havane. Pendant les guerres civiles, les balles des carlistes ou des insurgés cubains ne les épargnaient pas plus que les autres officiers; ils sont de tout sauf des pronunciamentos; jamais leur dévouement n'a été mis en cause. Il faut avouer aussi que leur situation est exceptionnellement brillante; ils portent un bel uniforme et après quarante ans de bons et loyaux services ils ont l'espoir d'arriver à la solde de 15000 francs. Mais on leur fait payer ces avantages par d'incroyables humiliations; on a fini par s'apercevoir dans la plupart des armées européennes que le médecin est un officier comme un autre, qu'il ne le cède à aucun par l'esprit militaire, le sentiment de l'honneur et du devoir; qu'il brave le danger plus souvent que personne peut-être sans l'excitation de la lutte; qu'il fait avec le même sang-froid un pansement sous le feu d'une batterie ennemie ou une prescription dans une salle de cholériques. En Espagne, on n'en est pas encore là: les officiers sont crus

peu près aussi vite que le virus charbonneux ordinaire, peuvent être inoculées impunément à tous les moutons.

Quand les cultures ont été amenées à ce degré d'atténuation, elles produisent néanmoins, sur les sujets auxquels on les inocule, des troubles passagers plus ou moins accentués. Tous les moutons inoculés témoignent du malaise; tous éprouvent une certaine élévation de température qui, chez quelques-uns, peut aller jusqu'à 42°,5. Tous reviennent en quelques jours aux conditions physiologiques. J'ajoute que l'immunité communiquée aux sujets inoculés *une seule fois* avec ces cultures atténuées est aussi parfaite que possible. Réinoculés plusieurs fois avec du virus fort, qui tuait en trente-six heures tous les moutons témoins, ces sujets ont tous résisté; aucun même n'a été sensiblement malade, après les réinoculations.

L'atténuation, ainsi obtenue, s'est, dans une série, transmise intégralement aux cultures de deuxième génération entreprises à la température + 36, 37 degrés, sous pression normale.

Une autre constatation du même ordre m'a étonné au point de laisser dans mon esprit une certaine défiance. Dans les conditions ordinaires, le sang du cobaye mort de fièvre splénique est habituellement très virulent pour le mouton. Mais, si le sang est pris sur des sujets qui ont succombé après l'inoculation d'un virus cultivé sous pression et franchement inactif sur le mouton, ce sang peut être inoculé impunément aux animaux de l'espèce ovine. Cette innocuité s'est manifestée dans deux séries d'expériences comprenant chacune quatre sujets. Aucun de ces huit moutons n'a succombé, après avoir reçu, sous la peau de la cuisse, une quantité notable de sang étendu de bouillon, en provenance de cobayes qui avaient survécu trente-six heures à peine à une inoculation de spores cultivées dans l'oxygène comprimé. J'ajoute que ces huit animaux ont résisté à toutes les inoculations de virus fort pratiquées ultérieurement.

J'ai encore constaté, dans cette série d'études, un autre fait fort important. Ces cultures, dont l'atténuation est si sûre qu'elles ne font périr aucun mouton, et l'activité si grande qu'elles confèrent l'immunité la plus solide, jouissent encore d'un autre très grand avantage, celui de conserver cette activité pendant plusieurs mois. Ainsi, je possède des liquides de cultures dont l'inoculation, après six, dix et même quinze semaines, engendre aussi sûrement l'immunité qu'au moment même de leur préparation; ces liquides ont, du reste, conservé de même leur aptitude à tuer le cobaye adulte trente-six, quarante heures.

J'ai pu constater enfin que l'inoculation des liquides de cultures atténuées par l'oxygène comprimé est encore plus innocente et tout aussi efficace sur le bœuf que sur le mouton.

D'autres virus ont été également atténués par l'oxygène comprimé. Les cultures de rouget sont au nombre de celles qui subissent le plus sûrement et le plus facilement l'influence atténuante de cet agent.

Tous ces faits autorisent de grandes espérances relativement aux applications pratiques de l'emploi de l'oxygène comprimé comme méthode générale d'atténuation des virus.

A l'égard du rouget, je me tiendrai dans la plus grande réserve, jusqu'à ce que la multiplicité des faits en ait prouvé solidement la constance. Je ne m'attends pas à être beaucoup plus heureux que ne l'a été M. Pasteur avec l'utilisation de l'ancienne méthode de l'atténuation des virus par leur passage sur des espèces animales différentes; mais je suis disposé à être plus confiant dans le succès pour le sang de rate. J'espère que mes études ultérieures m'amèneront à déterminer bientôt les conditions à l'aide desquelles on pourra, sans embarras, rendre usuelle la fabrication du virus si précieusement atténué, que je n'ai obtenu jusqu'à présent qu'en très petite quantité dans des expériences de laboratoire. La belle conquête de M. Pasteur s'enrichirait alors de très grands avantages : 1° immunité communiquée par une seule inoculation préventive; 2° néanmoins très grande sécurité de l'inoculation; 3° faculté d'employer les cultures atténuées longtemps après leur préparation.

CORRESPONDANCE

Prurit d'hiver.

M. le docteur Armand, médecin principal en retraite, nous écrit pour émettre cette opinion que le *prurit d'hiver*, dont nous avons récemment entretenu nos lecteurs (n°s 18 et 19), se présente chez des individus qui ont été antérieurement affectés de gale, et il va jusqu'à soutenir que la gale elle-même n'était pas guérie, qu'elle était, comme on disait autrefois, *invétérée*, malgré les apparences de guérison presque instantanée que produit la médication moderne. Le traitement antipsorique lui aurait réussi dans des cas de prurit appartenant bien à l'espèce décrite par Duhring.

---

sur leur parole d'honneur, ils ont une décoration spéciale, l'ordre de Sainte-Herminigilde. Rien de pareil pour les médecins; on leur refuse jusqu'aux honneurs funèbres. Plusieurs journaux attirent sur cet état de choses l'attention du ministre de la guerre et font appel à sa justice; il faut espérer que ces appels seront un beau jour entendus.

Dr L. Thomas.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Les concours de clinicat commenceront au mois de juillet prochain; ils s'ouvriront : 1° pour la nomination à deux places de chef de clinique médicale, le lundi 7 juillet 1884; 2° pour la nomination à deux places de chef de clinique chirurgicale, le jeudi 10 juillet 1884; 3° pour la nomination à une place de chef de clinique obstétricale, le mardi 15 juillet 1884. — Les chefs de clinique nommés entreront en fonctions le samedi 1er novembre 1884.

Précautions contre la diphthérie. — Le conseil d'hygiène publique et de salubrité vient de publier une instruction sur les précautions à prendre contre la diphthérie. Cette instruction, très bien conçue, a néanmoins plus d'importance pour le public que pour le médecin. Nous ne croyons donc pas utile de la reproduire.

Missions scientifiques. — M. le ministre de l'instruction publique vient de donner les missions scientifiques suivantes :

M. le docteur Poussié, médecin de la Compagnie des Messageries maritimes, membre de la Société d'anthropologie, est chargé d'une mission dans l'Australie et dans l'Inde, à l'effet d'y entreprendre diverses études d'ethnographie et d'histoire naturelle et d'y recueillir des spécimens scientifiques destinés à l'Etat.

M. le docteur Gustave Le Bon est chargé d'une mission dans l'Inde, pour y relever, étudier et décrire les principaux monuments architectoniques jusques et y compris la période mongole.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

XIIIe Congrès de la Société allemande de chirurgie à Berlin.

Des luxations de la colonne vertébrale. — Un cas de fracture de l'apophyse odontoïde de l'axie. — Des tumeurs rénales provenant de parcelles de tissu séparées des capsules surrénales.— Des bactéries dans les arthrites métastatiques. — Du premier pansement sur le champ de bataille.

M. *Wagner* (Kœnigshütte). L'auteur qui pratique dans une des mines les plus considérables de l'Allemagne et qui a fréquemment l'occasion de voir ce genre d'accidents, relate quelques-unes des observations qu'il a recueillies. Les luxations en avant sont très difficiles à reconnaître ; les luxations en arrière, rares et généralement accompagnées de fracture. Quant aux luxations par rotation exagérée, il est très important d'en connaître les différentes formes et leur mode exact de production, attendu que les manœuvres de réduction à entreprendre dépendent d'une façon absolue de cette connaissance.

M. *Czerny* demande comment Wagner entend le diagnostic entre la contusion et la compression de la moelle. On admet généralement que l'absence des réflexes indique une destruction (compression) de la moelle, et leur présence, une simple contusion ; mais cette doctrine demande à être confirmée. Et cependant il serait d'un haut intérêt pratique d'être fixé sur ce point : la compression indiquant, et la contusion contre-indiquant, les manœuvres de réduction.

M. *Wagner* admet cette signification des réflexes : toutefois il recommande une thérapeutique active, à la mode américaine. Malgré les dangers que l'on peut faire courir au malade, on obtient fréquemment par l'extension des résultats avantageux. Il cite un cas de fracture transversale du corps de l'axis, avec paralysie motrice totale et parésie. Aussitôt l'extension appliquée, les désordres nerveux disparaissaient pour reparaître à la cessation de l'extension. Malheureusement dans ce cas, un énorme décubitus força de cesser l'extension et le malade mourut cinq semaines après, d'une compression de la moelle.

M. *Volkmann* considère cette observation comme très importante, parce qu'elle démontre la coexistence d'une paralysie totale, de la paraplégie typique, et de la compression médullaire. Jusqu'ici on admettait comme règle à Halle de ne traiter par l'extension et les corsets plâtrés que les cas avec paralysie partielle et asymétrique.

— M. *Küster* (Berlin). Une jeune fille fut malmenée par sa maîtresse qui la saisit par les cheveux et la projeta contre un mur. Le lendemain elle se plaignit de douleurs : son état s'aggrava, les médecins songèrent à une fracture de la colonne vertébrale, vu la paralysie des extrémités avec sphincters intacts et exagération des réflexes, l'aphasie, les convulsions, l'impossibilité de soutenir la tête. A l'exploration on constatait une saillie de l'apophyse épineuse de la deuxième cervicale ; par le pharynx une saillie au-dessous de la base du crâne.

On pratiqua une extension de 5 kilogrammes, qui amena en cinq semaines une amélioration considérable ; cependant la tête restait ballante et la malade portait une cravate de cuir pour la maintenir. Küster considérait la malade comme incurable, et il apprit à sa grande surprise que la tête avait fini par se consolider entièrement. C'est cette réparation inattendue qui lui fait admettre le diagnostic de fracture de l'apophyse odontoïde.

— M. *Grawitz* (Berlin). Dans un travail antérieur sur les lipomes, adénomes et adéno-carcinomes des reins, l'auteur avait émis l'opinion que ces néoplasmes prenaient leur origine dans les capsules surrénales, qui pendant la vie fœtale ont des relations si intimes avec l'écorce rénale.

Depuis lors un grand nombre d'autopsies pratiquées à l'Institut pathologique ont confirmé cette prévision, et Grawitz démontre, avec pièces à l'appui : 1° que la fréquence de l'anomalie en question est telle, que la fréquence des tumeurs accessoires des capsules surrénales se trouve immédiatement expliquée ; 2° tantôt ces parcelles séparées des capsules surrénales sont simplement appliquées, tantôt elles sont placées dans la couche superficielle du rein, tantôt logées plus profondément, ce qui correspond exactement à ce que l'on observe pour les tumeurs en question, qui elles aussi sont tantôt appliquées à la surface, tantôt encastrées dans la couche corticale, tantôt placées dans les colonnes de Bertin ; 3° que les groupes et rangées de cellules polygonales, généralement graisseuses, desdites tumeurs diffèrent sensiblement des canalicules urinifères et de leur épithélium ; 4° que dans leur structure comme dans une série de dégénérescences ultérieures, elles se comportent comme des néoformations des capsules surrénales. — Ces tumeurs sont généralement bénignes ; rarement elles dégénèrent en métastases malignes.

— M. *Schüller* (Berlin). Dans un grand nombre de maladies infectieuses, l'auteur a recherché les bactéries dans le contenu des arthrites métastatiques ; il a obtenu des résultats positifs dans la grande majorité des cas. Chose curieuse ! dans les inflammations purulentes, le nombre des bactéries était moins considérable que dans les exsudats récents et simplement séreux. Il trouva habituellement des coccus, des formes en chaînettes ou allongées, des bâtonnets, des diplococcus de Friedländer (dans un cas de pneumonie et aussi dans un cas de scarlatine). Dans la morve et l'érysipèle les bactéries spécifiques se rencontraient *seules* dans l'arthrite : dans la diphthérie, la fièvre typhoïde et puerpérale, plusieurs formes existaient simultanément. Il résulte de tout cela que toute arthrite métastatique ne doit pas être considérée comme spécifique.

— M. *V. Lesser*. Nous signalons pour mémoire ce travail ainsi que la discussion très vive et très intéressante qui en fut la conséquence.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 19 MAI 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

ANALYSE CINÉMATIQUE DE LA MARCHE. Note de M. *Marey*. — M. Marey a, dans une Note du 25 juin de l'année dernière, décrit une méthode photographique par laquelle on obtient, sur une même plaque sensible, un grand nombre d'images instantanées représentant les différentes attitudes du corps pendant la marche, la course ou le saut. Sur ces figures, chaque image est réduite à des lignes représentant la direction des rayons osseux des membres et à des points correspondant aux centres de mouvement des articulations. Sur les épreuves agrandies, on peut étudier, comme sur une épure, les lieux géométriques de chacune des articulations du membre inférieur, la façon dont chacun d'eux s'engendre, ainsi que la part d'action qui revient, dans la progression, à la pesanteur et à l'action musculaire.

L'auteur a entrepris, avec M. G. Demeny, son préparateur à la station physiologique, la double étude cinématique et dynamique de la locomotion, d'après les documents fournis par la photographie et par d'autres appareils, chronographes et dynamomètres inscripteurs. Voici les principaux résultats auxquels ils sont arrivés quant à l'étude cinématique des mouvements du membre inférieur pendant la marche :

A. *Mouvements du membre inférieur pendant la période d'appui du pied.* — Le pied touche le sol par le talon et presque aussitôt s'applique par toute l'étendue de sa face plantaire; cette première phase occupe environ les trois cinquièmes de la durée totale de l'appui. A partir de ce moment le talon se détache du sol, et pendant la seconde phase, c'est-à-dire les deux cinquièmes de l'appui, le pied se déroule autour de sa pointe ou pour mieux dire de l'extrémité des métatarsiens.

La *trajectoire de la cheville* est engendrée de la manière suivante. Après avoir été immobile pendant la première phase de l'appui, la cheville décrit une courbe qui se confond sensiblement avec un arc de cercle ayant pour centre l'articulation métatarso-phalangienne. En réalité, le mouvement se compose d'une série de rotations infiniment petites autour de centres instantanés qui se meuvent le long de la ligne de contact de la tête du premier métatarsien avec le sol, et qui s'approchent d'autant plus de l'extrémité antérieure de cet os que le déroulement du pied est plus complet.

La *trajectoire du genou* résulte de la composition de deux mouvements indépendants. Dans la première phase de l'appui, c'est-à-dire lorsque le talon touche le sol, le genou décrit un arc de cercle, dont le centre serait à la cheville du pied; dans la seconde phase, ce mouvement se combine au déroulement du pied autour de l'extrémité des métatarsiens, mouvement dont la description a été donnée plus haut. L'angle que la jambe forme avec le pied change aux différentes phases de l'appui : pendant la première phase, celle de l'appui du talon et de la plante, la jambe se fléchit graduellement sur le pied; pendant la seconde, à partir du moment où le talon se soulève, le pied s'étend graduellement sur la jambe jusqu'à l'instant où il se détache du sol.

La *trajectoire de la hanche*, décrite pendant l'appui du pied, est une courbe à convexité supérieure. Le maximum de hauteur de cette courbe au-dessus du plan horizontal ne correspond pas au moment où l'articulation de la hanche passe verticalement au-dessus de la base de sustentation formée par le pied, mais se projette un peu en avant de cette base, dans le sens de la progression.

B. *Mouvement du membre inférieur pendant le levé du pied.* — Aussitôt que le pied a quitté le sol, le centre de mouvement du membre inférieur passe à l'articulation de la hanche. Dans ce mouvement que les auteurs classiques ont comparé à l'oscillation d'un pendule dont le point de suspension éprouverait un déplacement dans le sens horizontal, il faut considérer la trajectoire de chacune des articulations en particulier. Pendant la période de levé du pied, la *trajectoire de la hanche* décrit une courbe à convexité supérieure sensiblement semblable à celle que l'on a vue correspondre à la période d'appui. C'est qu'en effet la hanche droite ressent l'effet de l'appui de la jambe gauche.

Le *genou* suit une courbe résultant d'un mouvement de rotation autour de l'articulation de la hanche combiné au mouvement sus-indiqué de la hanche sur sa trajectoire.

Enfin la *cheville*, pendant le levé du pied, suit une trajectoire qui résulte de celle du genou combinée avec le mouvement angulaire de la jambe sur la cuisse.

L'ensemble de tous ces mouvements exécutés tour à tour par les deux membres inférieurs concourt pour produire le mouvement de la hanche. Si l'on examine, dans son ensemble, la courbe décrite par la hanche pendant la durée d'un pas, on y observe deux maxima dont chacun se produit pendant la période d'appui de l'un des pieds. Les minima correspondent aux moments où chacun des pieds commence son posé (instant du double appui). Ces deux ondulations de la courbe de la hanche, dont chacune est produite par l'action d'une des jambes, ne sont pas égales entre elles. Cela tient à des oscillations du bassin autour de deux axes, l'un vertical, l'autre horizontal et parallèle à la direction de la marche. Les oscillations du bassin autour de son axe horizontal interfèrent avec les ondulations de la trajectoire de la hanche; elles ont pour effet de rendre fort inégaux les deux minima de cette trajectoire. Pour la hanche droite, le minimum qui se produit après le levé du pied droit est le plus bas, parce qu'il coïncide avec l'oscillation descendant du côté correspondant du bassin; le minimum suivant, qui correspond au levé du pied gauche, est atténué, au contraire, parce qu'il correspond à l'oscillation ascendante du bassin. Enfin les oscillations du bassin autour de son axe vertical se traduisent par des mouvements de la hanche, tantôt dans le sens de la progression, tantôt en sens inverse; il en résulte une inégalité dans la vitesse de la hanche, au moment des deux maxima de sa trajectoire. Cette inégalité de vitesse se traduit par la plus grande condensation du ponctué de la trajectoire de la hanche pendant l'élévation qui correspond à l'appui du pied.

Sur la rage, par M. *Pasteur*, avec la collaboration de MM. *Chamberland* et *Roux*. (Voy. le numéro précédent de la *Gazette hebdomadaire*.)

De l'atténuation des cultures virulentes par l'oxygène comprimé. Note de M. *A. Chauveau*. (Voy. aux travaux originaux.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 27 MAI 1884. — PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

M. le docteur *Berne* (de Lyon) envoie son *Traité de pathologie chirurgicale générale*, pour le concours du prix Godard de 1885.

M. *Mancrini* soumet au jugement de l'Académie un *Traité* (manuscrit) *théorique et pratique sur l'alimentation*. (Commission : MM. *Proust* et *Lagneau*.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Petit*, une brochure faisant connaître les recherches *sur la découverte à Royat des substructions d'un établissement thermal gallo-romain;* 2° de la part de M. le docteur *Grisar* (de Hassolt), des *observations relatives à la fièvre puerpérale épidémique;* 3° au nom de M. le docteur *Labus* (de Milan), une brochure ayant pour titre : *Quelques observations sur la modification apportée par M. le docteur Garel à mon laryngo-fantôme.*

M. *Fournier* présente, de la part de M. le docteur *Spillmann* (de Nancy), un ouvrage intitulé : *Manuel de diagnostic médical.*

M. le docteur *Sandras* envoie un *inspirateur* ou *inhalateur gradué.*

Décès. — M. *le Président* annonce le décès de M. le docteur *Goupil des Paillières* (de Nemours), correspondant national depuis 1834.

M. *Jules Guérin* fait part, en termes émus, de la mort de M. le professeur *Bouisson* (de Montpellier), associé national, et rappelle ses nombreux titres et travaux scientifiques.

Mouvements du cerveau. — La discussion continue par un discours de M. *Sappey* relevant en termes très vifs les attaques et les accusations de M. Marc Sée ; il convient de passer sous silence les incidents auxquels ce discours a donné lieu et de se borner à dire que M. Sappey a maintenu, au point de vue scientifique, la signification de ses expériences, ainsi que les conclusions qu'il en avait précédemment tirées. M. Sappey d'ailleurs n'avait point laissé son manuscrit sur le bureau de l'Académie.

M. *Luys* a pu ensuite, à grand'peine, tant l'Académie avait hâte de voir clôturer cette discussion, répondre à ses divers contradicteurs et affirmer de nouveau : 1° qu'il existe normalement un espace libre entre le cerveau et l'enveloppe osseuse, et que cet espace libre, rempli par le liquide céphalo-rachidien, existant toujours, quoi qu'on dise, sur le cadavre, est susceptible de se déplacer suivant les différentes attitudes de la tête; 2° que c'est aux dépens de cet espace libre que le cerveau est amené passivement à se déplacer suivant les différentes attitudes de la tête, car, d'une part, il est d'un volume moindre que la cavité crânienne et, d'autre part, la présence de la membrane séreuse favorise le glissement dans les différents sens, cela toujours dans des limites très restreintes.

Epanchements pleuraux a la suite de l'ablation des tumeurs du sein. — M. *Verneuil* rappelle que l'année dernière, à la Charité et à la Pitié, deux femmes atteintes de squirrhe de la mamelle étaient opérées de cette tumeur; l'opération ne présenta rien de particulier, et cependant ces deux femmes succombèrent, l'une le quatrième, l'autre le sixième jour; chez l'une et chez l'autre on trouvait, à l'autopsie, des lésions pleurales graves du côté opéré, en même temps que l'on constatait l'existence d'une ancienne maladie rénale. Quelles furent donc les relations entre ces pleurésies et les néphropathies?

Les pleurésies consécutives à l'ablation des tumeurs du sein ont été étudiées pour la première fois par Broca en 1850; il les attribua à la propagation de l'inflammation de la plaie opératoire; de plus, comme sur les six cas observés par lui la plaie s'était compliquée cinq fois d'un érysipèle, il admit que, si la propagation de l'inflammation s'opère en vertu de dispositions anatomiques déterminées, il n'en faut pas moins faire jouer un rôle important à un état général accidentel. L'observation des deux malades mentionnées par M. Verneuil confirme la manière de voir de Broca. L'histoire de la première a été rapportée par M. Picqué à la Société anatomique: la malade, opérée par M. Berger, fut pansée aussi correctement que possible, et cependant elle succomba trois jours après; on trouva une fusée purulente sous-pectorale et une pleurésie purulente. La seconde observation recueillie, par M. Verchère, interne de M. Verneuil, peut être analysée comme suit : Il s'agissait d'une femme de soixante-trois ans ayant une petite tumeur au sein, accompagnée d'un gros ganglion axillaire. L'état général, examiné avec soin, ne révéla rien d'anormal. L'opération ne présenta rien de particulier; on appliqua le pansement antiseptique ouvert. Dans la journée, il survint des vomissements, du malaise, des douleurs assez vives au niveau de la plaie et au niveau du triangle sus-claviculaire. T = 39°,4. L'état général devint de plus en plus mauvais; autour de la plaie apparut de l'œdème et de la rougeur rappelant l'érysipèle phlegmoneux commençant, puis un point de côté à droite, de la dyspnée, respiration courte et fréquente, matité et souffle de la partie inférieure du poumon correspondant. Trois jours après, la malade succomba après une notable aggravation des symptômes thoraciques. A l'autopsie, on trouva une infiltration purulente des tissus environnant le foyer traumatique. Chacune des deux plèvres, celle du côté opéré principalement, contenait de la sérosité louche. Les reins étaient allongés, aplatis, flasques, fortement lobulés à la surface, la capsule très adhérente, la substance rénale était rouge vif, à l'aspect granité, et de petits kystes superficiels existaient çà et là. A l'œil nu comme au microscope, on constata les lésions types de la néphrite interstitielle.

Quelle est l'interprétation que l'on doit donner à ces deux faits ? M. Berger pensa que sa malade a eu une pleurésie *a frigore*. M. Duret, dans la discussion qui suivit la présentation de M. Picqué, admit la propagation du phlegmon pectoral à la plèvre; quant au présentateur, sachant avec quelle facilité suppurent les blessés atteints de lésions rénales anciennes, il accorda à cette cause une part dans le développement de la pleurésie. L'observation de M. Verneuil lui paraît confirmer cette manière de voir, car il ne saurait être question ici d'une pleurésie *a frigore*, sa malade n'ayant ressenti aucun refroidissement.

Assurément l'opinion de M. Duret est parfaitement soutenable; l'autopsie de l'opérée de M. Verneuil en effet, en montrant que la partie la plus malade, de sa plèvre était celle qui se trouvait en rapport avec le foyer purulent avoisinant la plaie, semble démontrer l'exactitude de cette proposition ; mais le rôle du phlegmon pectoral ne doit pas être accepté comme cause exclusive, à preuve que la pleurésie de cette malade était double. On ne comprend guère une inflammation d'une plaie opératoire droite se propageant à la plèvre gauche si vite et avec une telle intensité. Si d'ailleurs telle était la cause unique de cette complication, on aurait dû la constater bien plus souvent, surtout à l'époque des pansements non antiseptiques, alors que le phlegmon pectoral était si fréquent. Il faut de toute nécessité, ainsi que Broca l'avait bien compris, qu'entre la plaie, l'inflammation traumatique et la pleurésie s'interpose un facteur qui est l'état général de la malade. Cet état intermédiaire, que Broca pensait être l'érysipèle, était une néphrite dans les deux cas dont il s'agit.

D'ailleurs il ne faut pas oublier : 1° l'action stimulante et même aggravante que le traumatisme exerce sur les états morbides antérieurs (propathies) ; 2° la tendance des maladies générales surexcitées et aggravées à porter leurs manifestations locales sur les lieux de moindre résistance ; 3° la création de ces lieux de moindre résistance aux points blessés et par le fait de la blessure, d'où l'apparition dans le foyer traumatique, ou dans les environs, de complications portant le cachet spécial de la maladie préexistante.

M. Verneuil termine en faisant remarquer que les autres maladies locales et générales pourraient aussi déterminer le même résultat que l'érysipèle ou la néphrite, et tel était l'un des cas de Broca, dans lequel l'autopsie permit de constater des noyaux cancéreux du foie et des poumons.

M. *Larrey* ne doute pas que l'auscultation n'ait été pratiquée avec soin sur la malade de M. Verneuil; il a pu ne pas en être de même dans la plupart des observations semblables antérieures. Il doit aussi fréquemment arriver, lorsqu'on opère des femmes de tumeurs du sein, qu'elles prennent des affections pulmonaires lorsqu'elles sont exposées à l'air, soit pendant l'opération, soit pendant les pansements. Il convient donc de faire des réserves à l'égard de l'influence des états constitutionnels sur le développement des pleurésies dans de telles circonstances.

M. *Verneuil* croit que cette objection peut être rejetée, en raison de la rareté de cet accident comparé au nombre considérable de malades opérées de tumeurs du sein. En ce qui concerne sa malade, il l'avait auscultée avec grande attention et n'avait rien découvert. Il faudra néanmoins dans l'avenir étudier longuement ces malades avant de pouvoir conclure dans le sens qu'il indique sur la nature de leurs pleurésies, car il arrive fréquemment que des masses cancéreuses volumineuses passent inaperçues à l'auscultation. — Et la percussion ? objecte M. *Roger*. — Même avec la percussion, réplique M. *Verneuil*. Les cas sont assez fréquents dans lesquels ni l'oreille, ni le doigt n'ont décelé la présence de ces masses ; M. Potain en a lui-même déclaré la possibilité.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 23 MAI 1884. — PRÉSIDENCE DE M. BUCQUOY.

Traitement de la diphthérie par les fumigations de goudron et d'essence de térébenthine. Discussion : MM. Cadet-Gassicourt, Féréol, d'Heilly, Descroizilles. — Le micrococcus de l'endocardite ulcéreuse : M. Grancher.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Cadet-Gassicourt* présente quelques observations relatives au traitement de la diphthérie par le procédé de M. Delthil. Il relate un cas de guérison de croup sans opération, après dissociation et élimination des fausses membranes, chez un enfant soumis par M. Dussaussay aux fumigations de goudron et d'essence de térébenthine. L'amélioration fut, dans ce cas, évidente au bout de deux heures environ, et, après le premier jour du traitement, elle était assez prononcée pour faire rejeter toute idée de trachéotomie. D'après M. Delthil, les fumigations auraient non seulement

une action locale, mais aussi une influence heureuse manifeste sur l'état général; jusqu'ici les expériences n'ont pas nettement confirmé le fait. Il faut, d'ailleurs, se défier des cas isolés favorables. En effet, lorsque le nitrate de pilocarpine fut préconisé dans le traitement du croup, M. Cadet-Gassicourt institua une série d'expériences pour en vérifier l'efficacité; des injections hypodermiques, pratiquées à des enfants atteints de croup à la première et à la seconde période, n'amenèrent tout d'abord aucune modification appréciable des pseudo-membranes, mais parurent éloigner les accès de suffocation et rendre inutile la trachéotomie; M. Cadet-Gassicourt fut même tenté d'admettre une action spéciale sur le bulbe, et enregistra un nombre plus grand de guérisons du croup sans opération. Mais c'était là une série heureuse, car une nouvelle expérimentation, tentée peu après, donna des résultats déplorables, analogues à ceux qui avaient été obtenus dans les mêmes conditions par Archambault. — L'essai qui a été fait jusqu'ici du traitement de M. Delthil est certainement insuffisant pour autoriser une conclusion; aussi M. Cadet-Gassicourt se propose de reprendre cette expérimentation et d'étudier l'action des fumigations dans les cas, groupés en série, de diphthérie bénigne, grave et toxique. Peut-être, si ce mode de traitement n'a pas d'action sur l'infection générale diphthéritique, peut-il du moins jouer un rôle plus modeste et amener l'élimination des pseudo-membranes?

M. *Féréol* est d'avis que cette question mérite en effet d'être étudiée avec soin. Il a eu communication d'un nouveau cas de guérison d'un croup, sans trachéotomie, obtenue au moyen des fumigations par le docteur Gigard, à la Côte Saint-André (Isère). Bien que sommaire, cette observation relate l'élimination des membranes, et constitue une pièce intéressante à joindre au dossier. D'après M. d'Heilly, les carbures pourraient peut-être devenir toxiques; rien n'autorise jusqu'alors cette supposition, et l'on n'a observé que de la somnolence et un peu de lourdeur de tête. Il faut néanmoins se souvenir qu'ils ont parfois l'inconvénient de transformer les fausses membranes en une sorte de vernis, qui vient adhérer à la canule et en rétrécir la lumière: il y a là un danger d'asphyxie.

M. *Descroizilles* pense, comme M. Cadet-Gassicourt, qu'il est nécessaire de multiplier les expériences. Il se réserve d'instituer une série d'essais, dans son service, sur des enfants atteints de diphthérie.

M. *d'Heilly* fait observer que, si l'expérimentation n'a pas été plus prolongée à l'hôpital Trousseau, c'est que M. Delthil a de lui-même abandonné la place en présence d'un insuccès complet, sans demander à continuer cet essai plus longtemps. Du reste, aucun des résultats annoncés par l'auteur de la méthode ne s'est réalisé.

M. *Féréol* est d'avis que la présence de M. Delthil n'était pas indispensable pour continuer les expériences. Il appelle l'attention sur un fait communiqué à la Société de médecine-vétérinaire, et qui offre d'évidentes analogies avec le sujet de la présente discussion. Il s'agit de l'heureux résultat obtenu, au moyen des fumigations de goudron et d'essence de térébenthine, dans un poulailler ravagé par la pépie ou pseudo-diphthérie des poules; tous les animaux non encore contaminés lors du début de l'expérience ont été préservés et ont survécu.

M. *Cadet-Gassicourt* rappelle que M. Delthil devait être accueilli à l'hôpital Trousseau et mis à même de diriger l'expérimentation. Mais, lorsqu'il se fut retiré, bien que sa présence ne fût, en effet, nullement indispensable, des conditions particulières empêchèrent la continuation de l'épreuve, et en particulier une certaine résistance de la part du directeur de l'établissement, qui trouvait que ce traitement était *fort sale*. On sait, en effet, que les murs, la literie, les assistants sont, en peu d'instants, couverts d'un enduit épais de noir de fumée. Quoi qu'il en soit, les expériences seront reprises, et leur résultat sera communiqué à la Société.

— M. *Grancher* donne lecture d'une Note sur un cas d'*endocardite ulcéreuse* qui lui semble nettement démontrer la nature zymotique de cette affection. Il s'agit d'un homme atteint depuis longtemps d'une affection cardiaque, au cours de laquelle se développèrent les symptômes de l'endocardite ulcéreuse sans complications, de l'endocardite ulcéreuse primitive. Le malade entra à l'hôpital en état d'asystolie; son facies pâle, altéré, dénotait une maladie grave, infectieuse. M. Grancher porta le diagnostic d'endocardite ulcéreuse, et entreprit de vérifier les assertions relatives à la nature zymotique de cette affection. On sait en effet que la présence de granulations, se comportant comme des organismes inférieurs à l'égard des réactifs chimiques et des substances colorantes, a été depuis longtemps démontrée par un grand nombre d'observateurs, et que des essais de culture ont été entrepris plus récemment par Netter, mais sans résultats définitifs. M. Grancher recueillit chaque jour, avec les précautions nécessaires, une gouttelette du sang de son malade et l'ensemença dans des ballons renfermant du bouillon Pasteur. La culture réussit à merveille, et dans tous les flacons on vit, au bout de vingt-quatre heures, se déposer au fond du vase de petits grains, analogues à de la semoule, et constitués par l'agglomération d'un micrococcus très petit, toujours identique. Dans le sang, l'examen histologique permit de reconnaître la présence du même organisme, et le malade ayant succombé, le sang recueilli directement dans les cavités cardiaques, donna, par la culture, le même développement de zooglœa décomposables en micrococcus. Les valvules aortiques présentaient les lésions classiques de l'endocardite végétante, et le microscope permettait de voir à la surface des végétations le même organisme formant une sorte de revêtement superficiel. — M. Grancher se proposait de cultiver ce micrococcus en séries, et de pratiquer des inoculations pour vérifier si c'était là l'agent spécifique incontestable; malheureusement, lorsqu'il reprit, au bout d'un temps assez long, les ballons ensemencés, pour y puiser le liquide propre à de nouvelles cultures, le micro-organisme était mort, et les nouveaux ballons ne fournirent aucun développement de zooglœa. Par suite, les inoculations ne purent être pratiquées, et la nature spécifique du micrococcus reste encore à démontrer; c'est là une lacune que M. Grancher ne peut que déplorer, mais aucun cas nouveau ne s'est, depuis lors, offert à son observation. Quoi qu'il en soit, la présence du micro-organisme vivant, nettement constatée dans le sang du malade, établit sa nature aérobie, ce qui est un fait relativement exceptionnel.

M. *Du Castel* demande quel était l'état général et l'aspect du malade, et s'il y avait des infarctus dans les viscères.

M. *Grancher* n'a rencontré aucun infarctus. Quant au malade, il était en pleine asystolie, avec peu d'œdème des jambes, mais il offrait un essoufflement, une pâleur, un abattement extrêmes; il a succombé à l'asphyxie progressive, et l'autopsie a révélé un œdème pulmonaire très marqué. Les urines étaient albumineuses. — En un mot, il ne s'agit pas d'une endocardite ulcéreuse à forme typhoïde, mais plutôt d'une forme anémique suffocante.

— La séance est levée à cinq heures.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 21 MAI 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius. Discussion : MM. Delens, Bouilly, Després, Trélat, Terrier, Verneuil et Tillaux. — Fistules sterco-purulentes. Rapport : M. Nepveu. Discussion : MM. Després, Gillette, Berger et Verneuil. — Rhinoplastie : M. Polaillon. — Tumeur pulsatile de la base du cou : M. Martel (de Saint-Malo). — Genu valgum : M. Robin.

M. *Delens*, revenant sur la communication de M. Bouilly, faite dans la dernière séance, émet l'opinion que la complication des fractures du radius, dont il a été parlé, est bien plus souvent le résultat d'un décollement épiphysaire que d'une fracture véritable.

M. *Bouilly* affirme qu'il ne saurait y avoir de doute sur la nature des lésions dont il a été question dans sa communication.

M. *Després* attribue les complications observées dans les cas rapportés par M. Bouilly à l'emploi de l'appareil plâtré, qui, outre d'autres inconvénients, présente celui de réclamer son changement à plusieurs reprises, afin d'éviter la raideur. Les mêmes accidents ne se produisent pas avec l'appareil de Nélaton, qui, une fois bien appliqué, est définitif.

M. *Trélat* proteste contre une pareille opinion. Il a l'habitude de maintenir les fractures de l'extrémité inférieure du radius, une fois réduites, au moyen de petites attelles plâtrées antérieures ou postérieures suivant les cas. Il les laisse en place environ trois semaines, et jamais jusqu'ici il n'a constaté après leur emploi de raideur ni d'autres accidents. Mais il faut reconnaître que, s'il en est toujours ainsi dans les fractures simples, il y a des circonstances où, quoi qu'on fasse, la consolidation se fera mal; tel est, par exemple, le cas que M. Trélat a rapporté à la Société l'année dernière : un homme, outre une fracture de l'extrémité inférieure du radius, avait une fracture du fémur et une violente contusion à la tête; il était très agité, indocile; il eut un enclavement du nerf radial qui nécessita une opération ultérieure; il est évident que chez lui les meilleurs appareils auraient donné un mauvais résultat.

Au sujet de ces fractures, M. Trélat rappelle que, dans la thèse de M. Schmitt, il est prouvé que les fractures de l'extrémité inférieure du radius sont bien moins graves chez les vieillards que chez les adultes; tandis que chez ces derniers il faut une force considérable pour les produire, chez les premiers elles se produisent facilement, sans attrition ni grand déplacement.

M. *Terrier* n'a qu'à se louer de l'attelle plâtrée dans le traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius; il emploie de préférence l'attelle palmaire, qu'il laisse en place de vingt à vingt-cinq jours. Une condition indispensable, c'est une bonne réduction préalable, chose difficile quelquefois à obtenir.

MM. *Verneuil* et *Tillaux* se déclarent également partisans de l'appareil plâtré.

— M. *Nepveu* lit un rapport sur un travail de M. Fontan, médecin de la marine, à propos d'une observation de fistule sterco-purulente. Il rappelle d'abord que c'est à M. Verneuil que revient le mérite d'avoir le premier, en 1874, appelé l'attention des chirurgiens sur cette variété de fistules stercorales, qui sont anatomiquement caractérisées par l'existence d'une cavité intermédiaire entre les deux orifices. A M. Verneuil aussi appartient l'idée d'un traitement rationnel et efficace, à savoir les larges débridements. Le malade de M. Fontan, condamné de la Nouvelle-Calédonie, âgé de quarante-deux ans, avait vu se développer, à la suite d'un coup de pied dans l'abdomen, un phlegmon, dont il guérit, mais en conservant des douleurs vives dans la fosse iliaque droite. Quelque temps après il s'établit une fistule s'ouvrant dans le gros intestin et à l'extérieur. A deux reprises, M. Fontan tenta sans succès l'entérorrhaphie; après avoir reconnu l'existence d'une poche intermédiaire, il pratiqua de larges incisions et obtint la guérison de son malade.

Ce fait, réuni à trois observations analogues de M. Verneuil, est une nouvelle confirmation de l'efficacité du traitement préconisé par le chirurgien de la Pitié. Bien moins grave que l'entérorrhaphie simple ou précédée de la laparotomie, il assure une guérison rapide et sans danger. Sur les quatre cas rapportés par M. Nepveu, on trouve deux succès complets, une amélioration et une récidive.

M. *Després* a donné ses soins à la Charité à un des opérés de M. Verneuil. Le malade fut amené dans son service avec de nouveaux abcès dans la fosse iliaque et dans un état général très mauvais. Une sonde entière disparaissait dans la fistule. M. Després se contenta de faire du drainage, mais la suppuration épuisait le malade, la mort survint au bout de quelque temps. S'il est des cas où le procédé de M. Verneuil est parfaitement rationnel, il en est d'autres où son emploi est inutile et même impraticable, ce sont ceux en particulier où l'on ne peut voir l'orifice interne du trajet fistuleux.

M. *Gillette* partage à ce sujet l'opinion de M. Després. Bon pour les fistules peu étendues, le procédé de M. Verneuil ne peut s'appliquer aux fistules très profondes. Dernièrement M. Gillette a vu un malade dont la fistule avait 22 centimètres de profondeur; il l'opéra au thermocautère, la fistule ne se ferma pas; il survint un jour de la péritonite et le malade succomba. A l'autopsie, on trouva une perforation au niveau de l'S iliaque et deux autres sur la partie inférieure de l'iléon.

M. *Berger* croit qu'il est important de distinguer les fistules stercorales proprement dites, survenant par exemple à la suite d'un traumatisme, et les fistules stercorales spontanément établies. M. Colson, dans sa thèse, conclut à l'intervention dans les premières et à l'abstention dans les secondes.

M. Berger a soigné un malade traité d'abord par M. Trélat et chez lequel on fit des débridements et des dilatations de trajets fistuleux. Ce malade finit par mourir. A l'autopsie on trouva une vaste cavité purulente occupant toute la fosse iliaque droite et au fond de laquelle était adhérent l'intestin. Evidemment dans ce cas l'entérorrhaphie et l'entérectomie n'auraient rien donné, il fallait se contenter des débridements préconisés par M. Verneuil.

M. *Verneuil* pense avoir bien montré le premier l'anatomie et la pathogénie des fistules sterco-purulentes, et en avoir indiqué un traitement qui, s'il n'est pas efficace dans tous les cas, ne pourrait dans aucun aggraver la situation des malades. S'il y a des cas incurables, qu'on ne peut déterminer d'avance, le débridement ne sert-il pas à se rendre compte de l'état des choses? Par le débridement et la cautérisation, on peut aussi, si la fistule est très profonde, espérer la transformation d'une fistule complète en une fistule borgne interne, qui parfois pourra dès lors guérir spontanément.

— M. *Polaillon*, ayant à traiter un malade qui, à la suite d'une plaie contuse de la face, avait eu une perte totale de l'aile du nez, lui fit avec succès, après deux opérations, la restauration, en empruntant des lambeaux sur la joue.

— M. *Martel* (de Saint-Malo) désire avoir l'opinion de la Société sur le fait suivant : Un marin, âgé de cinquante-cinq ans, syphilitique et épileptique, s'étant luxé l'épaule droite, présente une tumeur au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite. Cette tumeur offre des battements isochrones à ceux du pouls et un double bruit de souffle; il y a aussi un souffle au cœur; la voix est altérée. Pour M. Martel, il s'agit probablement d'un anévrysme de la partie supérieure du tronc brachio-céphalique.

— M. *Robin* (de Lyon) présente un malade atteint de genu valgum, qu'il se propose d'opérer par son procédé d'ostéoclasie et qu'il représentera à la Société après l'opération.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 24 MAI 1884. — PRÉSIDENCE DE M. FRANÇOIS-FRANCK.

Nouveau fait d'acholie : M. Hanot. — Courbe graphique de la fermentation : M. Regnard. — Gaz du sang après lésions de la moelle : M. Quinquaud. — Vitesse du courant nerveux sensitif : M. Bloch. — Caractères des zooglées : MM. Malassez et Vignal. — Nouveaux faits d'inhibition : M. Brown-Séquard. — Discussion de la suggestion mentale : M. Ch. Richet.

M. *Hanot* communique une nouvelle observation d'*acholie*, qu'il rapproche des deux observations analogues successivement présentées par lui à la Société en 1883 et dans le cours de cet année. Ici il ne s'agit plus d'une *acholie pigmentaire* comme dans le dernier cas dont il a parlé, mais bien d'une acholie vraie, consécutive à un cancer secondaire du foie. Les matières fécales étaient décolorées sans qu'il y eût d'ictère. A l'autopsie on constata la lésion cancéreuse de l'estomac et du foie diagnostiquée pendant la vie; les voies biliaires étaient complètement libres; aucun calcul ni dans la vésicule ni dans les conduits.

— M. *Regnard* rappelle qu'il a présenté à la Société, en 1882, un appareil destiné à fournir la courbe des phénomènes de fermentation par l'inscription du dégagement gazeux. Il a employé ce moyen d'étude pour suivre les phases de fermentations variées en les comparant à celles d'un dégagement gazeux purement chimique. De cette comparaison résulte une notion intéressante : la courbe du dégagement gazeux chimique montre la marche uniformément retardée du phénomène (courbe parabolique); celle du dégagement gazeux de fermentation montre au contraire que les phénomènes, d'abord peu accentués, prennent rapidement une grande activité, puis se ralentissent d'une façon progressive : on voit la ligne s'élever d'abord d'une manière peu sensible (temps perdu de la fermentation), puis atteindre promptement un maximum assez élevé pour prendre ensuite la forme parabolique. On peut, avec cette méthode, suivre la marche des phénomènes de la fermentation dont les procédés ordinaires ne faisaient connaître que le début et la fin.

— M. *Quinquaud* a poursuivi l'étude des modifications subies par les gaz du sang à la suite des sections de la moelle, qui altèrent, comme on sait, les couleurs relatives du sang artériel et du sang veineux : la coloration rouge du sang veineux périphérique avait déjà été expliquée par le passage plus rapide du sang à travers les capillaires et par la moindre consommation d'oxygène : M. Quinquaud trouve en effet que la proportion d'oxygène augmente dans le sang des veines fémorales, par exemple. Mais il y avait lieu de s'étonner qu'avec cette persistance de la coloration rouge du sang dans les veines on ne retrouvât pas une teinte aussi vive du sang dans le cœur droit. M. Quinquaud explique le fait par la diminution considérable d'oxygène dans le sang des veines sus-hépatiques : la teinte foncée du sang qui revient du foie et se mélange à celui que ramènent les veines caves atténue la coloration rouge de ce dernier.

— M. *Brown-Séquard* rappelle, à propos de ces recherches, qu'il existe en clinique et qu'on retrouve expérimentalement deux types différents d'effets produits sur la coloration du sang veineux et sur la température par des lésions identiques de la moelle : l'un de ces types, celui qu'a en vue M. Quinquaud, correspond à la coloration rouge du sang dans les veines; l'autre offre un tableau exactement inverse. Dans le premier cas, il y a arrêt complet des échanges; dans l'autre augmentation considérable. On ne peut rapporter qu'à un état d'excitabilité différente des sujets ces réactions inverses se produisant à la suite de lésions identiques des centres nerveux.

— M. *Bloch* communique de nouvelles expériences sur la vitesse du courant nerveux sensitif chez l'homme. L'étude comparative des sensations auditives et tactiles lui a permis de déterminer la vitesse de ce courant nerveux ; il a déjà montré que la simultanéité de deux sensations résultant d'un choc sur la main se manifeste lorsque le choc précède le bruit, et cela depuis une avance de 5/250 de seconde jusqu'à 14/250. Il a expliqué ce phénomène par les effets combinés des durées de transmission et des persistances des deux sensations soumises à l'examen. En substituant le lobule du nez au doigt, les intervalles entre lesquels se produit le synchronisme apparent ne sont plus les mêmes : il faut toujours que le choc soit premier et la simultanéité se montre depuis 3,6/250 jusqu'à 12/250 de seconde. Ce résultat donne pour la vitesse du courant nerveux sensitif 141 mètres par seconde, chiffre qui se rapproche de celui que M. Bloch avait donné en 1875 (132 mètres).

— M. *Malassez*, en son nom et au nom de M. *Vignal*, présente les résultats de recherches complémentaires sur les réactions des éléments do la tuberculose zooglœique, en présence des réactifs colorants. On constate que toutes les parties des amas zooglœiques ne se colorent pas avec la même intensité : certaines cellules se colorent en totalité; ce sont les petits micrococcus que les forts accroissements montrent associés en chaînettes et qui jouissent de l'activité la plus grande ; d'autres ne se colorent qu'à la périphérie, certains par un côté seulement, quelques-uns enfin pas du tout. On peut dire que l'aptitude à subir la coloration est en rapport avec le degré de vitalité des cellules.

— M. *Brown-Séquard* communique les résultats d'expériences multipliées, montrant combien est grande quelquefois l'influence inhibitoire que l'encéphale exerce sur lui-même et sur la moelle épinière à la suite d'une simple irritation mécanique. Il coupe transversalement l'encéphale chez des chiens, des lapins et des cobayes, couche par couche, des lobes olfactifs vers le bulbe rachidien. Il constate souvent que lorsque la section porte sur les parties situées en arrière de l'extrémité antérieure et supérieure des pédoncules cérébraux, il se produit de l'inhibition de la respiration et de l'excitabilité (au galvanisme et aux irritations mécaniques) du bulbe et de la partie cervicale de la moelle épinière. Quelquefois alors le cœur est aussi inhibé. On trouve, dans ces cas une si complète et si soudaine cessation de l'excitabilité (motrice, sensitive ou réflecto-motrice), qu'il est impossible d'interpréter le phénomène autrement qu'en le considérant comme l'effet d'un acte inhibitoire produit par l'irritation mécanique de la partie sectionnée. Ce n'est pas un arrêt de la circulation qui peut expliquer ce phénomène, car il a lieu trop soudainement pour qu'il en soit ainsi. Du reste, comme il l'a dit, le fait a lieu quelquefois, sans que la circulation ait été arrêtée.

— M. *Ch. Richet* applique aux résultats des expériences de M. Stuart Cumberland qui ont intéressé récemment le public, l'explication donnée autrefois par M. Chevreul à propos des anneaux suspendus qu'on faisait dévier dans le sens désiré sans leur imprimer de mouvement conscient : ce sont les frémissements de la main du sujet, causés par des contractions fibrillaires involontaires, qui guident le chercheur vers l'objet caché. Il n'y a donc pas lieu d'admettre, comme on l'a fait, que les expériences de M. Cumberland démontrent la réalité de la suggestion mentale.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas de déformation et de sténose cicatricielle de la trachée, à la suite de l'usage prolongé d'une canule de trachéotomie, par M. George Lefferts. — Après avoir rapidement énuméré les dangers inhérents à l'emploi des canules de trachéotomie, l'auteur rapporte, sans commentaire, le cas suivant. Un étudiant en médecine, âgé de vingt-cinq ans, vint le consulter pour un sifflement particulier, qui accompagne chez lui l'inspiration, spécialement après un exercice, et une difficulté qu'il a à de certains moments à expulser, par l'expectoration, les mucosités accumulées dans sa trachée. Ces phénomènes sont anciens, ils le gênent peu, l'habitude ayant établi la tolérance. Le laryngoscope montre un rétrécissement de la partie supérieure de la trachée diminuant son calibre des deux tiers environ. Le consultant était d'ailleurs bien portant, frais en couleur; sa poitrine était très développée et il n'avait jamais éprouvé de gêne prononcée de la respiration. A l'âge de trois ans, atteint de croup, il avait été trachéotomisé. La canule avait été maintenue dans la plaie, sans intermission, pendant près de huit ans, on ne sait pour quelles raisons. (*The medical Record*, 24 avril 1884, p. 457.)

Sarcome des gaines synoviales, par Thomas M. Markoe. — L'auteur a eu occasion de voir, dans ces dernières années, trois cas d'affection des gaines synoviales de la plante du pied, qui d'abord lui parurent d'un diagnostic incertain, mais qui par la suite ne laissèrent aucun doute dans son esprit. Il s'agissait de dégénérescence sarcomateuse, dont on eut la preuve dans l'examen histologique. (*The New-York medical Journal*, 26 avril 1884, p, 467.)

Remarques cliniques sur l'amputation de la hanche, par M. Thomas Chavasse. — L'amputation de la hanche fut regardée comme impraticable jusqu'à l'année 1759, époque à laquelle l'Académie de chirurgie de Paris proposa ce sujet pour son grand prix et le décerna à un chirurgien du nom de Barbet. Ce n'est qu'en 1773 que l'opération fut pratiquée et c'est encore une question débattue que de savoir si le premier opérateur est un Français, M. Perrault, ou un Anglais, M. Thomson. Quoi qu'il en soit, tous les chirurgiens s'accordaient à contester l'utilité d'une semblable opération et l'éminent Pott disait en 1808 : « Je l'ai vu faire, et maintenant je suis très sûr que je ne la ferai jamais que sur le cadavre. » Depuis cette époque la pratique de la chirurgie a fait de grands progrès grâce aux anesthésiques, aux antiseptiques et à différents procédés hémostatiques, et aujourd'hui cette opération n'est pas regardée avec la même défiance.

Durant cette dernière année, quatre désarticulations de la hanche ont été pratiquées à l'hôpital de Birmingham, une par M. Jolly, les trois autres par l'auteur de cette note. Dans trois de ces cas, le résultat a été la guérison, dans le quatrième la mort est survenue, mais il est infiniment probable que, si le malade avait été opéré plus tôt, il eût guéri.

On n'a pas compté moins de quarante-quatre procédés d'amputation de la hanche, mais pratiquement on peut les réduire à deux; l'un s'adresse aux cas de tumeurs malignes dans lesquels il faut enlever le mal aussi complètement que possible; c'est alors, suivant l'auteur, la méthode de Gutherie qui convient le mieux avec ses lambeaux antérieur et postérieur; l'autre s'applique aux cas où la tête de l'os a déjà été excisée et dans lesquels l'ablation complète du membre est devenue nécessaire, le procédé préconisé par Furneaux Jordan offre alors de réels avantages.

Deux choses doivent surtout préoccuper le chirurgien, l'hémorrhagie et le shock.

M. Thomas Chavasse a fait deux de ses opérations par le procédé de Gutherie et la troisième par celui de Furneaux Jordan. Le premier procédé présente les avantages suivants : les muscles n'étant divisés qu'au fur et à mesure de la taille des lambeaux, on peut lier les vaisseaux lorsqu'ils se présentent; on laisse beaucoup moins de parties molles que dans tout autre procédé, ce qui est particulièrement désirable dans les cas de néoplasme.

La mortalité après l'amputation de la hanche est très grande; la statistique du docteur Sheppard, de Philadelphie, reposant sur six cent trente-trois faits dans lesquels l'opération a été pratiquée pour différentes causes, montre qu'elle est de 64,1 pour 100. Ces chiffres comprennent les résultats de la pratique militaire où la léthalité considérable atteint le chiffre de 87,3 pour 100; en s'en tenant à la pratique civile on trouve l'opération bien moins meurtrière, donnant 41,1 pour 100. (*The British medical Journal*, 3 mai 1884, p. 849.)

De l'emploi de la force dans le traitement du pied-bot, par M. E.-H. Bradford. — L'auteur reconnaît d'abord les avantages de la tarsotomie dans les pieds-bots anciens, mais à côté de ces avantages il signale les risques d'une semblable opération, qui n'est pas à la portée de tous les praticiens. Il conseille donc le redressement à l'aide de machine, après les sections préalables des tendons et des brides fibreuses, causes de la déformation. L'appareil redresseur qu'il propose est fort simple, il consiste en une large planche formant semelle, à laquelle est adapté un système de tiges susceptibles de presser sur les saillies osseuses et de les ramener en bonne position. S'il est nécessaire, on emploie l'anesthésie pour obtenir un redressement parfait. Après quelques semaines, l'appareil est remplacé par un bandage plâtré. Bradford termine son travail par un tableau résumant seize cas de pieds-bots traités par cette méthode, chez des enfants âgés de plus de quatre ans, à l'exception de trois ayant au-dessous de deux ans; dans dix cas le résultat a été parfait, dans trois cas il a été presque parfait, trois fois il a été mauvais. (*The medical Record*, 22 mars 1884, p. 316.)

Remarques sur les ruptures de la vessie, par M. Robert-F. Weid. — M. Weid rapporte d'abord le résultat des statistiques des auteurs peu nombreux qui se sont occupés de cette question, et conclut avec eux que les ruptures intrapéritonéales sont bien plus graves que les ruptures extrapéritonéales. Est-il donc possible, se demande-t-il ensuite, non seulement de porter le diagnostic de rupture du réservoir urinaire, mais encore de reconnaître son siège? La première partie du problème est assez aisée, mais il n'en est pas de même de la seconde; l'auteur étudie les quelques signes qui permettent la présomption en faveur de tel ou tel siège de la lésion; puis il examine les chances de l'opération, dont il se montre partisan. En terminant, il rapporte une observation de rupture extrapéritonéale, heureusement traitée par l'uréthrotomie périnéale et le drainage. (*The medical Record*, 29 mars 1884, p. 337.)

Rupture de l'estomac; mort; autopsie, par M. Vincent Jacksen. — Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans, qui reçut en plein abdomen un fragment de meule à émeri; apporté à l'hôpital une demi-heure après l'accident, il est dans le collapsus, les téguments sont décolorés et recouverts d'une sueur froide; pouls petit, régulier, 80. Abdomen tendu, surtout au niveau de l'épigastre. Très petite quantité d'urine sanguinolente retirée de la vessie avec la sonde. Quelques heures après, le malade se met à vomir des matières noirâtres et du sang pur. Mort dans la nuit. A l'autopsie trois ou quatre pintes de liquide rouge s'échappent de la cavité péritonéale; le péritoine est injecté; caillots sanguins dans les replis du grand épiploon et des épiploons gastro-splénique et gastro-hépatique. La face antérieure de

l'estomac présente près du pylore une rupture incomplète d'un pouce de long, le péritoine et la membrane muqueuse sont rompus, mais la tunique musculeuse est intacte; la face postérieure offre une rupture de deux pouces et demi de long, commençant à un pouce du pylore et s'étendant à gauche parallèlement à la petite courbure. Pâleur générale de tous les viscères.

L'auteur a rassemblé huit autres cas de rupture des parois de l'estomac. Dans deux cas la rupture fut le résultat de vomissements violents, les parois étant d'ailleurs saines; la rupture se trouvait près de l'extrémité cardiaque. Dans les six autres cas la rupture fut occasionnée par des violences extérieures; elle était située dans trois cas à l'extrémité pylorique, dans deux près de la grande courbure, et dans le dernier près de l'extrémité cardiaque. Dans un cas la mort fut instantanée; dans les autres, elle survint quelques heures après et fut précédée de vomissements de sang. (*The Lancet*, 8 mars 1884, p. 425.)

Travaux à consulter.

De l'opération du varicocèle, par M. Zesas. — Un cas d'extirpation du paquet veineux, avec ligature de l'artère spermatique interne. Guérison. (*Wien. med. Woch.*, 1884, n° 14.)

Nouvelle préparation mercurielle, par M. Sigmund-Lustgarten. — Il s'agit du tannate de mercure, administré chaque jour à doses de 1 milligramme (avec quatre parties de sucre de lait), une heure après les repas : au total 3 à 4 milligrammes par jour. L'auteur se loue beaucoup de son emploi dans les douze cas qu'il publie. — On ne saisit pas très bien les avantages de cette préparation sur celles qui sont habituellement usitées. (*Wien. med. Woch.*, 1884, n° 14.)

Traitement de l'otite suppurée, par M. K. Burkner. — L'auteur recommande le précipité rouge et le sublimé : le premier en poudre dans les grosses perforations avec sécrétion minime; le second, en injection ou en instillations. (*Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 1.)

Modification périodique de la couleur des cheveux, par M. Reinhardt. — Petite fille idiote de treize ans, chez laquelle la chevelure était d'un blond jaunâtre clair pendant huit jours, d'un roux doré sombre pendant la semaine suivante. Tout soupçon de simulation doit être écarté. L'examen histologique montra que les cheveux clairs contenaient beaucoup d'air, surtout dans la substance médullaire: les cheveux sombres n'en contenaient point. L'auteur attribua ces variations à des troubles trophiques en rapport avec l'état cérébral de la malade. (*Virchow's Archiv.*, t. XV.)

Traitement du rachitisme par le phosphore, par M. Kassowitz. — Depuis 1879 l'auteur emploie le phosphore contre le rachitisme et se déclare satisfait. La dose de 1/2 milligramme par jour suffit, même pour un enfant d'un certain âge. On peut administrer le médicament avec l'huile de foie de morue (600 grammes pour 1 milligramme de phosphore) ou de la façon suivante (huile d'amandes 30 grammes, phosphore 1 milligramme, gomme arabique et sucre āā 15 grammes, eau distillée 40; 1-2 cuillerées à café par jour). Un grand nombre d'observations cliniques semblent démontrer l'utilité de ce mode de traitement. (*Zeitsch. für klin. Med.*, VII.)

Tumeur intrastomacale composée de cheveux. — Gastrotomie, par M. Schœnborn. — Une jeune fille de quinze ans, souffrant depuis plusieurs années de maux d'estomac, présentait une tumeur abdominale, attribuée à un rein mobile. L'opération décidée, il se trouva à l'ouverture de l'abdomen que la tumeur était dans l'estomac lui-même et se composait d'un feutrage de cheveux, long de 13 centimètres 1/2, large de 10 centimètres 1/2, épais de 6 centimètres, pesant 281 grammes. La jeune fille, complètement guérie au bout de trois semaines, avoue avoir pendant toute une année mâché énergiquement sa chevelure. — Ce cas n'est pas unique et l'auteur en a rassemblé sept observations. Toutes ces malades moururent soit de vomissements incoercibles, soit de péritonite suite de perforation. (*Archiv. für klin. Chir.*, t. XXIX.)

BIBLIOGRAPHIE

Clinique médicale, par le docteur Noël Gueneau de Mussy. Tome III, Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1884.

En rendant compte il y a sept ans (*Gazette hebdomadaire*, 1877, p. 46) de la première partie de cet important ouvrage, qu'un intérêt d'actualité en avait distraite pour la faire paraître séparément, nous n'hésitions point à prédire au *Traité de la fièvre typhoïde*, dont M. N. Gueneau de Mussy annonçait la publication, un grand et légitime succès. Les retards que des raisons diverses ont apportés à la publication de cette analyse, nous permettent aujourd'hui de constater, par l'appréciation unanime de la presse médicale, que nous ne nous étions pas trompés.

Tous les médecins ont lu, ils ont souvent consulté les deux recueils de *Clinique médicale* dus à l'infatigable activité de notre éminent confrère. Comme la plupart des livres du même genre, ils contenaient une série de leçons ou de recherches cliniques dont la variété augmentait l'intérêt et qui, appartenant à un clinicien de premier ordre, à un médecin aussi ingénieux qu'érudit et expérimenté, sollicitaient la critique par un grand nombre d'aperçus nouveaux et de découvertes personnelles. Aujourd'hui le troisième volume de cette *Clinique médicale* ne s'occupe que d'une seule maladie. Mais cette maladie est la fièvre typhoïde, et nul, croyons-nous, ne se plaindra que M. N. Gueneau de Mussy ait cru devoir lui consacrer tant de pages. Il serait difficile, en effet, de retrancher un seul chapitre de cette étude si consciencieuse, si autorisée. Mais il est plus difficile encore de l'analyser dans ses détails. Un livre aussi complet, aussi impartial au point de vue de l'érudition, aussi sage dans ses considérations théoriques et dans ses conclusions thérapeutiques, ne peut être disséqué chapitre par chapitre. Il faut le lire d'un bout à l'autre, et, quand on l'a attentivement étudié, il importe de le relire toutes les fois qu'à propos d'un cas difficile de la pratique journalière, on se trouve amené à consulter les traités classiques. C'est dire que, dans ce nouvel ouvrage — qui ne sera pas, nous l'espérons bien, le dernier de ceux que nous devrons à ce maître si laborieux — on trouvera un exposé aussi détaillé que précis de toutes les publications anciennes et récentes sur un sujet inépuisable; c'est constater aussi que les recherches personnelles de l'auteur, sa longue expérience et son tact médical donnent à tous les points litigieux de cette étude des solutions intéressantes à connaître.

Nous n'avons point à apprécier ici la première partie de ce livre, celle qui traite de l'étiologie et de la prophylaxie de la fièvre typhoïde. Nous en avons dit autrefois ce que nous en pensions, et les nouvelles discussions académiques qui ont eu lieu sur ce sujet ont justifié quelques-unes de nos conjectures. Nous nous attacherons donc surtout à la partie clinique de l'œuvre. Après quelques pages d'historique, M. N. Gueneau de Mussy consacre un court chapitre à la *théorie de la maladie*. Due à un principe spécifique qui, le plus souvent, sinon toujours, tire son origine d'un organisme atteint déjà de la fièvre typhoïde, celle-ci évolue par poussées successives variant d'intensité suivant les degrés de la réceptivité individuelle et de la réaction de l'organisme vivant. Toutes les nuances de la maladie, toutes ses formes s'expliquent par l'énergie de l'agent infectieux et la résistance ou la réceptivité de l'organisme, aussi bien que par les

aptitudes constitutionnelles ou accidentelles qu'il apporte à l'évolution morbide.

Nous n'avons certes rien à reprendre à cette doctrine; mais peut-être aurait-elle pu être complétée par l'examen approfondi des questions que soulève aujourd'hui la doctrine microbienne. M. N. Gueneau de Mussy n'a point manqué, sans doute, d'exprimer, mais dans une autre partie de l'ouvrage, son opinion à cet égard. Il l'a fait en termes très explicites dans une note de la page 545, à propos des études et des recherches de M. Bouchard. « Tout porte à supposer, dit-il, que le principe infectieux de la dothinenthérie, comme ceux des maladies infectieuses, est constitué par un micro-organisme microscopique. Mais tant qu'on n'aura pas démontré par la méthode pastorienne, c'est-à-dire par la culture et par l'inoculation, la nature *spécifique* des microbes qu'on peut rencontrer chez les dothinentériques, on aura le droit de se demander si les lésions observées ne sont pas la condition de leur développement au lieu d'en être l'effet. » D'autres questions pourraient encore être posées. Quel est, dans le processus typhoïdique, le rôle des ulcérations intestinales? Faut-il admettre qu'un certain nombre des accidents observés sont dus à la résorption, à la surface de ces ulcérations, des produits septiques provenant de la fermentation des matières fécales? Et la septicémie dothinenthérique ne dépendrait-elle pas dès lors tout aussi bien de l'action du poison fécal que de l'existence de gangrènes intestinales ou cutanées? Maladie générale d'emblée, se portant sur plusieurs organes tout à la fois, ne déterminant dans l'intestin que des lésions secondaires, consécutives à l'imprégnation typhoïdique de tout l'organisme, la fièvre typhoïde n'a-t-elle pas les plus grandes analogies avec les fièvres éruptives, la diphthérie, etc.? Il nous suffit de poser ces questions, dont la discussion approfondie nous entraînerait trop loin.

Arrivant à la description clinique de la maladie, M. Gueneau de Mussy critique la division en périodes admise par Hamernyk et défendue avec tant de talent d'abord par Hirtz et ses élèves, puis par M. Jaccoud. La division qu'il accepte est peut-être moins séduisante au point de vue de l'exposition dogmatique. Elle est plus conforme à la réalité des faits cliniques. La première période ou période prodromique, propyrétique, est considérée par la plupart des observateurs comme précédée de signes précurseurs. M. N. Gueneau de Mussy déclare avoir observé un très grand nombre de cas dans lesquels, sans aucun prodrome, la maladie débutait d'emblée avec ses caractères les plus intenses. « Les invasions brusques, dit-il, ont été aux invasions graduelles comme 160 : 100. » Dans la bouche d'un observateur aussi consciencieux et aussi sagace, cette affirmation, bien qu'elle contredise ce que nous pensions jusqu'à ce jour, doit être prise en sérieuse considération. Malheureusement nous n'avons point vu indiquer si, dans ces cas à invasion brusque, la température fébrile était dès les premiers jours à son maximum d'élévation, ou bien si elle suivait la marche graduellement et progressivement ascendante que l'on considère comme devant caractériser la période prodromique. Que d'observations intéressantes on pourrait faire à ce point de vue? Les cas où la maladie débute brusquement par une hémorrhagie intestinale profuse (nous en avons observé il y a peu de temps un exemple des plus remarquables) et évolue ensuite comme si l'hémorrhagie s'était manifestée dès les premiers jours de la fièvre typhoïde, rentrent-ils dans la catégorie des fièvres à invasion brusque? Mais que de fois on pourrait, dans ces cas exceptionnels, reconnaître un ou plusieurs jours avant l'invasion des accidents graves soit un degré plus ou moins marqué d'hypertrophie splénique, ou bien des symptômes abdominaux, ou encore, par une analyse minutieuse de la température, un état fébrile inconscient, mais des plus manifestes? C'est bien ce qui nous était arrivé. Très intelligente et très attentive, la malade avait, se disant dans un parfait état de santé, reçu de nombreuses visites et paru à tous ceux qu'elle avait entretenus aussi bien portante qu'elle le déclarait elle-même. Nous l'avions vue dans la soirée, un peu fatiguée, un peu fébricitante, mais affirmant toujours qu'elle n'était point malade. L'état du pouls, l'examen de la rate qui était manifestement plus développée qu'à l'état normal, l'aspect de la langue, le facies nous avaient fait exprimer quelques réserves. Quelques heures plus tard la malade était atteinte d'une hémorrhagie intestinale de plus d'un litre suivie d'une syncope prolongée, et la fièvre typhoïde qui évolua ensuite et qui fut très grave dura près de deux mois.

Nous n'insisterons pas sur la description générale de la maladie. Et cependant nous aurions à relever dans les indications données par M. Gueneau de Mussy bien des caractères importants à noter et trop souvent méconnus par les médecins qui n'observent pas avec la même attention; par exemple l'état du pouls si variable dans la position horizontale ou dans la station assise, l'influence du refroidissement causé par le milieu ambiant et en particulier le refroidissement périphérique, ou encore l'état des troubles de la nutrition si différents suivant le traitement institué, ou enfin l'étude si approfondie des formes variées de la dothinentérie et des rapports qu'il faut admettre entre les fièvres dites inflammatoires ou synoques et la fièvre typhoïde. Nous devrions citer un à un tous les chapitres qui traitent successivement des troubles de la nutrition, des fonctions digestives, des appareils respiratoire, circulatoire, nerveux, urogénital, etc. On y trouvera à chaque page des remarques neuves et des observations personnelles. Mais, contraint de nous limiter, nous préférons signaler plus particulièrement l'étude du traitement. C'est, en effet, si l'on se place au point de vue pratique, celui qui doit avant tout préoccuper les malades, par la thérapeutique d'une maladie dont les indications sont essentiellement variables que l'on peut juger la sagacité et l'expérience d'un médecin. Il n'y a pas, en thérapeutique, de petits moyens. Cet aphorisme de Trousseau, répété par M. N. Gueneau de Mussy, reste vrai en ce qui concerne la fièvre typhoïde. Aussi longtemps que l'on n'aura pas trouvé, pour cette maladie, un spécifique semblable à celui qui guérit la malaria, nous irions volontiers jusqu'à dire alors même que l'on aura découvert un spécifique, les questions d'hygiène, de régime diététique, de thérapeutique usuelle seront plus intéressantes encore à étudier. C'est par les petits soins, par les petits moyens, que l'on sauve les malades, et c'est la connaissance, l'application méthodique et régulière, l'appréciation de ces petits moyens qui fait le succès du médecin. Que de fois, non seulement dans le monde, mais encore parmi les médecins, on s'étonne du succès de tel ou tel praticien, de tel ou tel médecin consultant qui semblent n'avoir, pour obtenir ou conserver le succès professionnel ni les positions officielles, ni même les titres scientifiques de plusieurs de leurs collègues. Si l'on y regarde de près, on s'apercevra souvent que ces succès durables et mérités — nous ne parlons pas ici du renom éphémère des *habiles* de la profession, — sont dus à une attention scrupuleuse des indications morbides, à un art médical développé par l'observation et l'expérience au moins autant qu'aux connaissances scientifiques et même au dévouement et à l'abnégation nécessaires à tous ceux qui désirent obtenir la confiance des médecins et des malades. Lorsque, comme M. N. Gueneau de Mussy, on a parcouru une carrière brillante et honorée, il est bon de ne pas craindre d'insister, en matière thérapeutique, sur les petits moyens, sur les petits détails et c'est pourquoi nous aimons à signaler dans la première partie de sa thérapeutique toute la partie relative au régime, aux moyens hygiéniques, à l'usage de certains aliments et de certaines boissons, etc. Arrivant aux méthodes thérapeutiques, si souvent conseillées et regardées comme exclusives les unes des autres, M. N. Gueneau de Mussy, examinant successivement les trai-

tements par le calomel ou par les purgatifs à hautes doses, par l'alcool et le quinquina, par le sulfate de quinine, par les antiseptiques (acide salicylique, acide phénique, résorcine, etc., etc.), ou encore la médication antiphlogistique ou la médication antithermique de Brandt, arrive à montrer les indications et le plus souvent les contre-indications de chacune d'elles. Aussi sa thérapeutique est-elle et reste-t-elle toute symptomatique. Ne pouvant atteindre directement le principe infectieux de la maladie, ni arrêter son évolution, il faut, dit-il, se borner : 1° à placer le malade dans des conditions hygiéniques favorables ; 2° à modérer les symptômes toutes les fois que leur intensité devient une souffrance ou un danger; 3° à prévenir ou à combattre les complications; 4° enfin à surveiller attentivement la marche, l'évolution, surtout les irrégularités d'une maladie essentiellement variable dans ses manifestations. Ces trois sources d'indication sont successivement étudiées. M. Gueneau de Mussy parle successivement de l'emploi des vomitifs, des purgatifs, du traitement de la diarrhée, du météorisme, de la fièvre, des troubles de l'innervation, etc. Il examine également comment il faut combattre les diverses complications de la maladie, comment on arrive à les guérir. C'est en vain qu'on rechercherait dans ce livre comme dans certains autres ouvrages des formules rigoureuses et en quelque sorte mathématiques, applicables à tous les cas et préconisées par leurs inventeurs avec un rigorisme qui n'a rien de scientifique. M. Gueneau de Mussy expose avec précision, netteté, franchise le résultat de sa pratique. Il juge avec calme et sagacité ce qu'ont dit, ce qu'ont proposé tous ceux qui se sont occupés du traitement de la fièvre typhoïde. Il parle en clinicien, non en inventeur de panacées. Lorsqu'il recommande une médication de préférence à une autre, c'est avec les réserves qu'impliquent, dans certains cas particuliers, la forme de la maladie ou l'état du malade. Son livre restera; il sera lu par tous les médecins; il sera utile à tous ceux qui n'ont aucun parti pris d'avance et qui sont soucieux de bien soigner leurs malades. Cette histoire de la fièvre typhoïde, l'une des meilleures et certainement la plus complète qui ait jamais été écrite, fait donc le plus grand honneur à la médecine française.

L. Lereboullet.

Dictionnaire usuel des sciences médicales, par MM. A. Dechambre, Mathias Duval, L. Lereboullet. — Un fort volume in-4°, de 1750 pages. — Paris, G. Masson, 1884.

Un sentiment de réserve que chacun comprendra nous empêchant d'insérer dans la *Gazette hebdomadaire* une analyse bibliographique de cet ouvrage qui paraît aujourd'hui, nous avons cru pouvoir au moins, en l'annonçant, reproduire la plus grande partie de la préface des auteurs.

« Rédigé en vue de rendre plus accessible, en le présentant sous forme alphabétique, le résumé de toutes les connaissances nécessaires au médecin, le *Dictionnaire usuel des sciences médicales* est un livre nouveau qui diffère de ceux qui l'ont précédé par son plan, par la méthode qui a présidé à la rédaction des articles qu'il renferme, par l'étendue donnée à certains genres d'articles. La plupart des anciens dictionnaires abrégés de médecine et de chirurgie étaient surtout des lexiques. Ils contenaient un très grand nombre de mots que l'on retrouve dans tous les dictionnaires de la langue française; mais ils se bornaient à donner des termes de la nomenclature médicale une définition plus ou moins précise, plus ou moins détaillée. On ne saurait y trouver que très exceptionnellement à propos de chaque organe une description suffisante des lésions ou des maladies dont celui-ci est atteint, à propos de chaque maladie l'exposé de tout ce qu'il est essentiel de connaître aux points de vue de l'étiologie, de la séméiologie, du diagnostic et de la thérapeutique. Nous nous sommes efforcés, au contraire, de résumer dans ce Dictionnaire ce qu'on ne cherche le plus souvent que dans les traités ou les manuels de pathologie générale ou spéciale. C'est ce qui explique l'étendue de nombre d'articles de *médecine* et de *chirurgie* ou encore d'*obstétrique*, d'*ophthalmologie*, d'*otologie*, de *laryngologie*, etc.

» Écrivant à une époque où chacun se préoccupe davantage de tout ce qui touche aux études de biologie et de médecine, nous avons donné tous les développements nécessaires non seulement à ces questions de pathologie et de clinique, mais encore aux articles de *psychologie*, de *physiologie* et de *pathologie générales*, de *jurisprudence médicale*, de *médecine légale*, d'*hygiène*, d'*anthropologie* et d'*ethnologie*, de *météorologie*, de *climatologie*, de *déontologie médicale*, etc.

» Désireux de conserver à ce livre un caractère scientifique, nous avons évité avec soin de résoudre à un point de vue doctrinal et exclusif les questions de *physiologie* et de *pathologie générales* et surtout celles de *psychologie* qui sont encore controversées. Ces dernières ont été l'objet d'une attention toute particulière. Pour la première fois on trouvera, dans un livre destiné aux médecins, des notions de psychologie qui donnent des définitions exactes et précises de tous les mots du langage philosophique et des résumés aussi clairs que possible de ce qui ne peut être contesté par aucun philosophe impartial.

» Afin d'offrir aux médecins qui en ont oublié les éléments, et à tous ceux qui s'occupent de questions scientifiques, ou encore aux étudiants qui préparent leurs examens un exposé complet des sciences trop souvent encore appelées accessoires à la médecine, nous avons consacré un très grand nombre d'articles aux sciences physiques, chimiques et naturelles...

» Enfin, et c'est encore là une innovation que nous croyons utile, nous avons donné dans ce Dictionnaire l'indication, plus complète qu'en aucun autre ouvrage, même spécial, des *eaux minérales* et des stations thermales ou maritimes de la France et de l'étranger.

» Voilà ce que nous avons essayé de faire au point de vue descriptif.

» Mais un ouvrage de ce genre ne pouvait être didactique sans être en même temps lexicologique. Il devait, pour rendre les recherches plus faciles, ne pas négliger l'énumération ou la définition des mots que, dans la lecture d'un traité de notre art, on est exposé à rencontrer. Pour y arriver, il fallait apporter à cette partie de notre tâche un certain esprit critique. Afin d'être complets sans dépasser le cadre d'un volume déjà bien compact, nous avons cru devoir supprimer un grand nombre de mots aussi barbares que peu usités et qui devraient disparaître du langage médical... En revanche nous avons tenu à donner la signification d'un assez grand nombre de mots, maintenant hors d'usage, mais qui se présentent souvent dans la lecture des auteurs anciens...

» Nous ne nous étions point dissimulé les difficultés de l'œuvre que nous présentons au public. Nous ne méconnaissons donc pas les imperfections qu'elle peut présenter ; il nous suffisait d'essayer, et nous espérons y être parvenu, de faire mieux que nos devanciers et de rendre tout à la fois plus court et plus complet un livre qui devra résumer, pour les étudiants, le plus grand nombre des traités classiques ou des manuels qu'ils ne peuvent avoir toujours sous les yeux.

» Il nous faut, avant de terminer cette préface, remercier les collaborateurs qui nous ont aidés dans notre tâche si laborieuse. M. le docteur Hahn, bibliothécaire adjoint à la Faculté de médecine, est l'un de ceux à qui nous devons le plus. C'est lui qui, avec l'un de nous, a relu toutes les épreuves, remanié bien des manuscrits de ce Dictionnaire et

dirigé la publication des articles consacrés aux sciences physiques, chimiques et naturelles. Le plus grand nombre de ces articles ont été écrits par lui-même ou, sous sa direction, par MM. E. Lefèvre, E. Simon et A. Vidau. La botanique et l'entomologie ont été dirigées par M. Lefèvre. Presque tous les articles d'anthropologie sont de M. le docteur Letourneau. Nous devons à M. le docteur Burlureaux un grand nombre d'articles relatifs à la pathologie mentale et plusieurs articles importants de pathologie spéciale; à M. le docteur Charvot divers articles de pathologie chirurgicale; à M. le docteur André Petit et à M. le docteur Ménard plusieurs articles de pathologie interne ou externe, à M. le docteur Louis Vacher un certain nombre des articles relatifs aux maladies des yeux et les articles Parole, Phonation, Voix. Enfin la plupart des articles de psychologie, si remarqués déjà dans les premiers fascicules de ce Dictionnaire, ont été écrits par M. V. Egger, professeur à la Faculté des lettres de Nancy.

Index bibliographique.

Étude clinique et expérimentale sur la vision mentale, par le docteur Georges Crouigneau. Thèse de Paris, 1884. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — « La vision mentale est, d'après l'auteur, une faculté intellectuelle qui consiste à percevoir et à concevoir les impressions qui viennent frapper notre rétine. » C'est à établir nettement son existence en s'appuyant sur la physiologie expérimentale et sur les résultats des investigations cliniques et anatomo-pathologiques, c'est à étudier et à différencier les divers symptômes morbides auxquels ses troubles peuvent donner lieu que le docteur Crouigneau a consacré son intéressant travail. Le premier chapitre, après un rapide historique de la question, renferme l'étude physiologique de la vision mentale d'après les travaux de Munk, Goltz, Ferrier, et d'après les expériences propres de l'auteur. Dans le second chapitre sont traitées les altérations morbides et l'anatomie pathologique de la vision mentale des objets (cécité psychique. cécité corticale); dans le troisième, celles de la vision mentale des signes (cécité verbale). Les centres de la vision mentale paraissent résider dans l'écorce des parties postérieures du cerveau : pour la vision mentale des objets, au niveau des lobes occipitaux, du gyrus annulaire; pour celle des signes, au niveau du lobule pariétal inférieur gauche, avec ou sans participation du lobule du pli courbe. Les faits cliniques démontrent que la cécité psychique et corticale, ou l'altération de la vision mentale des objets s'observe surtout chez les paralytiques généraux comme conséquence de la méningo-encéphalite, tandis que la cécité verbale est l'apanage des apoplectiques, et résulte ordinairement d'un ramollissement produit par thrombose ou embolie d'une des branches de la sylvienne gauche. D'ailleurs la perte de ces différentes mémoires peut se réparer, au moins en partie, par une sorte de rééducation des centres nerveux encore en relation avec le sens de la vue, grâce aux autres sens, et, en particulier, aux notions fournies par le toucher.

VARIÉTÉS

Association générale des étudiants. — On nous prie d'insérer la lettre suivante :

Le Comité de l'Association ayant pour titre : *Association générale des étudiants des Facultés et Ecoles supérieures de Paris*, a l'honneur de vous informer de la fondation définitive de cette association.

Cette association a pour but : 1° d'établir entre les étudiants des différentes Ecoles un lien de parfaite solidarité et un centre de relations amicales et fraternelles; 2° de leur permettre de s'entr'aider dans les difficultés matérielles de la vie; 3° de réunir et de défendre les intérêts communs à tous les étudiants; 4° d'unir les étudiants dans l'intérêt de leurs études et dans la recherche des moyens de les perfectionner; 5° d'élaborer les questions relatives à l'enseignement des Ecoles dont les membres de l'Association font partie : améliorations, créations nouvelles, matières à réformer, etc., enfin tout ce qui a rapport avec l'enseignement pratique et théorique des différentes Ecoles.

Voici la liste des Facultés et Ecoles supérieures pouvant faire partie de l'Association :

Lettres. — Facultés de droit, des lettres, de théologie; Ecoles nationale des chartes, spéciale des langues orientales vivantes, pratique des hautes études.

Sciences. — Facultés de médecine, des sciences; Ecoles de pharmacie, centrale des arts et manufactures, nationale des mines, des ponts et chaussées; Institut agronomique.

Art. — Ecole des beaux-arts; Conservatoire.

Eugène Boureau,
15, rue Linné.

Nécrologie : Bouisson. — Les Facultés de médecine viennent de faire deux pertes très regrettables.

La première est celle de M. Bouisson, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, doyen honoraire, ancien député à l'Assemblée nationale, qui a succombé, dans cette ville, à une maladie du foie, à l'âge de soixante et onze ans.

Né à Mauguio (Hérault), le 14 juin 1813, Frédéric Bouisson fit ses études à Montpellier. Premier agrégé au concours de chirurgie en 1836, il fut nommé, en 1837, professeur de physiologie à la Faculté de Strasbourg et rappelé, en 1840, à celle de Montpellier. En 1851, il concourut pour la chaire de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, qui fut obtenue par Nélaton. Correspondant de l'Institut en 1863, il est devenu doyen de la Faculté de médecine de Montpellier en 1868. Conseiller municipal de cette ville en 1847, en 1860, en 1866, en 1870, il fut élu le 8 février 1871 représentant de l'Hérault à l'Assemblée nationale. Il vota constamment avec le centre droit, repoussa l'amendement Wallon, mais adopta l'ensemble des lois constitutionnelles. Il ne se représenta pas aux élections pour la Chambre et le Sénat. M. Bouisson a été promu officier de la Légion d'honneur le 12 août 1864. Il était l'auteur de nombreux ouvrages de médecine fort estimés.

La deuxième est celle de M. le docteur Quissac, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, praticien aussi érudit qu'expérimenté.

— On nous annonce aussi la mort du docteur Lemoye, d'Elliers (Eure-et-Loir), du docteur Angus Smith, chimiste anglais, bien connu par ses travaux sur la falsification des vins et la composition de l'air dans les grandes villes, et de M. le docteur P.-J.-S. Gazagnaire, de Cannes.

Herborisation. — M. Chatin, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 1er juin dans les bois de Clamart-Meudon. Le départ s'effectuera de la gare Montparnasse à 11 heures, pour la station de Clamart.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le docteur Auguste Voisin a recommencé ses conférences sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 25 mai 1884, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure. Ces conférences comprennent toute la pathologie nervoso-mentale. Présentation de malades.

Mortalité a Paris (21e semaine, du 16 au 22 mai 1884). — Fièvre typhoïde, 49. — Variole, 1. — Rougeole, 43. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 48. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 67. — Phthisie pulmonaire, 208. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 62. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 49. — Bronchite aiguë, 32. — Pneumonie, 74. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 29; au sein et mixte, 17; inconnu, 7. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 99; de l'appareil circulatoire, 66; de l'appareil respiratoire, 86; de l'appareil digestif, 54; de l'appareil génito-urinaire, 18; de la peau et du tissu laminoux, 6; des os, articulations et muscles, 7. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 7. — Total : 1097.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

THÉRAPEUTIQUE

La médication chlorhydro-pepsique dans les dyspepsies.

L'emploi de la médication chlorhydro-pepsique dans les dyspepsies est aujourd'hui trop connu pour qu'il soit utile de rappeler l'action rapide et énergique de ce traitement dans ces états pathologiques. Les nombreux faits cliniques signalés dans ces dernières années par MM. Archambault, Bouchut, Dujardin-Beaumetz, Ch. Fremy, Gubler, Huchard, Lucas-Championnière, Troisier, etc., etc., sont venus mettre hors de doute l'efficacité de cette médication, qui, suivant l'expression de l'un des expérimentateurs, est venue combler une lacune de la thérapeutique.

Étant admis que la dyspepsie avait pour cause essentielle l'insuffisance des ferments digestifs, la composition spéciale de l'élixir chlorhydro-pepsique devait, à priori, engager les praticiens à administrer cette préparation pour combattre les différentes formes de dyspepsie. La pepsine-chlorhydrique, qui en constitue la base, supplée à l'insuffisance du suc gastrique, tandis que les amers qui lui sont associés stimulent la vitalité de tout l'appareil digestif.

C'est en s'appuyant sur les découvertes physiologiques et cliniques que M. Grez a institué cette médication, qui a donné des résultats si remarquables, même dans des cas de dyspepsies rebelles extrêmement graves, ainsi que dans les troubles gastro-intestinaux des enfants. En raison de l'action énergique de cette médication, il est bon de tâter la susceptibilité des malades et de commencer par une cuillerée à bouche, à chaque repas, chez l'adulte et une cuillerée à dessert pour les enfants. Chaque cuillerée à bouche contient 50 centigrammes de pepsine.

D'ailleurs, comme les faits cliniques indiquent mieux que les théories la valeur thérapeutique d'un traitement, nous allons résumer quelques observations qui nous ont semblé intéressantes.

J'ai expérimenté, dit M. le docteur de Lichtemberg, l'élixir chlorhydro-pepsique Grez chez une malade, dyspeptique depuis longtemps; après cinq jours de ce traitement, j'ai pu noter une amélioration marquée, les vomissements avaient cessé, l'appétit était revenu et au bout de quinze jours ma malade était guérie.

Un autre malade également dyspeptique, qui était en butte à une anorexie rebelle, avec renvois, gonflement douloureux de la région épigastrique après les repas, fut grandement amélioré après quelques jours de ce même traitement.

J'ai expérimenté sur moi-même, dit M. le docteur Robert de Meyrueis, l'élixir chlorhydro-pepsique et j'ai obtenu un résultat inespéré; mes digestions étaient presque impossibles, et me causaient des douleurs atroces de l'estomac; l'usage de cette préparation m'a rapidement guéri.

L'observation suivante est due à M. le docteur P. Stephanopolis, de Sidi-Merouan. Le nommé F..., trente-cinq ans, tempérament nervoso-bilieux, souffre depuis trois ans d'une dyspepsie flatulente. Il a toujours eu des digestions difficiles avec tympanisme stomacal et douleur aiguë après les repas. Les divers traitements auxquels il a été soumis ne lui avaient procuré que de bien faibles soulagements. J'ai eu recours à l'élixir chlorhydro-pepsique, et après huit jours de traitement, les accidents dyspeptiques ont cessé, les fonctions digestives ont repris leur cours régulier. Aujourd'hui mon malade mange avec appétit, digère bien, et il ne me reste qu'à m'applaudir d'avoir employé cette excellente préparation.

Une de mes malades, écrit M. le docteur Gayraud, était affectée d'une dyspepsie flatulente très rebelle, contre laquelle ont été employés sans succès une infinité de moyens. Pendant plus de quatre mois, ma malade n'avait pu prendre que du jus de viande et du bouillon. Quelques aliments très légers ont été essayés à diverses reprises, mais j'ai dû y renoncer chaque fois. C'est alors que j'ai eu recours à l'élixir chlorhydro-pepsique Grez. Au bout de huit jours, une amélioration sensible me permet d'affirmer que le mieux le plus considérable apporté à l'état de ma malade est dû à l'emploi de cette médication. Aujourd'hui, grâce à l'élixir chlorhydropepsique, la malade fait deux repas par jour sans trop de fatigue, et j'ose compter sur une guérison complète.

L'élixir chlorhydro-pepsique, dit M. le docteur Jouanneau, est une excellente préparation qui m'a personnellement admirablement réussi. Depuis que j'en fais usage, l'appétit est revenu, la dénutrition a cessé et l'embonpoint fait des progrès. Ces résultats sont d'autant plus remarquables, que les nombreux traitements que j'avais essayés ne m'avaient donné aucun soulagement.

Je ne connais pas, dit M. le docteur Courtois, de médication plus efficace pour combattre l'anorexie si fréquente chez les anémiques, que l'élixir chlorhydro-pepsique : quelques jours de traitement suffisent pour réveiller l'appétit et régulariser les digestions.

Ces quelques observations suffisent largement pour montrer la valeur thérapeutique de cette médication et justifient l'opinion de l'un des savants observateurs, le docteur Morat, qui termine une série d'observations très intéressantes en disant qu'il n'y a pas dans l'état actuel de la science de traitement plus efficace et plus rationnel pour combattre les dyspepsies.

Dr P. G. Robert.

THÉRAPEUTIQUE

Du meilleur moyen d'administrer le salicylate de soude.

L'histoire si récente et déjà si remplie de la médication salicylée est trop connue pour qu'il soit nécessaire de la faire à nouveau.

Les succès obtenus dès le début ont encouragé les praticiens, et beaucoup d'entre eux se sont mis à l'œuvre pour vérifier les résultats énoncés. En très peu de temps, MM. Hérard, Hardy, Oulmont, Gueneau de Mussy et Jaccoud ont apporté à la tribune de l'Académie de médecine le fruit de leur expérience. Ils ont reconnu que le salicylate de soude, pur et administré sous une forme convenable, était le médicament le plus efficace que l'on ait employé contre le rhumatisme articulaire aigu ou chronique, les nodosités d'Aberdeen et certaines affections goutteuses.

« Aujourd'hui, dit M. le professeur Vulpian (1), il y a accord unanime sur l'efficacité de l'emploi du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, et ce serait du temps perdu que de rapporter de nouveaux faits plus ou moins analogues à ceux que chaque médecin a pu observer dans sa propre pratique.

» Le salicylate de soude pur produit de très bons effets dans le traitement des accès aigus de goutte. Il guérit souvent ces accès en peu de jours, aussi rapidement que les attaques de rhumatisme articulaire aigu. »

D'après le docteur Compagnon (2) : « Le salicylate de soude peut et doit être employé dans le traitement du rhumatisme noueux, toutes les fois que l'état de la circulation centrale ou des reins ne vient pas le contre-indiquer. »

Non seulement il calme les douleurs, mais encore il permet aux articulations de reconquérir une partie des mouvements perdus et il enraye la marche de la maladie.

« Seulement, ajoute le docteur Compagnon, souvent le salicylate de soude étant impur, il sera essentiel de s'assurer de la qualité du médicament. »

Une discussion intéressante s'est élevée sur ce point à la Société de médecine de Paris : M. le docteur Charrier, après avoir rappelé les succès constants obtenus dans le traitement du rhumatisme par l'administration du salicylate, s'exprime ainsi : « J'ai, dans mon service à l'Imprimerie nationale, une malade qui est atteinte de nodosités d'Aberdeen, avec déformation des doigts et douleurs atroces; elle prend, depuis deux ans, 4 grammes par jour de salicylate, les douleurs ont disparu, les nodosités n'ont plus augmenté et la malade a pu continuer son travail sans interruption » ; puis il ajoutait : « Une chose aussi est à considérer : c'est la pureté du médicament, aussi me suis-je toujours servi avec avantage de la Solution Clin au salicylate de soude. Le salicylate que Clin emploie est d'une pureté parfaite, préparé avec le plus grand soin. C'est un médicament dans lequel on peut avoir toute confiance. »

(1) *Journal de pharmacie et de chimie*, décembre 1880 : Revue médicale, par M. le professeur Vulpian, doyen de la Faculté de médecine de Paris : *Du mode d'action du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.*

(2) *De l'utilité du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme noueux.* Paris, 1880.

M. Géry a corroboré cette affirmation en termes catégoriques : « J'ai employé, a-t-il dit dans la même séance, le salicylate de soude aux mêmes doses et dans les mêmes conditions que vous, et comme vous j'ai eu des succès et des revers. Frappé de la persistance de ces derniers chez certains malades qui me semblaient être dans les meilleures conditions pour se bien trouver du traitement, j'ai cru devoir attribuer l'insuccès à la préparation plus ou moins mauvaise du médicament, et, après des essais comparatifs, je suis convaincu qu'il faut attribuer une grande importance à la manière dont le salicylate est préparé, et que toutes les pharmacies ne le livrent pas suffisamment pur. Je me trouvais dernièrement en consultation avec mon excellent confrère et ami M. Millard, qui me disait qu'avec une préparation toujours identique comme la Solution Clin, il n'avait eu qu'à se louer de l'emploi du salicylate de soude. »

Mais, quelles que soient les circonstances dans lesquelles on se propose de prescrire le salicylate de soude, il importe d'avoir constamment présentes à l'esprit les règles posées par le professeur G. Sée (1) : « Pour administrer le salicylate de soude, le meilleur moyen c'est la *solution;* je ne saurais accepter l'usage du salicylate en pilules, pastilles, poudres, cachets; car ces formes pharmaceutiques finiraient par déprécier un médicament des plus utiles. La seule condition exigible, c'est la pureté du médicament, qui contient trop souvent une certaine quantité d'acide phénique; c'est là un inconvénient qui se traduit par un profond dégoût. »

En résumé, le salicylate de soude possède une efficacité incontestable et a donné d'excellents résultats, toutes les fois qu'il a été possible d'administrer ce produit absolument pur. A cet égard, on aura toute garantie en prescrivant la Solution Clin : chaque cuillerée à bouche contient 2 grammes de salicylate de soude pur, chaque cuillerée à café en contient 50 centigrammes. Cette Solution incolore, par conséquent *exempte d'acide phénique*, très exactement dosée et toujours identique dans sa composition, permet au médecin d'administrer sûrement le salicylate de soude pur et de varier les doses selon les indications qui se présentent.

(1) *Académie de médecine de Paris* (1877).

(*Gazette des hôpitaux.*)

THÉRAPEUTIQUE

Des eaux de Pougues dans la dyspepsie et les troubles nerveux qui en résultent.

Dans ses formalités si variables, la dyspepsie, qui est primitivement un trouble des sécrétions de l'estomac, et qui entraîne des troubles multiples de la nervosité abdominale, thoracique ou cérébrale, est constamment soulagée par la médication alcaline. C'est aux alcalins pris en nature et en poudre, ou sous forme d'eaux minérales alcalines, que la thérapeutique s'adresse le plus volontiers pour guérir cette maladie, car l'expérience en a établi l'efficacité.

Seulement, si le principe est généralement adopté, les médecins discutent encore sur le point de savoir sous quelle forme la médication alcaline doit être employée; et même, cette forme admise, et les eaux minérales reconnues comme l'agent le plus puissant et le plus régulier dans ses effets, on cherche encore s'il convient d'avoir recours, dans les différentes dyspepsies, soit aux bicarbonatées sodiques, Vichy, Vals, etc., soit aux bicarbonatées calcaires, Condillac, Saint-Galmier (Mialhe), etc., parmi lesquelles Pougues en constitue un type spécial, dont voici la composition par litre :

Acide carbonique libre	1gr,3190
Acide carbonique des carbonates	1gr,6692
Acide chlorhydrique	0gr,1271
Acide sulfurique	0gr,1098
Silice	0gr,0250
Oxyde de fer	0gr,0120
Chaux	0gr,6400
Magnésie	0gr,1172
Soude	0gr,4776
Potasse	Traces.
Lithine	0gr,0040
Matières organiques	0gr,0320
	4gr,5329

M. Mialhe y a constaté la présence de l'iode; son rapport à l'Académie en 1857 dit fort bien : « *L'eau de la* Source Saint-Léger *doit occuper une place spéciale* dans la classe des eaux bicarbonatées, calciques, magnésiennes, ferrugineuses et iodées. »

Les premières ont fait leurs preuves et ont leurs indications spéciales, mais elles sont plus énergiques par la grande quantité de soude et de gaz acide carbonique qu'elles renferment. Elles conviennent surtout dans la dyspepsie de la lithiase biliaire et de la colique hépatique ou néphrétique, mais dans les dyspepsies inflammatoires gastriques ou intestinales, avec accidents réflexes, elles sont irritantes et plus nuisibles qu'utiles. Toutes les gastralgies irritatives sont aggravées par les eaux de Vichy, et les malades sont promptement obligés de cesser leur emploi.

Les eaux bicarbonatées gazeuses et à bases alcalines calcaires, comme celles de Pougues, sont plus calmantes dans ces formes de dyspepsies stomacales ou intestinales, très bien décrites, il y a longtemps, par de Crozant. Sans généraliser l'emploi de ces eaux pour les employer dans des maladies sur lesquelles elles n'ont que peu d'action, il faut les conseiller dans toutes les dyspepsies chroniques flatulentes et surtout dans celles qui s'accompagnent de mélancolie, d'hypochondrie, de nervosisme et de vertiges. Elles se prennent à la source même ou au domicile pendant la saison d'hiver. Ce que j'ai envoyé de malades de ce genre à Pougues depuis vingt-cinq ans est considérable, et avec ces indications précises tous ceux que j'ai soumis au traitement de Pougues en sont revenus guéris ou très améliorés.

C'est surtout dans le vertige d'estomac, dans ces cas où avec digestions laborieuses, compliquées de flatulence, il y a de la titubation, des migraines, des vertiges à croire qu'on va tomber, qui vous obligent à vous appuyer sur ce qui vous entoure, que l'usage des eaux de Pougues est suivi des effets les plus salutaires. Sous leur influence, les gaz et le gonflement d'estomac diminuent, l'appétit est meilleur, les digestions plus faciles, et, dès que l'estomac fonctionne plus régulièrement, la tête se dégage et les vertiges disparaissent. De Crozant, Logeras et Roubaud, qui ont suivi tous mes malades, m'ont confirmé ces succès.

A côté de la dyspepsie chronique, vertigineuse et névropathique, qui guérit si bien avec les eaux de Pougues, il y a une maladie plus grave de l'estomac, qui résulte de l'ulcération de sa membrane muqueuse, c'est l'ulcère simple de l'estomac. Gallard a eu l'idée de le traiter par les eaux de Pougues. Dans ces cas, il est préférable d'employer l'eau avec le siphon pour faire chaque jour le lavage de l'estomac. Cela vaut mieux que de laisser l'eau à l'intérieur.

D'après Bouchardat et Logerais, on les emploie aussi avec succès dans la glycosurie, ainsi qu'en témoignent dix-sept observations publiées par le dernier de ces médecins.

M. Hardy les préconise en première ligne comme plus toniques que celles de Vichy, en raison du fer et du carbonate de chaux qu'elles renferment. Dans les affections des voies urinaires, et surtout dans la gravelle urique, elles s'emploient avec bien plus d'avantages que les eaux de Contrexéville, dont la minéralisation est à peu près nulle.

Dans la pratique, un des avantages de l'eau de Pougues pour les malades, c'est qu'elle n'est pas irritante et nuisible comme l'eau de Vichy, et que l'on est sûr en la conseillant de ne pas aggraver le mal. Dans les cas spéciaux que je viens d'indiquer, elle a une action certaine que ne donne pas l'usage des autres eaux alcalinisées, et l'emploi comparatif que j'en ai fait m'autorise de lui donner la préférence.

Reste la question thérapeutique relative à la glycosurie, à la gravelle biliaire ou rénale, à la colique hépatique ou néphrétique, à la scrofule, car tous les ans les hospices de Nevers envoient à Pougues les enfants scrofuleux, chez lesquels les ressources ordinaires de la médecine n'ont pu enrayer la marche de la maladie. Mais ces faits sont en dehors de ceux qui sont relatifs à la dyspepsie dont je parle spécialement. Ici les observations sont moins nombreuses, mais celles qui ont été publiées montrent qu'ici encore les eaux de Pougues donnent de très beaux résultats.

E. Bouchut,
Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

(Extrait du *Paris médical*.)

THÉRAPEUTIQUE

De la digitale.

La digitale appartient à la famille des scrofularinées, qui compte plus de 1800 espèces et est répandue en abondance dans toutes les parties du monde, depuis les régions les plus froides jusqu'aux lieux les plus chauds situés entre les tropiques. Un grand nombre de plantes de cette famille sont employées en médecine; quelques-unes agissent comme émétiques et cathartiques, d'autres sont purgatives et emménagogues. La digitale est la plus intéressante de toutes et a pris, depuis longtemps, une des premières places dans la thérapeutique.

Les feuilles de la digitale sont fortement diurétiques; ces feuilles, récoltées en juin et juillet, sont séchées avec soin et réduites en poudre. On en fait principalement usage dans les hydropisies et dans les maladies du cœur et du poumon passées à l'état chronique.

Les effets ont toujours été excellents. La digitale possède en effet la propriété remarquable de ralentir les battements du cœur, au point de faire tomber les pulsations de près de moitié; le soulagement du malade est instantané. Mais, malgré la rapidité de son action, l'effet produit est durable, car le pouls devient plus fort et plus résistant à mesure que le nombre de ses pulsations diminue, et la circulation acquiert le calme et la force qui lui faisaient défaut. Par voie de conséquence, on est conduit à reconnaître que la digitale est l'agent le plus efficace contre la fièvre.

La digitale a été l'objet des études d'un grand nombre de chimistes; on a voulu isoler son alcaloïde, et on y est parvenu. Mais le résultat n'a nullement répondu aux espérances des savants : le produit obtenu ne s'est signalé que par la violence de ses effets, et la pratique a dû abandonner un agent trop dangereux et dont l'emploi difficile ne se justifiait pas par de constants succès.

M. Labélonye, à la suite de laborieuses recherches sur la digitale, avait soutenu, dès 1835, que ses propriétés sédative, et diurétiques étaient dues non à une substance uniques mais à la réunion de divers principes : résine, principe amer, huile volatile, extractifs et sels qu'elle contient. L'expérience a pleinement confirmé cette assertion, et l'insuccès de la digitaline cristallisée est venu lui apporter une confirmation nouvelle.

Une fois ce principe admis que ce n'est pas l'alcaloïde de la digitale qu'il faut employer, mais la plante tout entière, des discussions s'élevèrent entre les chimistes sur la manière de l'employer : deux opinions se firent jour, l'une insistant sur la simple infusion prolongée de la plante, l'autre, celle de M. Labélonye, préférant la dissoudre. Cette dernière devait finir par prévaloir. En effet, M. Labélonye a reconnu que l'alcool hydraté dissolvait la plante sans lui enlever aucun des éléments qui font sa valeur, et il a composé un extrait hydro-alcoolique qui devait devenir la base de ses préparations.

Aujourd'hui le Codex consacre officiellement la préférence qu'il faut donner à la solution hydro-alcoolique sur la simple infusion.

Mais il fallait encore rendre l'emploi de cet extrait facile et agréable autant que possible. C'est alors que M. Labélonye a préparé le sirop de digitale et les granules de digitale qui portent son nom.

Le sirop doit être employé en moyenne à la dose de 2 cuillerées à bouche par jour, les granules de 1 à 4 par jour. Ces doses peuvent être augmentées et quelquefois presque doublées dans les crises aiguës, c'est au médecin à apprécier et à ordonner.

Les succès constants de cette médication depuis quarante ans ne permettent aucun doute sur sa valeur. C'est particulièrement dans les affections de poitrine, catarrhes, bronchites, coqueluches, hydropisies générales ou partielles qu'on en constate les excellents effets. Mais c'est surtout dans les affections organiques ou non organiques du cœur qu'on en obtient des résultats immédiats et complets. Les palpitations sont calmées en peu de jours, quelle que soit la cause qui les produise, mais surtout quand elles sont provoquées par un excès d'activité de la circulation ou une grande irritabilité du système nerveux. Enfin le sirop ou les granules sont d'une innocuité parfaite sur les organes de la digestion, et peuvent, par conséquent, être administrés sans crainte dans la mesure exigée par la gravité des souffrances qu'on veut calmer, de la maladie qu'on veut guérir.

(*Union médicale.*)

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITE DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 5 juin 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LA SEPTICÉMIE GANGRENEUSE. — A PROPOS DE LA DISCUSSION SUR LES DÉPLACEMENTS DU CERVEAU DANS LES DIFFÉRENTES ATTITUDES. — LA RECHERCHE ET LE DÉNOMBREMENT DES ORGANISMES VIVANTS DE L'ATMOSPHÈRE.

Académie de médecine : La septicémie gangreneuse.

Toute la séance de l'Académie a été remplie par un important discours de M. Trélat sur la septicémie gangreneuse, et par les observations qu'il a provoquées de la part de MM. Verneuil et H. Bouley. M. Colin (d'Alfort) avait demandé la parole; mais l'heure avancée ne lui a pas permis de la prendre dans cette séance.

Nous nous occuperons nous-même de cette question.

A propos de la discussion sur les déplacements du cerveau dans les différentes attitudes.

La question soulevée par M. Luys à l'Académie de médecine dans la séance du 25 mars dernier, celle des déplacements de l'encéphale dans le crâne sous l'influence des changements d'attitude, est trop complexe pour qu'il soit possible de l'envisager sous toutes ses faces dans un simple article de journal. On a successivement traité à ce propos, dans la discussion prolongée qui a suivi la lecture de M. Luys, des mouvements d'expansion du cerveau, de la topographie du liquide céphalo-rachidien, du poids absolu et relatif du cerveau, de la dilatation compensatrice des ventricules latéraux. Ne pouvant aborder ces différents sujets, nous nous bornerons à l'examen du seul point qui constitue le fond du débat.

La question que nous nous posons est la suivante : *le cerveau subit-il, sous l'influence des changements d'attitude, dans la cavité crânienne limitée par des parois osseuses complètes, des déplacements analogues à ceux qu'il peut présenter quand le crâne est ouvert, soit sur le cadavre, soit sur les animaux?*

FEUILLETON

Lettres médicales.

Le « Dictionnaire de médecine » et le « Dictionnaire usuel des sciences médicales ». Lettre de M. le docteur Decaye. Lettre de M. Wyrouboff. — L'Association générale des syndicats médicaux : questionnaire. — Association générale des étudiants. — La Faculté de médecine de Bordeaux. — Dispensaires pour enfants. — Une bonne spéculation.

Cher confrère, les rapports respectifs du *Dictionnaire de médecine* et du *Dictionnaire usuel des sciences médicales* devaient être du genre négatif. Les deux ouvrages devaient s'ignorer réciproquement. C'est ainsi que le second l'entendait. Quand il s'est vu attaqué dans un article de forme inconvenante, plein de citations ou fausses ou puériles, accueilli, contre tout sentiment de bonne confraternité, par un journal de médecine, sa première inclination avait été de se taire; mais on lui a fait remarquer que le public pourrait se laisser prendre au piège et croire réelles des erreurs absolument imaginées; c'est ce qui l'a décidé à répondre, et, dès lors, il lui a paru équitable et salutaire, *æquum et salutare*, que cette réponse, par l'organe de la *Gazette hebdomadaire*, fût à la fois une rectification et une leçon. Sortie ainsi, pour la circonstance, de ses habitudes de polémique, l'inoffensive *Gazette* saisit avec empressement une occasion d'y rentrer, sans renoncer pourtant à se défendre.

On ne peut guère s'occuper d'un ouvrage sans en nommer ou désigner l'auteur. On avait donc nommé ici, non sans regret, M. le docteur Decaye, chargé par MM. J.-B. Baillière de reviser l'ensemble du *Dictionnaire de médecine;* et, voyant si maltraités le savoir et l'expérience réunis des trois auteurs du *Dictionnaire usuel*, on avait osé, à tort ou à raison, les mettre en balance avec ceux d'un tout jeune médecin spécialement voué à la pratique des accouchements. A ce propos, l'honorable M. Decaye adresse à la *Gazette* la

Dans la critique très sommaire que nous présentons ici, nous nous efforçons de mettre en relief la différence essentielle qui nous paraît exister entre les conditions créées par l'expérimentation et celles qui existent normalement : cette différence consiste en ce que l'ouverture du crâne permet à la pression atmosphérique d'agir sur son contenu liquide et de troubler d'une façon radicale les conditions d'équilibre du cerveau dans le crâne. Notre conclusion, que nous formulons ici par anticipation, ne saurait donc être celle de M. Luys, appuyée par M. Colin ; elle est la même que celle qui a été défendue par MM. Béclard, Sappey et Marc Sée, à savoir que, dans le crâne fermé, les mouvements normaux de déplacement de la masse encéphalique, sous l'influence des changements d'attitude, sont encore à démontrer.

Pour légitimer cette opposition aux idées émises par M. Luys, nous nous contenterons d'exposer une critique réservée des faits sur lesquels il s'est appuyé, en laissant de côté comme étrangères au sujet envisagé toutes les recherches que nous avons exécutées nous-mêmes sur les effets circulatoires veineux et artériels des changements d'attitude.

§ 1. — Dans l'*attitude verticale*, la colonne de liquide céphalo-rachidien *tend* à abandonner la cavité crânienne et à s'accumuler dans les régions déclives du canal ; elle exerce à l'intérieur du crâne une véritable aspiration sur laquelle on a déjà insisté (Marey, *Circulation*, 1881, p. 538). Pour démontrer le fait, il suffit de pratiquer une trépanation permettant à la pression atmosphérique de s'exercer à l'intérieur du crâne : on voit sur le cadavre ou sur un animal en attitude verticale, le liquide tendre la dure-mère à la région lombaire ou s'écouler au dehors si le sac médullaire est ouvert. On peut encore, comme nous l'avons souvent constaté, produire la rentrée de l'air, soit dans le crâne, soit au-dessous de la membrane occipito-atloïdienne, en faisant une ponction de la dure-mère quand la tête d'un animal est élevée au-dessus du niveau du rachis et, à plus forte raison quand on donne au sujet l'attitude verticale. Cette aspiration céphalo-rachidienne s'ajoute à une aspiration veineuse que nous ne voulons pas faire intervenir ici, pour simplifier notre exposé : toutes les deux sont à l'état normal satisfaites par des modifications circulatoires intracrâniennes et concourent à assurer l'équilibre de l'encéphale dans le crâne.

Le fait seul de l'ouverture du crâne sur un sujet placé debout change dès lors d'une façon complète les conditions d'équilibre des différentes parties liquides et solides contenues dans le crâne ; cette opération introduit un facteur étranger dans la question en permettant à la pression atmosphérique de chasser plus ou moins complètement, dans le sens de la pesanteur, le liquide sous-arachnoïdien de la cavité crânienne. Ce liquide, comme on le sait et comme l'a bien établi sur des considérations nouvelles M. Marc Sée dans son travail de 1878 (*Rev. mens. méd.*), joue un rôle essentiel dans l'équilibration de la masse encéphalique : s'il est chassé du crâne par la pesanteur et la pression atmosphérique combinées, il est évident que les déplacements de la masse encéphalique, observés dans ces conditions artificielles, ne peuvent être considérés à priori comme se produisant à l'état normal.

Veut-on avoir une preuve très simple que la présence du liquide sous-arachnoïdien en quantité normale est indispensable à l'équilibre du cerveau dans le crâne ? Il suffit de se reporter à l'expérience demi-schématique faite par M. Sappey et exposée avec détail dans la séance du 29 août (*Bulletin*, p. 559) ; rappelons-en seulement les points essentiels : un crâne d'adulte étant séparé du tronc avec une portion de la colonne cervicale, on oblitère avec un tampon le canal rachidien, seule voie par laquelle le liquide sous-arachnoïdien puisse s'échapper ; disposant alors le crâne de façon à mettre sa base à découvert, on constate qu'au niveau de plusieurs fenêtres pratiquées dans diverses régions, la face inférieure du cerveau reste en contact immédiat avec la base du crâne. La masse nerveuse ne tombe pas sous l'influence de la pesanteur ; elle est soutenue par le liquide dans lequel elle est comme flottante et qui lui fait perdre la plus grande partie de son poids. Dès qu'on donne issue au liquide après avoir enlevé le tampon du canal rachidien, le cerveau, obéissant à la pesanteur, se détache des os de la base : « un intervalle très manifeste sépare les deux surfaces jusque-là si exactement contiguës ».

On pourra accepter, pour la persistance du contact entre le cerveau et le crâne avant la sortie du liquide, soit l'explication de M. Sappey, soit celle de M. Marc Sée (voy. *Bulletin*, p. 560 et p. 653) : à notre point de vue actuel, il importe seulement de reconnaître l'exactitude du fait, qui n'est pas contestée. Quand le liquide sous-arachnoïdien a été évacué d'une façon quelconque, le cerveau, placé dans des conditions d'équilibre anormales, peut en effet se déplacer ; mais à l'état physiologique rien n'autorise à conclure qu'il en soit de même.

On entrevoit déjà une certaine difficulté dans l'application

---

lettre suivante, qu'elle s'empresse de publier, — à titre de simple courtoisie —, car la loi sur la presse ne l'y obligeait aucunement.

A Monsieur le Président du Comité de rédaction de la Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.

Monsieur,

La *Gazette hebdomadaire* a publié récemment un article qui renferme, au sujet du Dictionnaire de médecine actuellement désigné sous le nom de *Dictionnaire de Littré*, plusieurs assertions erronées que je vous demande la permission de rectifier, en raison du concours que j'ai donné à la nouvelle édition de cet ouvrage.

« Ce *Dictionnaire*, qui porte en tête le nom de Littré, c'est un reniement absolu, une profanation de Littré, dit l'article auquel je fais allusion... Toute la doctrine du savant illustre... on l'a altérée, détruite. » Or cette prétendue profanation consiste uniquement dans la suppression de *six lignes* faite à la fin d'un seul article, l'article Ame, d'après le désir exprimé par la veuve de Littré. Pourquoi ces lignes plutôt que d'autres ? Je l'ignore absolument. En tout cas, c'est la seule modification qui m'ait été demandée et que j'aie faite. La doctrine positiviste se retrouvant à chaque page de la quinzième édition du *Dictionnaire* telle qu'elle était dans les précédentes, ainsi que le prouve la lecture des articles Animisme, Esprit, Force, Matière, Propriété, Vitalisme, etc., le maintien du nom de Littré sur le titre du *Dictionnaire* est l'expression d'un fait vrai ; c'est, de plus, un acte de justice que de lui laisser continuer après sa mort l'œuvre de vulgarisation philosophique qui fut l'honneur de sa vie.

C'est par l'intermédiaire de MM. Baillière que j'ai eu connaissance du désir de Mme Littré : là se borne le rôle des éditeurs dans la prétendue collaboration d'où serait résultée la mise au jour de la nouvelle édition du *Dictionnaire* ;

au crâne intact des phénomènes de déplacement qu'on peut observer dans le crâne ouvert, dont le contenu est soumis à l'action de la pression atmosphérique et qui peut, par suite, subir une évacuation exagérée de liquide sous-arachnoïdien.

Cette difficulté n'est nullement écartée par les exemples invoqués par M. Luys et qui sont relatifs à la dépression des fontanelles ou des cicatrices comblant une perte de substance osseuse.

Quand les sujets sont placés dans la position verticale, la dépression des membranes normales ou accidentelles remplaçant une partie de la voûte osseuse se produit en vertu d'un tout autre mécanisme que celui qui a été indiqué, et ne prouve point que le cerveau s'écarte normalement de la voûte. Elle résulte de l'aspiration exercée dans la cavité crânienne par la colonne de liquide sous-arachnoïdienne et veineuse étendue du crâne au rachis et fonctionnant, dans l'attitude verticale, à la façon de la longue branche d'un siphon. La pression atmosphérique refoule les parois membraneuses et les déprime en cupule : cette dépression ne révèle donc point l'existence normale d'un écartement produit par l'attitude verticale entre la convexité du cerveau et la voûte du crâne ; elle signifie simplement que l'aspiration intracrânienne permet à la pression de l'air de se manifester par une déformation des parois dont la résistance est insuffisante.

§ 2. — *Dans la position renversée, la tête en bas,* quelles modifications surviennent dans l'équilibre des parties solides et liquides contenues dans le crâne?

Quand on voit se tendre la fontanelle d'un enfant fortement incliné en avant ou faire saillie la cicatrice d'une perte de substance osseuse, on pense tout d'abord que la pesanteur intervient pour produire le déplacement du liquide sous-arachnoïdien, qui vient ainsi soulever les portions membraneuses de la voûte du crâne. Mais en considérant que les mêmes effets résultent de l'action de tousser, de faire un effort quelconque, on comprend qu'un autre facteur intervient et ajoute son influence à celle du premier : le sang artériel, poussé plus fortement vers le crâne comme vers toute autre région périphérique, distend les vaisseaux encéphaliques et tend à déplacer les autres liquides mobiles à l'intérieur du crâne ; mais le sang veineux, retenu aux abords du thorax par le fait même de l'effort simple ou des séries d'efforts qui constituent la toux, ne cédant pas à la poussée artérielle, c'est le liquide sous-arachnoïdien qui subit le maximum de déplacement : il se réfugie dans les régions où il rencontre la moindre résistance et c'est au niveau de la fontanelle normale ou accidentelle qu'on le voit s'accumuler. Dans la position renversée, tous ces éléments, pesanteur, tension artérielle excessive, accumulation de sang veineux, interviennent pour refouler le liquide sous-arachnoïdien, et celui-ci fait saillir les portions membraneuses du crâne. Il n'était point à prévoir, dès lors, que ces saillies des fontanelles ou des cicatrices crâniennes dans la position déclive de la tête pussent être invoquées en faveur d'une théorie des déplacements de la masse cérébrale elle-même ; aussi sommes-nous surpris que M. Luys ait précisément appuyé son opinion sur de tels faits, et uniquement sur eux, pour répondre par anticipation à l'objection qu'il entrevoyait, que des expériences sur le cadavre n'étaient point applicables à l'homme vivant (*Bulletin*, p. 438). Il a évidemment saisi lui-même le côté faible de son argumentation, car dans toute cette partie de sa communication il se garde de prononcer le mot de déplacement du cerveau : il n'est plus question que « des substances demi-fluides qui constituent la masse intra-encéphalique ». Pour nous, nous ne voyons pas que les effets de la turgescence encéphalique à la fois veineuse et artérielle, s'accusant par le gonflement des fontanelles et autres parties souples de la voûte du crâne, puissent servir en quoi que ce soit à défendre l'existence des déplacements de la masse encéphalique.

§ 3. — Jusqu'ici nous ne trouvons donc aucun argument concluant en faveur des déplacements par glissement ou tassement de la substance encéphalique sous l'influence des changements d'attitude, quand la cavité du crâne est soustraite à l'influence de la pression atmosphérique. Sur le cadavre l'expérience de M. Luys est parfaitement exacte, ainsi qu'on l'a justement fait remarquer plusieurs fois au cours de la discussion ; mais elle ne comporte pas, à notre avis, d'autre conclusion que celle-ci : *Quand on ouvre le crâne sur un sujet en attitude verticale, on permet aux liquides qui y sont contenus (au liquide sous-arachnoïdien toujours, au sang veineux également s'il est resté fluide) de s'échapper sous l'influence de la pression atmosphérique; le cerveau n'étant plus soutenu ni tendu abandonne la paroi osseuse et s'affaisse sur lui-même.*

La même objection doit être faite aux expériences pratiquées sur l'animal vivant, qu'on place dans les mêmes conditions anormales, en pratiquant une ouverture du crâne ; quelque petite qu'elle soit, cette ouverture, ainsi que l'a bien noté M. Marc Sée, est toujours suffisante pour permettre à

---

ils ne m'ont d'ailleurs tracé aucune ligne de conduite, à quelque point de vue que ce soit, pour cette revision, qui est tout entière mon œuvre personnelle, si j'en excepte certains articles spéciaux pour lesquels j'ai demandé le concours de quelques savants et praticiens distingués.

J'arrive à la question de l'âge : oui, je suis encore jeune, comme me le reproche la *Gazette;* c'est un compliment que l'on cessera bientôt — trop tôt assurément — de me faire. En tout cas, s'il est vrai que les hôpitaux sont la véritable école du médecin, je vous dirai que j'y ai fait un stage de plusieurs années, en qualité d'externe d'abord, puis d'interne provisoire ; ce qui m'a permis de présenter aux lecteurs du *Dictionnaire* avec une compétence suffisante les idées et les travaux de nos maîtres les plus autorisés.

Quant au grief d'avoir « calqué » le *Dictionnaire usuel des sciences médicales,* il me suffira, pour l'anéantir, de rappeler que les vingt premières feuilles (320 pages) de cet ouvrage ont été publiées le 20 janvier 1883, et que les vingt-cinq premières feuilles (400 pages) du *Dictionnaire Littré* ont paru le 5 février, c'est-à-dire à quinze jours de distance.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Dr Paul Decaye.

65, rue Monge.

Paris, 31 mai 1884.

Je ne conteste rien ; mais tout le monde, avec moi, trouvera étrange ce désir modeste de Mme Littré, dont M. Decaye « a eu connaissance par l'intermédiaire de MM. Baillière », et qui, dans un ouvrage empreint en cent endroits d'une doctrine qu'elle ne voudrait pas voir propagée, se borne à demander la suppression de *six lignes;* — plus étrange encore que, l'exigence étant ainsi limitée, on ait introduit dans d'autres articles (par quelles mains, puisque ce n'est pas celles de M. Decaye?) des changements de nature à modifier formellement ou à couvrir d'un voile la pensée du

l'action de la pression atmosphérique de se manifester. Aussi M. Colin a-t-il pu constater à son tour des mouvements de déplacement du cerveau suivant les attitudes (*Bulletin*, p. 460), mais il a fait remarquer que les mouvements sont beaucoup plus limités que ne tendait à l'admettre M. Luys et a donné quelques-unes des raisons des différences observées. On peut ajouter que sur l'animal vivant la turgescence artérielle du cerveau tend à contre-balancer les effets de la pression atmosphérique, à ce point que loin de s'affaisser, même en position verticale, le cerveau peut venir faire hernie au niveau de la trépanation, comme nous l'avons souvent observé avec M. Pitres dans nos expériences sur la congestion épileptogène du cerveau.

Sans doute M. Luys a cherché à prévenir cette objection en injectant par l'aorte « une substance suffisamment pénétrante et coagulable pour dissoudre les artères cérébrales » ; il est évident qu'une pareille injection ne remplace nullement la réplétion artérielle normale et reste limitée aux vaisseaux d'un certain calibre, alors que la turgescence sanguine de l'encéphale résulte précisément de la distension des bouquets terminaux. Mais c'est là une question de détail, relative seulement aux conditions différentes des déplacements sur le cadavre et sur les animaux vivants dont le crâne est ouvert et qui ne modifie pas la conclusion à laquelle nous a conduit la discussion générale qui précède.

§ 4. — Bien que cette conclusion soit négative au point de vue des déplacements de la masse encéphalique, il y aurait peut-être intérêt à chercher un procédé qui permît de juger la question en mettant l'expérience à l'abri des critiques formulées plus haut. On a vu que la condition défavorable dans toutes les recherches exécutées soit sur le cadavre, soit sur les animaux, consiste dans l'ouverture préalable du crâne : or il est possible de supprimer l'effet de la pression atmosphérique sur le contenu crânien en opérant avec le crâne fermé.

Sans rien changer aux conditions spéciales dans lesquelles se trouve le cerveau sur le cadavre, alors que le liquide sous-arachnoïdien et le sang veineux coagulé ou non ont pris la place du sang artériel, on peut donner au sujet telle attitude qu'on voudra et fixer par la congélation totale, telle qu'on la pratique dans le laboratoire de M. Brouardel, les parties liquides et solides qui remplissent le crâne dans les rapports nouveaux qu'elles auront pu contracter entre elles et avec la boîte crânienne. — S'il y avait réellement un déplacement en masse du cerveau vers les régions déclives, on devrait trouver le liquide sous-arachnoïdien congelé accumulé dans les points les plus élevés, où il serait venu remplacer la masse nerveuse. L'expérience serait, comme on voit, fort simple à réaliser et, à coup sûr, beaucoup plus convaincante que celles qu'on a exécutées en ouvrant le crâne au préalable.

Sur l'animal vivant, la recherche peut être poursuivie avec le même point de départ, toujours en supprimant l'effet de la pression atmosphérique sur le contenu du crâne. Il suffirait de reprendre avec quelques légères modifications l'expérience de Bourgougnon, qui consistait, comme on sait, à visser au crâne un tube à robinet contenant à son intérieur un petit levier coudé mis en contact avec le cerveau. Le robinet étant fermé, et par suite la cavité crânienne étant isolée de l'atmosphère, si le lobe cérébral correspondant se déplace et vient s'appliquer sur la surface osseuse la plus déclive, on doit voir le levier se soulever, indiquant ainsi que l'inclinaison latérale de la tête, par exemple, entraîne le glissement du cerveau dans le sens de la pesanteur. Sans doute, il y aurait encore à s'assurer que de tels déplacements ne résultent pas seulement d'une turgescence cérébrale plus grande au niveau des points déclives, mais on pourrait toujours commencer par rechercher si l'effet indiqué existe ou non, quitte à l'analyser ensuite avec le détail voulu.

En procédant ainsi, soit sur le cadavre, soit sur l'animal vivant, on réaliserait, à notre avis, les conditions d'observation les plus favorables, et la question prendrait un tout autre intérêt que celui qu'elle présente actuellement. Nous pensons, du reste, que chez le sujet normal, la réplétion sanguine de l'encéphale est telle, que la surface des masses nerveuses vient presque partout au contact de la surface osseuse ou plutôt de la membrane qui la tapisse. C'est seulement au niveau des parties anfractueuses de la base du crâne que l'intervalle entre l'os et le tissu nerveux est comblé, soit par des vaisseaux turgides, soit par du liquide sous-arachnoïdien. Cette disposition de l'encéphale par rapport à sa boîte osseuse n'empêche nullement les mouvements d'expansion et de retrait circulatoire et respiratoire de s'exercer dans le crâne intact : ces mouvements, qui, dans une brèche osseuse ou dans un tube explorateur, paraissent considérables, ne semblent tels que parce qu'ils sont totalisés en un point circonscrit, au niveau duquel on recueille la somme de tous les petits mouvements partiels ; ils s'exercent, quand le crâne est fermé, aux dépens du liquide sous-arachnoïdien, mais surtout aux dépens du sang veineux, qui est refoulé à chaque expansion artérielle (*Gaz. hebd.*, juillet 1882, n° 29).

---

maître. Car, quoi qu'en dise la lettre ci-dessus, Littré n'eût signé, par exemple, tels qu'ils sont aujourd'hui, ni l'article Homme, ni surtout cet article Animisme, dont se prévaut M. Decaye, et duquel précisément on a fait disparaître un membre de phrase où Littré se montrait tout entier : « L'être immatériel *supposé* appelé *âme* par Stahl.... » Et le plus singulier de tout, c'est que, après ces expurgations, on n'ait pas cru devoir en faire nombre d'autres qui n'eussent pas été moins commandées par le texte de la quatorzième édition : ce qui n'est pas fait pour donner de l'unité aux doctrines de la quinzième. Si l'on joint à cela que M. Ch. Robin proteste publiquement contre nombre d'opinions qu'on continue à lui attribuer dans cette même édition, bien qu'il ne les partage plus, on conviendra que le *Dictionnaire de médecine*, corrigeant à tort les morts et ne corrigeant pas les erreurs avouées des vivants, ne peut passer pour une marchandise couverte par le pavillon.

Au surplus, pour défendre sa collaboration, M. Decaye n'a pas beaucoup à faire; on s'apercevra aisément qu'elle a été assez peu lourde; et, comme Littré n'avait pris qu'une part fort restreinte à la rédaction du *Dictionnaire*, celui-ci reste principalement l'œuvre de M. Robin, qui la désavoue en partie.....

J'en étais là de ma lettre, cher confrère, quand il m'est arrivé un document doué apparemment de l'instinct de l'à-propos, et dont il m'est impossible de ne pas faire usage. Si je suis pacifique, je ne suis pas angélique. La réclamation de M. Decaye lui aura valu le désagrément d'une citation que je n'aurais sans doute pas faite sans cela. Il s'agit d'une lettre adressée au journal *le Temps* (numéro du 3 juin) par M. Wyrouboff, directeur de la *Philosophie positive*, l'ami intime, le collaborateur de Littré jusqu'au dernier jour. J'en détache les passages suivants, où il ne dépend pas de moi de ne pas signaler la dénégation formelle des assertions émises par M. Decaye sur la foi de ses éditeurs, et la confirmation de tout ce que je viens d'écrire.

Par conséquent les changements de volume rythmés de l'encéphale peuvent très bien se concevoir sans qu'on soit forcé d'admettre que la substance nerveuse abandonne et reprenne alternativement son contact avec les surfaces osseuses.

S'il en est ainsi, si le contact existe sur le vivant, dont l'encéphale est épanoui par la réplétion artérielle, entre la surface nerveuse et la surface osseuse, sauf en certains points de la base, on ne voit pas qu'il soit nécessaire de faire intervenir des déplacements du cerveau sous l'influence des changements d'attitude, alors surtout que l'existence de pareils mouvements paraît si peu compatible avec l'intégrité des nerfs crâniens et des tractus vasculaires péri-encéphaliques.

Tout au plus pourrait-on faire à cet égard quelques concessions pour les cas de changements *très brusques* d'attitude et de chocs atteignant le crâne, soit directement, soit par l'intermédiaire de la tige vertébrale. Quand on passe tout d'un coup de la station horizontale à l'attitude verticale, la masse cérébrale animée de vitesse, se trouvant brusquement arrêtée, pourrait se détacher des parties osseuses en sens inverse du mouvement imprimé à la tête; tout comme notre corps se détache du dossier d'une voiture et se trouve projeté en avant, si un temps d'arrêt brusque se produit. De même, si l'on tombe d'un lieu élevé sur les talons, sans fléchir les articulations des membres inférieurs, la tige rigide représentée par les membres inférieurs et la colonne vertébrale arrête, au moment du choc sur le sol, le crâne qui suivait le mouvement du corps animé de vitesse : de ce temps d'arrêt brusque peut encore résulter un déplacement de la masse nerveuse qui viendrait heurter la base du crâne et y pourrait subir les contusions localisées bien connues des chirurgiens. C'est encore à des conditions analogues que seraient dus les accidents des traumatismes directs du crâne, sans fracture, et dans lesquels on trouve le cerveau contusionné dans des régions plus ou moins diamétralement opposées à celles qui ont été percutées. Ces faits ont été justement rappelés par M. Trélat au cours de la discussion académique et nous n'y revenons que pour indiquer dans quelles limites on pourrait, à la rigueur, accepter l'existence des déplacements de totalité de l'encéphale. Ce ne serait, comme on voit, que dans des conditions tout à fait exceptionnelles. Et encore, si l'on avait à discuter sur ce point, on arriverait à ne pas considérer comme nécessaire à la production des contusions du cerveau les déplacements de la masse nerveuse. Mais nous ne voulons pas insister autrement sur le côté pathologique de la question. Il suffit d'avoir légitimé par la discussion des faits physiologiques la conclusion énoncée au début de cet article, à savoir que, si les déplacements de l'encéphale se produisent sous l'influence des changements d'attitude, leur démonstration reste encore à donner.

FRANÇOIS-FRANCK.

La recherche et le dénombrement des organismes vivants de l'atmosphère.

(Deuxième article. — Voy. p. 359.)

Dans le précédent article, nous avons montré par quels procédés M. le docteur Miquel parvenait, à l'observatoire de Montsouris, à recueillir et à dénombrer les organismes vivants de l'atmosphère, soit les spores des cryptogames, soit les bactéries. Nous avons aussi indiqué les principaux résultats qui paraissent dès aujourd'hui acquis, dans cet ordre de recherches, en ce qui concerne le nombre de ces organismes dans certains milieux déterminés, tels que l'atmosphère si pure des hautes montagnes, l'air épurateur qui surmonte la mer, les couches aériennes des villes et des campagnes, à diverses altitudes assez rapprochées. Une étude plus difficile consiste à s'efforcer de reconnaître les rapports qui peuvent exister entre les données climatériques et les variations en nombre des bactéries; nous avons vu que M. Miquel était arrivé à conclure, à cet égard, que « le nombre des bactéries aériennes, toujours peu élevé dans un temps pluvieux, augmente pendant la dessiccation du sol, puis décroît quand la sécheresse se prolonge au delà d'une semaine ». Il reste à savoir s'il n'y a pas quelque relation directe entre le chiffre des décès par maladies épidémiques et bactéries; ce qui suppose — et nous ne la mettons pas un instant en doute — la possibilité de la contagion par l'atmosphère, de façon plus ou moins immédiate, pour le plus grand nombre de ces affections.

Puisque l'air, dit en effet M. Miquel, est accusé de répandre autour de lui l'infection, le premier acte du micrographe était de constater si à chaque recrudescence de décès correspondait une crue bien évidente de microbes atmosphériques, au sein desquels on suppose encore gratuitement les poisons figurés morbides, doués de caractères botaniques à peu près identiques. En d'autres termes, les fluctuations du chiffre des décès se comportent-elles comme si l'atmosphère

---

« La famille de Littré n'a joué aucun rôle dans cette affaire. Mme Littré s'est bornée à demander à MM. Baillière quels étaient ses droits sur le *Dictionnaire;* il lui fut répondu, avec raison d'ailleurs, qu'elle n'en avait aucun. *Elle n'a exprimé aucun désir de voir des doctrines modifiées ou des articles supprimés;* elle n'a imposé aucune condition, et *n'a eu à donner aucune autorisation;* ELLE A MÊME IGNORÉ JUSQU'À CES DERNIERS TEMPS L'EXISTENCE DE CETTE NOUVELLE ÉDITION. Tout ce qu'elle peut faire dans l'état actuel des choses, —*et elle le fera, je l'espère,*— c'est d'exiger que le nom de son mari disparaisse, comme Robin a exigé que disparaisse le sien. La lourde responsabilité de cette spéculation de librairie retombe donc de tout son poids sur les éditeurs. »

Et plus loin :

« Il reste à apprécier la responsabilité qui incombe à celui qui a été chargé de remanier le volume. M. Decaye affirme qu'il n'a dénaturé en aucune façon l'œuvre de Littré, et il cite à l'appui quelques articles dont l'esprit a été scrupuleusement conservé. Il est fort possible, il est même fort probable que M. Decaye ne se soit pas senti une compétence philosophique suffisante pour remplacer les doctrines positivistes par des doctrines à lui; il a gardé le fond des idées de Littré en supprimant par-ci par-là quelques lignes, et en y ajoutant de temps à autre quelques fioritures... »

J'ai montré tout à l'heure que les *fioritures* auxquelles il est fait allusion n'étaient pas toujours sans importance. Quoiqu'il en soit, il résulterait de la lettre de M. Wyrouboff que ce sont les éditeurs et non Mme Littré qui, se souvenant des foudres épiscopales, ont de leur plein gré expurgé le *Dictionnaire de médecine;* or ceci serait fort désagréable pour M. Decaye, qui croyait déférer à ce vœu sacré d'une veuve, dont MM. Baillière parlaient si haut, et se refusait, dans une lettre aux journaux, à être rangé parmi les *bien pensants.*

Je suis heureux de pouvoir accorder sur d'autres points plus de satisfaction à mon honoré confrère. Il m'apprend

était réellement chargée d'organismes malfaisants? Or ces recherches ont été poursuivies depuis 1879 à Paris et l'on peut tout au moins affirmer qu'il y a à ce sujet une coïncidence manifeste de recrudescences; si bien, par exemple, que l'année dernière, de même que le fait constaté à Paris a été le défaut d'explosion épidémique, le fait observé par la statistique microbienne a été également le défaut de recrudescence de bactéries. Il n'est pas besoin de faire remarquer combien il importe que ces recherches puissent être continuées, aussi complètement qu'il est nécessaire, pendant un grand nombre d'années.

L'étude des bactéries dans les atmosphères confinées offre, d'autre part, un intérêt tout particulier; elle précise surtout l'opinion depuis longtemps reconnue sur leur nocuité relative. Ces atmosphères sont en effet plus chargées, en général, de microbes que l'atmosphère libre; à la campagne l'air des habitations renferme plus de bactéries que l'air extérieur. A Montsouris les pièces habitées accusent plus de germes que l'air du parc. Enfin les appartements situés dans l'intérieur de Paris sont également plus riches en microbes que l'air des rues. Aussi semble-t-il exister, suivant M. Miquel, un rapport assez constant entre le chiffre moyen des germes répandus dans l'air des maisons et le degré d'impureté de l'atmosphère qui les baigne; plus l'air d'une ville est chargé de miasmes figurés, plus l'air des locaux habités se trouve infecté. Cependant, et c'est là, au point de vue de l'hygiène publique, un point capital que les travaux de l'observatoire de Montsouris ont nettement mis en lumière, le degré d'aération joue un rôle des plus importants dans le phénomène de la purification de l'air des appartements; que d'exemples n'avons-nous pas de la nécessité de faire comprendre cette observation aux architectes et aux administrateurs? N'a-t-on pas, dans les édifices publics, comme une profonde répulsion pour l'aération naturelle, et combien de systèmes plus ou moins ingénieux, mais aussi plus ou moins décevants, ont pour but d'y suppléer par une ventilation artificielle, dont les conditions sont mal réglées?

A Montsouris même, on a pu constater que, si l'air des caves et de certaines salles où la circulation du personnel est active, est d'une pureté très grande, il est loin d'en être ainsi pour les salles affectées aux laboratoires. et même la moyenne du chiffre des germes qu'on y trouve chaque année montre que le degré d'infection ne cesse de croître, toutes conditions égales d'ailleurs; et l'infection y est toujours plus forte en hiver qu'au printemps, ce qui vient à l'appui de l'influence attribuée à l'aération. Il en est de même à Paris, soit dans les appartements, soit dans les hôpitaux, et sans vouloir insister davantage, on conçoit que les circonstances les plus diverses puissent intervenir dans de telles recherches, de telle sorte qu'il est très difficile de les poursuivre avec une précision régulière et qu'elles valent surtout par la constance de leurs résultats; elles n'en prouvent pas moins en faveur de l'opinion que nous venons d'indiquer.

Les bactériens, en somme, qui sont généralement bien moins multipliés que les spores de cryptogames dans l'air de Montsouris, peuvent être répartis en quatre classes bien tranchées, si l'on ne considère que leurs espèces types, les différences étant bien moindres en ce qui concerne les espèces de transition; ces classes comprennent, rangés dans leur ordre de décroissance, les micrococcus, les bacilles, les bactériens proprement dits et les vibrions. Prenons des exemples: Dans les salles inhabitées de Montsouris, telles que la bibliothèque, les caves, la proportion pour 100 des micrococcus est de 53 et celle des bacilles, qui sont plus résistants, s'élève à 47,5; le nombre des bactériens n'y est que de 0,5. Dans l'air des galeries d'égout de la rue de Rivoli et du boulevard de Sébastopol, la proportion des micrococcus monte à 60, celle des bacilles n'est plus que de 14 et celle des bactériens atteint le maximum de 26. Dans le parc de Montsouris et dans le cimetière du Sud, on compte encore 68,4 pour les micrococcus, 23 pour les bacilles, et 10 pour les bactériens. Dans le laboratoire de micrographie de Montsouris, les micrococcus montent à 80 pour 100 du nombre total des bactériens et à 84 pour 100 dans les salles du nouvel Hôtel-Dieu. D'autre part, alors que le nombre total des microbes n'est, en moyenne, que de 71 dans le parc de Montsouris, il est de 215 dans le laboratoire de micrographie; il est de 733 dans la rue de Rivoli, à la hauteur de l'entresol de la mairie du IVe arrondissement, tandis qu'il était de 134 dans le parc de Montsouris; de 5143 dans la salle Sainte-Jeanne et de 6166 dans la salle Saint-Christophe de l'Hôtel-Dieu, pendant que, dans le même temps, il n'était que de 82 dans le parc.

Il nous faut passer sur certains détails relatifs à la recherche des bactéries des poussières sèches, et ne pas insister, plus que M. Miquel, sur les propriétés physiologiques individuelles des bactériens qu'il a pu isoler et cultiver à l'état de pureté; il est observateur trop scrupuleux pour avoir voulu livrer les résultats de ses recherches spéciales à cet égard avant d'avoir épuisé toutes les preuves. La plu-

que, si, comme je l'avais dit, il n'a pas été interne des hôpitaux, il a fait le service comme externe et comme interne provisoire. Il m'est doux de lui en donner acte, et même d'accorder, ayant maintenant le plaisir de le connaître, que sa capacité se hausse au-dessus de l'internat définitif. Il nie qu'il se soit aidé du *Dictionnaire usuel* pour la revision du *Dictionnaire de médecine*, et en donne une raison qui ne vaut peut-être pas sa simple affirmation; mais je ne discute pas pour si peu.

— Je vous ai dit, cher confrère, que je ne reviendrais plus sur la question des syndicats médicaux, avant de connaître le résultat de l'examen que doit en faire le Conseil général de l'Association des médecins de France. On se rappelle que Conseil et Assemblée ont été d'accord pour prendre en considération le vœu présenté par la Société de la Gironde de mettre à l'étude « la question des rapports à établir entre l'Association et les syndicats médicaux ». Par une circulaire récente, le Conseil exhorte les quatre-vingt-seize sociétés qui composent l'Association à lui fournir des renseignements et à lui faire connaître leurs appréciations; et, afin que ces renseignements soient, sur les points de fait, comparables entre eux, elle leur adresse un *Questionnaire* ainsi conçu :

Première question. — Existe-t-il, dans le rayon de la Société, un ou plusieurs Syndicats médicaux?

Deuxième question. — Dans l'affirmative, faire connaître le siège de chaque Syndicat et sa circonscription, et indiquer notamment s'il comprend seulement une ou plusieurs communes, ou s'il s'étend soit à tout un arrondissement, soit même à tout un département.

Troisième question. — Indiquer, pour chaque Syndicat existant, le nombre des membres et dire combien parmi ces derniers sont en même temps membres de l'Association générale.

Quatrième question. — Communiquer le texte imprimé des Statuts de chacun des Syndicats existants. Si les statuts ne sont pas imprimés, prière d'en adresser une copie manuscrite.

part des bactériens, dit-il, se sont montrés inoffensifs; cependant, pour plusieurs de ces microbes, leur nocivité ne fait pas l'ombre d'un doute; on sait qu'il a notamment rencontré dans les salles d'hôpitaux un micrococcus qui, isolé et inoculé aux cobayes, provoque le mal par infection purulente.

Le corollaire des travaux micrographiques de l'observatoire de Montsouris se trouve manifestement indiqué; il comporte l'étude des diverses substances capables de s'opposer à l'évolution des organismes vivants, c'est-à-dire des antiseptiques; parmi les nombreuses méthodes imaginées pour s'assurer du pouvoir désinfectant de tels ou tels corps ou combinaisons chimiques, c'est assurément l'un des plus précieux. M. le professeur Vallin, dans son ouvrage si remarquable sur les désinfectants et la désinfection, ouvrage qui marque une date dans l'histoire de l'hygiène expérimentale, n'a pas manqué d'étudier avec de grands développements ces divers procédés et de discuter, avec sa compétence si autorisée, les résultats obtenus. M. Miquel, à son tour, a trouvé dans le traité de M. Vallin, une nouvelle consécration de ses travaux personnels, et il s'est empressé de présenter l'ensemble des conclusions auxquelles des recherches, poursuivies avec le plus grand soin, lui permettaient de donner une importance considérable. Parmi la longue énumération des *doses minimes* de quelques antiseptiques capables de s'opposer à la putréfaction d'un litre de bouillon de bœuf neutralisé, il indique : 1° comme *substances éminemment antiseptiques*, le biiodure de mercure, l'iodure d'argent, l'eau oxygénée, le bichlorure de mercure et l'azotate d'argent; 2° comme *très fortement antiseptiques*, l'acide osmique, l'acide chromique, le chlore, l'iode, le chlorure d'or, le bichlorure de platine, l'acide cyanhydrique, l'iodure de cadmium, le brome, l'iodoforme, le bromoforme, le chlorure cuprique, le chloroforme, le sulfate de cuivre; 3° comme *fortement antiseptiques*, l'acide salicylique, l'acide benzoïque, le cyanure de potassium, au quarante-troisième rang l'acide phénique, etc. Nous ne saurions en ce moment discuter le degré de certitude absolue qui se dégage de cette méthode d'essai des substances antiseptiques; il convient d'en admettre la signification et la valeur, surtout en ce qui concerne la première catégorie et principalement à l'égard des sels de mercure, parmi lesquels le biiodure jouit certainement des propriétés désinfectantes les plus élevées; M. Miquel dit avoir déjà obtenu des résultats thérapeutiques des plus encourageants, en dirigeant, au moyen de la pulvérisation, dans les poumons des phthisiques, une solution de ce sel à 1/2000; chez ces malades, porteurs de vastes cavernes, il a vu disparaître la fétidité des crachats en même temps que la toux devenait plus rare, l'expectoration moins abondante et l'état général meilleur; il suffit d'ajouter un peu de laudanum à la solution, pour atténuer l'irritation légère des muqueuses de l'arrière-gorge, passagèrement provoquée par la pulvérisation.

Tels sont les renseignements très sommaires que nous avons cru devoir donner, d'après les ouvrages de M. Miquel, sur les travaux de l'observatoire de Montsouris, relativement à l'étude des semences aériennes introduites chaque jour dans notre économie, et de telle façon qu'il serait téméraire d'affirmer leur innocuité.

Nous avons surtout voulu signaler au corps médical la grande valeur de ces travaux et l'engager à leur accorder toute l'attention qu'ils méritent. L'hygiène et l'étiologie des affections contagieuses est surtout appelée à en bénéficier; c'est aux médecins d'y apporter le contingent de leurs efforts et les résultats de leurs observations. « L'air impur, a dit Pringle, est plus meurtrier que le glaive, » et M. Miquel, précisant le caractère de cet aphorisme, souhaite à cet effet que les administrations publiques exécutent tout au moins les mesures prophylactiques suivantes : 1° suppression de toute usine insalubre, principalement de celles où l'on manipule des substances putréfiées ou putrescibles (dépotoirs, tanneries, etc.), à plusieurs lieues à la ronde des vastes agglomérations urbaines; 2° rejet hors ville des vastes écuries, des vacheries, etc.; 3° réduction de la hauteur des maisons; 4° élargissement considérable des voies publiques, suppression des pavés et leur remplacement par des couches d'asphalte, pouvant être lavées plusieurs fois par jour pendant la sécheresse; 5° démolition de toute habitation reconnue insalubre, agrandissement des cours des maisons, lavage périodique, deux à trois fois l'année, de la façade des habitations; 6° création de vastes parcs et de vastes jardins dans l'intérieur des villes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 26 MAI 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

ÉTUDES EXPÉRIMENTALES SUR LES PROPRIÉTÉS ANESTHÉSIQUES DES DÉRIVÉS CHLORÉS DU FORMÈNE. Note de MM. *J. Regnauld* et *Villejean*. — Les auteurs rappellent d'abord que, dans

---

Cinquième question. — Faire connaître quel a été, jusqu'à la promulgation de la loi sur les Syndicats, le mode de fonctionnement des Syndicats médicaux existants, et quels ont été les résultats constatés.

Sixième question. — Faire savoir si les Syndicats existants ont accompli les formalités prescrites par l'article 4 de la loi pour qu'ils soient régulièrement constitués.

Septième question. — Dans les cas où les prescriptions de l'article 4 auraient été remplies, faire savoir si les Syndicats ont eu occasion de faire officiellement usage des droits conférés par l'article 6, et de quelle manière.

Huitième question. — Faire savoir si, usqu'à ce jour, la Société est restée étrangère aux Syndicats de sa circonscription, ou si elle a établi des rapports avec eux.

Neuvième question. — Dans ce dernier cas expliquer d'une manière précise et détaillée, quelle a été la nature de ces rapports, et quels ont été les résultats constatés.

Dixième question. — Indiquer avec la même précision la nature des rapports que la Société serait désireuse de voir établir, pour l'avenir, entre elle et les Syndicats de sa circonscription.

Peut-être sera-t-il bon aussi de se renseigner, quoique cela puisse être écarté d'un questionnaire, sur la manière dont les Statuts ont fonctionné et dont leurs prescriptions ont été exécutées. Certaines prescriptions sont restées presque partout lettre morte; d'autres, par leur élasticité, ont entraîné quelques Syndicats dans des ingérences qu'on peut croire étrangères à leurs attributions.

— Une autre association, — et n'est-ce pas là un signe nouveau et particulier de cet esprit de solidarité, de ce besoin d'organisation et de concours mutuel, de cette conjuration des intérêts communs, qui envahit de plus en plus la société et transforme ce vaste corps en une foule d'organismes plus ou moins connexes, mais distincts, dont chacun veille à sa propre conservation, au développement et à l'harmonie de ses fonctions? — une autre association, dis-je, dont la *Gazette* vous a annoncé la fondation (p. 376), l'*Association générale des étudiants des Facultés et Ecoles supérieures de Paris*,

un mémoire antérieur, ils avaient fait connaître les expériences chimiques permettant de constater que les produits livrés aux chirurgiens sous le nom de *chlorure de méthylène* ne doivent être admis à l'usage que sous bénéfice d'inventaire. Les nombreux échantillons qu'ils ont étudiés et analysés minutieusement ne contenaient pas trace de ce dérivé chloré du formène. Ensuite ils relatent les résultats de leurs expériences récentes sur les propriétés anesthésiques comparées du formène et du chloroforme.

Les phases de l'anesthésie *chloroformique* s'étant montrées conformes aux descriptions classiques, cinq expériences seulement ont suffi comme points de repère. Voici la marche générale de l'anesthésie produite par le *formène* bichloré CH^2Cl^2 telle qu'elle résulte de quinze expériences. Les seules différences dignes d'être notées ne touchent en aucune façon à la nature des phénomènes, elles portent uniquement sur la rapidité et l'intensité variables de leur apparition et de leur durée, suivant l'énergie et la fréquence des mouvements respiratoires exécutés par l'animal.

Après une demi-minute. — Début de l'agitation; le chien pousse de légers cris.

Une minute et demie. — Dilatation pupillaire; commencement d'insensibilité cornéenne; *nystagmus.*

Deux minutes. — Abolition complète des réflexes cornéens et palpébraux; insensibilité générale; *nystagmus persistant.*

Trois minutes. — *Mouvements cloniques simulant la marche ou mieux la natation;* les quatre membres et la queue y prennent part. (Ces symptômes sont constants lorsque les mouvements respiratoires sont normaux.)

Quatre minutes. — Les mêmes phénomènes persistent; fin de l'inhalation.

L'animal étant détaché et abandonné à lui-même, on constate que les mouvements cloniques dans les muscles des membres, de la face, de la région prépharyngienne et même du diaphragme continuent.

Six minutes. — Commencement de la période de retour; le réflexe cornéen reparaît; mais *la contracture des mâchoires* existe encore, bien que l'insensibilité n'ait pas entièrement cessé.

Sept minutes. — *Attaque épileptiforme ou choréiforme.* (Phénomène fréquent, mais non constant.)

Neuf minutes. — Retour à un calme relatif; le chien présente encore de la contracture, surtout dans les muscles des mâchoires et du cou.

Onze minutes. — Les phénomènes diminuent d'intensité; l'animal essaye de se redresser, mais ses pattes s'arc-boutent à peu près comme dans l'intoxication strychnique.

Vingt-deux minutes. — L'animal, atteint d'un strabisme convergent, ne peut encore ouvrir les mâchoires.

Vingt-deux à trente minutes. — Les symptômes vont en diminuant jusqu'à un retour presque complet à l'état normal. Cependant, après ce temps, le chien, dont les mâchoires peuvent être desserrées, tient obstinément la tête baissée, ne répond pas à l'appel de son gardien et *semble* en proie à une sorte d'hallucination.

La comparaison de ces phénomènes avec ceux que présentent les mêmes animaux chloroformisés met en évidence un contraste frappant dans l'ensemble des symptômes autres que l'insensibilité. L'influence du chloroforme amène avec l'anesthésie une *résolution générale* précieuse pour les applications de cet agent aux opérations chirurgicales. Le *formène bichloré* produit, au contraire, un état de *contracture* persistant après l'inhalation et alternant fréquemment avec des *mouvements cloniques* et des *crises épileptiformes* ou *choréiques.*

Les quinze inhalations de formène bichloré ont été pratiquées sur des chiens de grande taille et bien portants. Des résultats concordants ont été observés sur divers animaux (lapins, oiseaux, grenouilles). (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Choléra. — MM. *Netter* et *Arcara Notaro* adressent chacun une communication sur cette maladie.

Contribution a l'étude de l'agent virulent de la septicémie puerpérale. Note de M. *S. Arloing.* — Depuis 1869, époque à laquelle MM. Coze et Feltz observaient, pour la première fois, la virulence du sang chez la femme morte de septicémie puerpérale, jusqu'en 1879, plusieurs auteurs ont fait des constatations semblables sur le sang et les liquides morbides des malades. De 1879 à 1883, la question entra dans une phase nouvelle ; on chercha à isoler et à déterminer les micro-organismes infectieux par la culture et l'inoculation. Dans cette période, se placent les travaux de MM. Pasteur, Doléris, Masini, Chauveau. Mais ces expérimentateurs furent bientôt arrêtés dans leurs études par la disparition rapide de l'activité de leurs cultures.

Néanmoins M. Pasteur admit que trois microbes différents, non spécifiques, peuvent produire les divers états morbides décrits sous le nom de *fièvre puerpérale;* M. Doléris en admit quatre. M. Masini pensa que des micro-organismes vésiculeux, piriformes et punctiformes, identiques à ceux des autres processus septiques, causaient, suivant la quantité qui pénètre dans le sang, toutes les formes de l'intoxication puerpérale. M. Chauveau reconnut un seul micro-organisme polymorphe, mais qui ne serait pas particulier à l'état puerpéral.

M. Arloing entreprit les recherches en juin 1883. Au moment d'en publier les résultats, il a appris, par le *Deutsche medicinische Wochenschrift* du 3 avril 1884, que M. Fraenkel avait cultivé les micro-organismes du liquide péritonéal de la femme sur la gélatine de Koch, et qu'il avait obtenu des cocci virulents, elliptiques, rassemblés en petits rubans.

L'auteur a cultivé artificiellement le virus puerpéral à + 35 degrés dans le bouillon de bœuf salé (viande de bœuf dégraissée, 1 kilogramme ; eau, 4 litres ; sel marin, 40 grammes)

---

a tenu une grande réunion le 21 mai dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris. M. Eugène Boureau, étudiant en médecine, promoteur de l'Association et président du comité d'organisation, a ouvert la séance par des remerciements adressés à M. le ministre de l'instruction publique, à M. le vice-recteur de l'Académie de Paris, à MM. les doyens et directeurs des Facultés et des Ecoles supérieures, qui ont tous, dans la sphère de leurs attributions, favorisé l'institution nouvelle, et tout particulièrement au doyen de la Faculté de médecine, qui lui a prêté un appui effectif.

Ensuite M. Chapsal, étudiant en droit, a rendu compte des travaux du Comité et donné lecture du projet de statuts : c'est dans une réunion ultérieure, qui aura lieu dans une quinzaine de jours, et à laquelle ne seront admis que les membres actifs de l'Association ayant opéré le premier versement trimestriel, que sera discuté à fond le mode d'organisation de la Société. On entendra d'abord M. Boureau.

Les hauts encouragements qu'a reçus l'Association, le lieu même où elle peut tenir ses séances, sont un gage de la sagesse des intentions qui animent MM. les étudiants et qu'attestent d'ailleurs les termes dans lesquels l'Association elle-même a défini son but dans la note envoyée aux journaux et que la *Gazette* a reproduite.

— Au sujet des installations nouvelles de la Faculté de médecine de Bordeaux et du développement à leur donner, l'encre a coulé dans la capitale de la Gironde. M. le professeur Perrens a écrit une brochure; une petite polémique s'est engagée entre M. le docteur Verdalle et M. le professeur A. Bouchard ; c'est sur un point seulement de cette polémique que je veux appeler votre attention. On s'est naturellement demandé jusqu'à quel point l'importance de la Faculté, mesurée au nombre de ses élèves, justifiait de grandes dépenses. M. Perrens donnait des chiffres fort encourageants, mais il embrassant indistinctement les élèves en médecine et les

à l'air libre, dans l'oxygène sous la pression normale, dans l'acide carbonique et dans le vide. Dans deux séries de cultures de pus péritonéal et des lochies, poussées jusqu'aux troisième et quatrième générations, il a noté la coexistence de la virulence et de micro-organismes semblables à ceux des humeurs naturelles. Mais la plus longue série de cultures aérobies qu'il ait faite, et qui comprend aujourd'hui vingt-six générations, a pour souche une goutte de sang puisée dans la veine sus-hépatique d'un lapin mort d'une péritonite puerpérale. La semence était donc dans les meilleures conditions pour ne renfermer que les véritables agents septiques.

La multiplication commence rapidement dans ces cultures, mais n'est complète que le quatrième ou le cinquième jour.

Les micro-organismes élevés dans le bouillon de bœuf salé sont plus actifs que ceux des sérosités humaines; ils tuent les jeunes lapins en dix-huit à vingt heures, les adultes en vingt-quatre à trente heures, et même un certain nombre de cobayes, animaux qui résistent habituellement à l'inoculation du pus péritonéal.

Les cultures dans le vide ont été poussées jusqu'à la septième génération. Les microbes qu'elles contenaient, moins nombreux que ceux des cultures aérobies, possédaient en revanche une plus grande activité. On a remplacé l'air par l'acide carbonique, et obtenu les mêmes résultats que dans le vide. Les cultures dans l'oxygène ne différaient pas des cultures à l'air libre.

Les insuccès des précédentes expérimentations tenaient, dit l'auteur, au choix du milieu nutritif. Il a essayé le bouillon de poulet, et a vu l'activité du virus disparaître après la première ou la deuxième génération; s'il reportait la génération suivante dans le bouillon de bœuf salé, aussitôt reparaissaient les propriétés pathogènes; on les enlevait de nouveau, en cultivant encore une fois dans le bouillon de poulet. Le bouillon de bœuf non salé nous a fourni aussi des générations actives.

Si les lapins sont inoculés avec le virus très actif cultivé dans le vide, ils meurent en présentant tous les signes d'un empoisonnement septique, sans suppuration. S'ils sont adultes et inoculés avec le même agent cultivé à l'air, la maladie évolue plus lentement, et ils offrent les lésions de la péritonite fibrineuse. Enfin, s'ils ont reçu du virus affaibli par la culture dans un milieu peu favorable, la maladie est encore plus longue, et la suppuration s'établit dans les séreuses.

« Conséquemment, dit M. Arloing, nous croyons pouvoir affirmer : 1° que les différentes formes de la septicémie puerpérale reconnaissent, comme l'admettait M. Chauveau, un seul agent qui, suivant son activité, produit l'une ou l'autre; 2° que, s'il est démontré que ce micro-organisme est unique, il n'est pas prouvé qu'il soit spécial à l'état puerpéral; seulement, la puerpéralité réalise des conditions favorables à son introduction et à son évolution dans l'organisme humain. »

Sur une méthode nouvelle de transfusion du sang (sang soumis préalablement a l'action de la peptone). Note de M. *Afanassiew*. — L'auteur s'est posé la question suivante : s'il est périlleux de transfuser du sang tel quel d'un animal à l'autre, ne pourrait-on pas trouver une substance inoffensive pour l'organisme, qui, mélangée avec le sang normal, aurait la propriété de conserver les caractères morphologiques et physiologiques de ce liquide, et qui, en conséquence, serait éminemment propre à en faciliter la transfusion? En 1881, Schmidt-Mülheim, faisant des expériences dans un but tout à fait différent, a trouvé que la peptone en solution, injectée dans le sang d'un animal, dans la proportion de 30 à 60 centigrammes par kilogramme d'animal, arrête la coagulation pendant un espace de temps plus ou moins long, selon la quantité de peptone injectée. Cependant Schmidt-Mülheim n'a pas réussi à empêcher la coagulation du sang, quand il le laissait couler de l'artère dans la solution peptonique.

En répétant les expériences de cet auteur, M. Afanassiew s'est assuré que : 1° l'injection de fortes doses de peptone (3 à 6 centigrammes par kilogramme d'animal) dans les veines n'est pas suivie de symptômes toxiques; tout au plus observe-t-on parfois une faible influence narcotique; 2° le sang peptonisé, obtenu par la saignée, possède la faculté de ne pas se coaguler depuis quelques minutes jusqu'à vingt-quatre heures et même davantage; 3° dans un pareil sang peptonisé, tous les éléments figurés comme les globules rouges, les globules blancs, les hématoblastes d'Hayem, se conservent très longtemps sans aucune altération microscopique; 4° les propriétés physiques du sang, sa couleur, sa manière de se comporter envers l'oxygène, ses facultés spectroscopiques (deux bandes d'absorption), sont les mêmes que dans le sang normal; 5° si on laisse couler le sang des artères ou des veines directement dans une solution de peptone d'une certaine concentration et d'une température de 40 degrés centigrades, sans laisser pénétrer l'air, on peut préserver le sang de la coagulation pour un temps plus ou moins long. Dans ce cas, le sang ne montre aucune des altérations que peuvent déceler toutes nos méthodes d'examen, excepté une, la perte de la propriété de la coagulation. Mais encore cette faculté de la coagulation reparaît au bout de quelque temps.

Suit le résumé d'expériences faites sur des chiens rendus anémiques par la saignée. L'expérience se faisait ordinairement de la manière suivante : le sang coulait directement, à l'abri de l'air, de l'artère d'un chien dans un flacon rempli préalablement d'une solution de peptone salée d'une certaine concentration et température. C'est ce mélange non

---

élèves en pharmacie, et M. Verdalle ne se trouvait pas suffisamment édifié. Or M. A. Bouchard a dépouillé au secrétariat, l'un après l'autre, tous les dossiers officiels des étudiants de différentes catégories régulièrement inscrits, et voici les résultats de son investigation : 1° 491 étudiants pour le doctorat, 175 étudiants pour l'officiat; total 666, sur lesquels 120 sont en interruption d'études; 2° 130 étudiants pharmaciens pour la première classe, 120 pour la seconde classe : total 238, dont 44 en interruption d'études. Soit au total pour les facultés mixtes 904 élèves inscrits régulièrement, dont 740 présents. C'est une prospérité remarquable que celle de cette Faculté *municipale;* c'est du sentiment qu'en a le personnel professoral que vient en partie la vivacité des plaintes et des réclamations qu'elle adresse de temps à autre au pouvoir central et dont la *Gazette hebdomadaire* rappelait naguère quelques-unes à l'occasion des élections au Conseil supérieur de l'instruction publique.

— La spécialité de la pathologie infantile, consacrée dans l'organisation de l'Assistance publique, consacrée dans l'enseignement, est un article de foi pour la population. On installerait en plein milieu de Paris un *hôpital des vieillards* que la vieillesse n'y fournirait pas un nombre de consultants égal au quart, au sixième du nombre des enfants qui, de tous les coins de la cité, affluent à cet hôpital pourtant excentrique, à ce refuge légendaire des mères inquiètes, qu'on appelle l'*Enfant-Jésus*. Une dérivation a été établie du côté de l'est par la création de l'hôpital Sainte-Eugénie; mais le courant du nord, libre de ses mouvements, se dirige encore en grande partie vers la rue de Sèvres, et continue à y augmenter l'encombrement. La route est longue d'ailleurs des quartiers du nord, soit à la rue de Sèvres, soit à la rue Saint-Antoine : aussi faut-il applaudir sans réserve à la pensée qu'a eue la Société philanthropique (fondée en 1880) d'instituer dans le quartier de la Villette un *dispensaire spécial pour enfants*. Ce dispensaire a été ouvert le 16 mai 1883. Savez-vous combien d'enfants y ont été amenés en moins d'un

coagulé, contenant de 1 1/8 à 1 1/2 de peptone pour 100, qui a servi à la transfusion chez des chiens ayant subi la soustraction sanguine.

Avec les modifications qu'on a proposées, on a réussi à injecter beaucoup plus de sang intact qu'on ne peut le faire d'ordinaire. Dans trois expériences, faites avec l'appareil de Roussel sur des chiens, on a introduit facilement d'un chien à l'autre plus de 400 centimètres cubes du sang peptonisé (à peu près 100 centimètres cubes de solution de peptone, et par conséquent 300 centimètres cubes de sang).

Académie de médecine.

SÉANCE DU 3 JUIN 1884. — PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

Correspondance : 1° deux lettres de MM. *Budin* et *Pinard*, qui se portent candidats dans la section d'accouchements ; 2° la *Relation d'une épidémie d'oreillons*, par M. *L. Geschwind*, médecin-major ; 3° une *Note* de M. *Puech*, *sur l'action des agents antiseptiques sur le claveau ;* 4° le 5e fascicule du *Dictionnaire usuel des sciences médicales*, par MM. *Dechambre*, *Mathias Duval* et *Lereboullet ;* 5° un ouvrage de M. le docteur *Bordier*, intitulé : *Géographie médicale*.

De la septicémie gangreneuse. — M. *Trélat* critique très vivement la Note de MM. Arloing et Chauveau, lue par M. Bouley à l'Académie, sur cette question.

Au point de vue historique M. Trélat reproche à MM. Arloing et Chauveau de n'avoir pas rappelé les travaux de MM. Nepveu, Regnault, Tedenat, Chauvel et Triphaut, qui tous ont fait des recherches intéressantes sur la septicémie.

Au point de vue du microbe de cette maladie, M. Trélat signale une contradiction qui existe, en apparence du moins, dans la Note de MM. Arloing et Chauveau, lorsque, après avoir avancé qu'il n'y a pas un microbe spécial pour la septicémie, ils affirment quelques pages plus loin que le microbe de la putréfaction est le même que celui de la septicémie. Pour démontrer cette assertion il ne faudrait pas se borner à l'énoncer, mais l'appuyer sur des preuves; or ces preuves n'existent pas. MM. Chauveau et Arloing n'ont pas isolé ce microbe, ils ne l'ont pas cultivé, les inoculations qu'ils en ont faites ne présentent donc pas toute la rigueur que l'on doit exiger en pareille matière.

En ce qui concerne la partie clinique de la Note, M. Trélat se montre encore plus sévère : la septicémie gangreneuse, dit-il, est une maladie que certains chirurgiens regardent comme fatalement mortelle, que tous considèrent comme effroyablement grave. Or, si l'on s'en tenait à la description que tracent de cette maladie MM. Arloing et Chauveau, il faudrait se faire une tout autre idée de cette terrible affection. D'après ces auteurs, l'inoculation de la septicémie ne donne lieu chez les animaux qu'à une élévation de température, un peu de gonflement, une légère infiltration gazeuse de la région et la mortification des tissus dans une petite étendue. Entre ce tableau et celui que connaissent tous les chirurgiens la distance est grande. Il suffit, pour s'en convaincre, de relire la description que nous en a donnée Salleron.

Ces divergences cliniques font supposer à M. Trélat qu'il n'y a pas identité entre les accidents qu'ils ont produits expérimentalement chez les animaux et la véritable septicémie gangreneuse de l'homme.

M. Trélat trouve une confirmation de son opinion dans ce fait que chez l'âne et le cheval, qui sont pourtant les animaux les plus accessibles au virus septicémique, on peut injecter la dose énorme de 35 centimètres cubes de ce virus sans déterminer d'accidents sérieux : mêmes résultats si l'on arrose d'un liquide septique une plaie faite au cou de ces animaux. Dans ces conditions il semble bien difficile à M. Trélat d'établir une relation quelconque entre un virus aussi bénin et le virus pour ainsi dire foudroyant de la septicémie.

M. Trélat fait ensuite ressortir quelques déductions pratiques qui découlent de la partie de la Note de MM. Chauveau et Arloing consacrée aux agents antiseptiques et aux doses de virus inoculé. Au point de vue prophylactique le chirurgien de la Charité s'étonne qu'à notre époque MM. Chauveau et Arloing croient utile de recommander aux chirurgiens de ne jamais faire usage des mêmes instruments pour les autopsies et les opérations sur le vivant. Il n'existe pas un service de chirurgie où pareille chose se pratique.

M. *Bouley* fait observer à M. Trélat qu'en parlant d'autopsies faites avec les mêmes instruments que les opérations sur le vivant, MM. Chauveau et Arloing ont fait allusion à ce qui se passait autrefois à l'école d'Alfort et non pas à la pratique des chirurgiens lyonnais. Il ajoute qu'il ne faut pas s'étonner de l'innocuité relative des inoculations du virus de la septicémie dans le sang ou à la surface des plaies, puisqu'il s'agit ici, comme pour le charbon, d'un microbe anaérobie.

M. Bouley termine en annonçant à l'Académie que M. Chauveau viendra développer devant elle les opinions émises dans son travail.

M. *Verneuil* se félicite d'entendre bientôt M. Chauveau, mais dès maintenant il croit devoir s'élever contre l'application à la chirurgie humaine des résultats expérimentaux que MM. Chauveau et Arloing ont obtenus sur les animaux. Une fois de plus M. Verneuil revendique en faveur des malades atteints antérieurement d'un état constitutionnel grave : diabète, alcoolisme, albuminurie, etc., le triste privilège de contracter à la suite d'un traumatisme la septicémie gangreneuse. Or rien de pareil n'existe chez les animaux.

---

an, c'est-à-dire jusqu'au 30 avril 1884? *Trois mille cent quarante-quatre!* Et la progression incessamment croissante des chiffres, en attestant la rapidité des progrès de l'œuvre, lui présage un avenir plus prospère encore. Ainsi, tandis que le maximum mensuel des consultations, en 1883, ne dépassait pas 257 (juillet), il est de 476 en 1884 (mars). Tandis que, dans le cours de 1833, le chiffre moyen des enfants par consultation ne dépassait pas 15, il s'élève en 1884 à 27 (janvier), 26 (février), 36 (mars) et 35 (avril).

Le dispensaire est encore utile, d'une autre manière, aux enfants malades. Un certain nombre de ces enfants sont inscrits pour un traitement de trois mois, à la faveur des cartes des souscripteurs de la Société philanthropique. Du 16 mai 1883 au 30 avril 1884, 422 enfants ont été inscrits dans ces conditions et suivis jusqu'à la fin du traitement.

J'extrais ces chiffres du *Rapport médico-chirurgical* lu par M. le docteur J. Comby à l'assemblée générale du 20 mai 1884, en caressant la pensée qu'ils pourront faire naître chez quelques-uns de ceux qui les lisent de bonnes résolutions, propres à faciliter, non seulement à Paris, mais dans d'autres grandes villes, la propagation d'une œuvre philanthropique si efficace.

— L'homme le mieux habillé est exposé, dans la rue, à recevoir sur la tête toutes sortes de malpropretés; le plus honnête médecin l'est à se voir adresser des lettres comme celle-ci, dont plusieurs confrères m'ont transmis des exemplaires identiques :

Lyon, le 24 avril 1884.

Monsieur le docteur,

Vous plairait-il de favoriser une combinaison pour l'extension d'un produit pharmaceutique patronné déjà par plus de huit cents médecins?

Ce produit, d'une facture irréprochable, peut être pour vous un puissant agent curatif auprès de la plupart de vos malades, en même temps que la source d'un profit justifié de 1500 à 3000 francs par an.

M. *Colin* (d'Alfort) proteste contre l'accusation que vient de porter à la tribune M. Bouley en prétendant qu'à l'école d'Alfort les autopsies avaient été pratiquées avec les mêmes instruments que les opérations.

M. Colin se réserve du reste de discuter plus complètement dans la prochaine séance la Note de MM. Chauveau et Arloing.

— M. le docteur *Marius Odin* lit un travail sur la *solubilité naturelle de l'arséniate de fer dans les eaux minérales par l'hydrogène sulfuré qu'elles contiennent.*

— M. *Gautier* donne lecture de deux rapports au nom de la commission des eaux minérales.

— La séance est levée à quatre heures un quart.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 28 MAI 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Nouvelles de la santé de M. Le Dentu. — Suite de la discussion sur les fistules sterco-purulentes : MM. Trélat et Gillette. — Présentation d'un malade atteint de fracture du radius : M. Després. — Congrès annuel des chirurgiens français. Rapport : M. Pozzi. Discussion : MM. Després, Trélat, Verneuil. — Eponges artificielles : M. Gamgee.

M. *Verneuil* est heureux de donner à la Société d'excellentes nouvelles de M. Le Dentu, chez lequel il vient de pratiquer, avec le concours de MM. Bouilly et Berger, la résection partielle des huitième et septième côtes. L'opération a été remarquablement simple, sans incident notable. Le malade l'a fort bien supportée et son état est aujourd'hui aussi satisfaisant que possible.

— M. *Trélat* prend la parole au sujet du traitement des fistules sterco-purulentes, dont il a été question dans la dernière séance. Il fait remarquer que, sans doute, on peut espérer guérir pareilles lésions par des opérations sérieuses, telles que résection, avivement, suture, mais qu'il y a des cas graves, comme celui de M. Berger, pour lesquels aucune opération ne saurait être tentée. Les larges débridements, conseillés par M. Verneuil, n'en constituent pas moins dans une catégorie de fistules sterco-purulentes une méthode de choix et des plus recommandables.

M. *Gillette* a émis l'opinion que souvent, à cause de la profondeur et de l'anfractuosité du trajet, il était difficile de savoir si la fistule était unique ou multiple, et il en a rapporté un exemple; aujourd'hui il peut en citer une deuxième observation. L'autopsie du malade, qui n'avait été soumis à aucun traitement chirurgical, a montré l'existence de fistules multiples, contre lesquelles toute opération aurait échoué.

— M. *Després* présente un malade atteint de fracture du radius, traitée par l'appareil de Nélaton. Il est au vingt-deuxième jour du traitement et n'offre aucune raideur du poignet, aucune gêne des mouvements de la main et des doigts. M. Després ne croit pas que l'appareil plâtré donne de semblables résultats.

— M. *Pozzi*, au nom d'une commission composée de MM. Verneuil, Trélat, Horteloup et Chauvel, et dont il est le rapporteur, fait un rapport sur une proposition de M. Demons (de Bordeaux), au sujet de la création d'un congrès annuel de chirurgiens français. Les conclusions sont les suivantes :

1° Accepter en principe le projet d'un congrès annuel de chirurgiens français, ou mieux d'un congrès de chirurgie, ou encore d'un congrès de chirurgie en langue française.

2° Accepter la mission de constituer un comité d'organisation, chargé de rédiger des statuts et règlements provisoires, de recueillir des adhésions et de présider à l'ouverture du premier congrès.

3° Transformer la commission d'examen qui présente ce rapport, en commission d'organisation, par l'adjonction de nouveaux membres, dont il restera à fixer le nombre.

4° Adresser des remerciements à M. Demons, et déposer honorablement sa lettre aux archives.

M. *Després* combat les conclusions du rapport et fait ressortir dans son argumentation deux points : en premier lieu l'inutilité des congrès scientifiques d'une façon générale; en second lieu les dangers qu'il y aurait pour la Société de chirurgie à intervenir à un titre quelconque dans la formation de ce congrès. Suivant M. Després, la Société de chirurgie perdrait de sa dignité et de son prestige en consentant à se mêler officiellement aux travaux de ce nouveau congrès, qui ne sera pas plus que les autres rempli par les plus capables.

M. *Trélat* ne veut pas discuter sur l'utilité ou sur l'inutilité des congrès scientifiques, mais il ne peut pas ne pas s'élever contre les idées que vient d'émettre M. Després, relativement aux inconvénients qui résulteraient pour la Société de sa participation au congrès des chirurgiens français. D'ailleurs il ne s'agit pas d'engager les membres de la Société dans une assemblée quelconque, mais tout simplement d'accepter d'être les parrains de ce congrès. Après sa formation, la Société de chirurgie se retire, et sa dignité ne court ainsi aucun risque.

M. *Verneuil* défend les conclusions du rapport. Il fait remarquer combien depuis quelques années se multiplient les congrès scientifiques en Europe et les nombreux avantages qu'ils présentent. Les chirurgiens de province, en demandant l'appui de la Société de chirurgie, lui font hon-

Si ma proposition vous convient, veuillez me faire savoir au plus tôt à quelle heure mon représentant peut aller vous faire visite par deux mots envoyés à M. R. David, 4, rue du Faubourg-Montmartre, Paris.

Agréez, monsieur le docteur, mes meilleures salutations.

CARRAUD.

Il se vante, cet industriel. Les huit cents médecins patronnant son produit pharmaceutique ressemblent au *million de marchandises* affiché à la porte des magasins qui font faillite. On ne peut néanmoins se défendre d'une réflexion mélancolique. De pareilles propositions seraient-elles si communes — car j'en ai vu bien d'autres — si elles n'étaient jamais acceptées?

EAUX MINÉRALES DE BOURBON-L'ARCHAMBAULT. — Quelques feuilles politiques et médicales ont annoncé successivement, depuis une quinzaine de jours, que les eaux de Bourbon-l'Archambault avaient disparu à la suite de travaux exécutés pour l'achèvement du nouvel établissement thermal, et qu'on avait dû renvoyer les malades. Le médecin-inspecteur de Bourbon-l'Archambault nous écrit que ce bruit est entièrement inexact; ce qui y a donné lieu, c'est simplement que les travaux n'étaient pas terminés. Ils le sont aujourd'hui, et aucune source n'a été perdue ni même divisée. La saison est ouverte depuis le 1er juin.

MÉDAILLE D'HONNEUR. — M. le docteur Royer, ancien membre du Conseil municipal de Paris, vient de recevoir une médaille d'argent pour sa belle conduite lors de la catastrophe qui a eu lieu le 18 mars dernier dans la rue Saint-Denis.

COMITÉ DES TRAVAUX HISTORIQUES ET SCIENTIFIQUES. — M. le docteur Th. Roussel, sénateur, est nommé membre honoraire de ce Comité.

neur, et en accueillant leur demande, les membres de la Société donneront leur concours à une œuvre éminemment utile et désintéressée. Ce n'est pas s'engager que de participer à la formation du congrès. S'il tourne mal, la Société ne sera nullement compromise dans sa considération. L'abstention de la Société ne saurait d'ailleurs empêcher le congrès de se former; convient-il qu'il se fasse sans elle et malgré elle?

Après une réplique de M. *Desprès*, M. le président met aux voix la première conclusion du rapport de M. Pozzi. Elle est adoptée. La discussion des autres conclusions est remise à la prochaine séance.

— M. *Gamgee* (de Birmingham) a fait fabriquer avec du coton hydrophile et des fibres de coco des éponges possédant une grande douceur et une grande élasticité ; en outre elles sont instantanément rendues antiseptiques, grâce à une petite capsule de verre contenant une substance antiseptique renfermée à leur intérieur; il suffit en effet de briser la capsule par la pression au moment de s'en servir, pour qu'aussitôt l'éponge s'imprègne de la substance en question. Le prix de revient de ces éponges est d'ailleurs peu élevé, ce qui permet de les détruire quand elles ont servi. Un de leurs avantages serait d'être toutes préparées pour le pansement, surtout en cas de guerre.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 31 MAI 1884. — PRÉSIDENCE DE M. FRANÇOIS-FRANCK.

Microbes de la pneumonie croupale : M. Afanassiew. — Développement de la Bilharzie : M. J. Chatin. — Suggestion mentale : M. Burq.

M. *Cornil* expose les résultats des recherches exécutées dans son laboratoire par M. Afanassiew (de Saint-Pétersbourg), sur les inoculations des différents micrococcus de la pneumonie croupale.

M. Afanassiew tire de ses expériences les conclusions suivantes : « 1° Dans la production de la pneumonie croupense les micrococcus jouent toujours un rôle actif; 2° en considérant que des expérimentateurs agissant avec des micrococci différents ont pu produire la pneumonie chez les animaux, en admettant l'existence de micrococci probablement différents observés sur les coupes, et enfin, en tenant compte de la différence de coloration des microbes pneumoniques de l'homme et des animaux, nous pensons que la pneumonie résulte probablement de l'action de plusieurs microbes. En tous cas ces micrococci sont très voisins par leur forme et leur grandeur; 3° les propriétés pathogéniques des micrococci de la pneumonie croupale ne sont pas très actives, vu que les animaux peuvent quelquefois opposer une très grande résistance et même sortir vainqueurs dans cette lutte; 4° le micrococcus atteint son maximum d'action si on l'introduit directement dans le poumon. Cependant, si le poumon est sain, il oppose une forte résistance à l'action du microbe; 5° tout cela rend très vraisemblable l'hypothèse d'après laquelle les différentes causes nocives qui affaiblissent l'organisme, comme le refroidissement, sont des circonstances favorables au développement du microbe et à la pneumonie. »

— M. *J. Chatin* adresse une Note complémentaire sur le développement de l'embryon de la Bilharzie (*B. hæmatobia*), dont il avait déjà entretenu la Société. Il avait réservé certaines questions et particulièrement l'étude des variations qui peuvent s'observer dans la forme des œufs de cet helminthe. L'occasion de poursuivre ces études lui a été récemment offerte par l'envoi d'œufs recueillis dans une autopsie (Egypte); il a pu étudier ainsi le prolongement ovulaire auquel on avait accordé une importance excessive ; toutefois, avec les réserves qu'il apporte, M. Chatin pense que ce prolongement conserve une réelle importance morphologique; il montre, en effet, chez un distomien, la première ébauche des filaments qui se développeront sur l'œuf de la plupart des polystomiens avec une constance assez grande pour représenter l'un des caractères les plus saillants de cette tribu des trématodes.

— M. *Burq* conteste l'explication donnée par M. Richet des expériences de M. Cumberland et admet la réalité de la suggestion mentale. Il rapporte à l'appui de son dire des faits dont le caractère peu scientifique oblige le président à demander le renvoi de la communication au comité de publication et dont on ne saurait, par suite, rendre autrement compte dans ce journal.

— La Société décide la déclaration d'une vacance pour une place de membre titulaire.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 28 MAI 1884. — PRÉSIDENCE DE M. DELPECH.

Emploi de l'Euphorbia pilulifera contre l'asthme : M. Petit. — Sonde à double courant pour le lavage de l'estomac : M. Boisseau-Durocher. — Eau ozonisante: M. Ed. Labbé. — Modes d'emploi de la graine de cola — Action de l'hamamelis virginica : M. Dujardin-Beaumetz.

M. *Petit* donne lecture d'une Note sur l'*Euphorbia pilulifera*, plante herbacée, dont il place un échantillon sous les yeux de la Société. Cette plante, très abondante en Australie, est depuis longtemps employée, dans ce pays, contre l'asthme et la plupart des affections des bronches; son usage commence à être adopté en Angleterre. On fait bouillir environ 15 grammes d'*Euphorbia pilulifera* dans deux litres d'eau, jusqu'à réduction à un litre ; on laisse refroidir, et l'on ajoute un peu d'alcool pour prévenir la fermentation. Cette décoction se prend à la dose de trois verres par jour, le matin, à midi et le soir.

— M. *Boisseau-Durocher* présente l'appareil à double courant, dont il est l'inventeur, pour le lavage de l'estomac. (Voy. le Compte rendu de l'Académie de médecine dans le numéro du 2 mai.)

— M. *Ed. Labbé* lit une Note de M. Boursier, ingénieur civil, relative à l'*hydrate de terpilène* ou *eau ozonisante* dont il a parlé déjà dans la dernière séance. M. Boursier s'est livré à de longues recherches pour trouver une substance, d'un prix minime, ayant la propriété de condenser l'oxygène et, par suite, de remplacer le courant de pile dans la production de l'ozone; il fallait en outre, pour que l'emploi de cette substance fût pratique, qu'elle pût, exposée à l'air extérieur, conserver l'ozone formé. Ces conditions sont remplies par le *terpilène bihydraté* ($C^{20}H^{16},2H^2O^2$), qui absorbe et condense l'oxygène, pour le dégager ensuite à l'état d'ozone, sous l'influence de l'évaporation. La production de l'ozone dans un récipient où l'on pulvérise cette *eau ozonisante* est très facilement démontrée, de façon irréfutable, au moyen du papier ozonométrique. — On prépare cet hydrate de terpilène en distillant dans le vide, à la plus basse température possible, les gemmes ou les résines du *Pinus maritima* et du *Pinus australis*; on obtient ainsi du térébène ou australène, que l'on mélange intimement, par un procédé spécial, avec une quantité déterminée de protoxyde d'hydrogène très pur (eau distillée); puis on fait absorber au liquide de l'oxygène à saturation, pour lui donner ses propriétés ozonisantes. — Le liquide ainsi obtenu possède un pouvoir désinfectant très prononcé, qui rend son emploi précieux en hygiène et en thérapeutique. M. Ed. Labbé a

également obtenu de bons résultats des pulvérisations de cette eau ozonisante administrée en inhalations chez les phthisiques : l'expectoration est devenue plus facile et a perdu complètement ses caractères fétides. Pensant, avec raison, que le liquide pulvérisé ne franchit pas le larynx, M. Ed. Labbé a fait respirer les malades au-dessus d'une éprouvette à pied, dans laquelle est projetée la pulvérisation : une légère ivresse, assez rapidement produite, est venue démontrer nettement la pénétration de l'ozone, mis en liberté, dans les voies respiratoires. Dans les cas de dilatation gastrique avec renvois fétides, l'injection de l'eau ozonisante a paru fournir d'heureux effets, sans déterminer les accidents de gastralgie produits, en semblable circonstance, par l'usage de l'eau oxygénée. Enfin, chez un malade atteint de diphthérie grave, les pulvérisations, employées concurremment avec les autres moyens ordinaires de traitement, ont amené l'élimination et le rejet des pseudo-membranes, suivis de la guérison. M. Ed. Labbé a également employé les compresses imbibées d'eau ozonisante comme désinfectant et antiseptique chez une malade présentant une suppuration extrêmement fétide, consécutive à un abcès iliaque avec lésions osseuses ; les résultats ont été, au dire de la malade, bien préférables à ceux qu'elle obtenait avec l'acide phénique.

M. *Blondeau* fait observer que le liquide présenté par M. Ed. Labbé possède une odeur manifeste de térébenthine. N'est-ce pas à cette substance que l'on peut rapporter les effets obtenus, et en particulier l'ivresse observée à la suite des pulvérisations ?

M. *Ed. Labbé*. L'hydrate de terpilène contient exactement $\frac{1}{100000}$ d'ozone, et constitue un précieux véhicule de ce gaz, si difficilement employé jusqu'ici en thérapeutique. D'ailleurs, des essais parallèles tentés avec de l'eau térébenthinée n'ont pas fourni les mêmes résultats favorables.

M. *Petit* rappelle que le fait de l'absorption de l'oxygène à l'état d'ozone par la térébenthine est depuis longtemps établi de façon indiscutable par Berthelot, et que cette propriété spéciale a été employée pour la préparation chimique de certains corps nécessitant l'intervention de l'oxygène condensé sous forme d'ozone.

M. *Ed. Labbé* fait observer que le seul but de l'inventeur a été de trouver une source d'ozone commode à employer, et moins dispendieuse que la pile électrique.

— M. *Dujardin-Beaumetz* présente à la Société des échantillons de la *graine de cola*, et des diverses préparations pharmaceutiques dont elle forme la base. La noix de cola est la graine du *Sterculia acuminata*, plante originaire des régions tropicales d'Afrique; elle est considérée par les indigènes comme tonique et aphrodisiaque. Elle renferme une forte proportion de caféine, ainsi qu'une petite quantité de théobromine et de tannin. On l'emploie, au Soudan, sous deux formes : comme masticatoire ou en infusion, après l'avoir torréfiée et pulvérisée. M. Dujardin-Beaumetz l'a expérimentée dans les cas de diarrhée chronique, et en a retiré d'excellents résultats, analogues à ceux que les médecins de la marine en ont obtenus contre la diarrhée de Cochinchine. Dans les affections cardiaques, à la période d'asystolie, les préparations de cola ont paru agir, comme le café et la caféine, à la fois comme tonique du cœur et comme diurétique. Enfin, leurs propriétés stimulantes et toniques générales peuvent être heureusement mises à profit dans un grand nombre d'affections adynamiques. — M. Dujardin-Beaumetz a employé l'infusion de la graine de cola torréfiée, à la dose d'une tasse (15 grammes de cola pour une tasse d'eau), et l'élixir ou la teinture de cola, non torréfiée, à la dose d'une cuillerée à dessert, et même d'une cuillerée à bouche. On prépare également avec la cola un vin et une alcoolature.

M. Dujardin-Beaumetz a institué de nouvelles expériences pour déterminer, chez les animaux, l'action physiologique de la teinture d'*Hamamelis virginica*, et a constaté qu'elle paraît être absolument nulle; il n'a pu trouver une dose toxique de cette préparation : les seuls effets physiologiques obtenus sont ceux que détermine l'alcool servant de véhicule aux principes de la plante. Il fait, d'ailleurs, observer que cette absence de toute action physiologique n'entraîne nullement, comme conséquence, la nullité des effets thérapeutiques.

M. *Blondeau* demande si c'est la teinture de feuilles ou d'écorce d'hamamelis dont M. Dujardin-Beaumetz s'est servi dans ses expériences. Les préparations d'écorce d'hamamelis sont, en effet, beaucoup plus actives que celles des feuilles.

M. *Dujardin-Beaumetz* n'a expérimenté que la teinture de feuilles. Il a reconnu que l'emploi thérapeutique de l'*Hamamelis virginica* est beaucoup moins récent qu'on ne l'a cru : en effet, dans le Dictionnaire de Mérat et Delens, à la date de 1831, ont trouve signalées les propriétés de cette plante américaine, et les auteurs de l'article qui lui est consacré rappellent qu'elle était employée dès 1786.

M. *Campardon* signale l'action remarquable de la teinture d'hamamelis, administrée par la voie gastrique, sur les taches cutanées consécutives aux varices anciennes des membres inférieurs. Chez une cuisinière, affectée de varices depuis de longues années, et présentant, outre un ulcère variqueux rebelle, une macule étendue à toute la face interne du mollet, la teinture d'hamamelis a déterminé, en moins d'un mois, la disparition progressive et presque totale des lésions.

M. *Petit* rappelle qu'il existe actuellement, dans la matière médicale, un certain nombre de substances renfermant une proportion plus ou moins forte de caféine : telles sont la cola, le guarana, le mathé, le café, le thé. Ne serait-il pas utile de déterminer, par une expérimentation comparative, s'il y a quelque avantage à administrer ces substances elles-mêmes, plutôt que la caféine, à des doses exactement proportionnelles ?

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Action thérapeutique de l'antipyrine, par M. Paul Guttmann. — Le docteur Knorr (d'Erlangen) a donné le nom d'*antipyrine* à un alcaloïde artificiel obtenu par lui, dérivé de la quinoline, et dont Filehne constata le premier les propriétés antiseptiques. — Guttmann résume les expériences faites à l'hôpital de Moabit. A la dose de 4 à 6 grammes (en trois prises dans du pain à chanter), le nouvel agent possède une action certaine et généralement marquée, durant cinq heures au moins. L'abaissement de la température est progressif; il atteint de 1/2 à 3 degrés. Le pouls diminue de fréquence. Souvent on observe des sudations abondantes. L'antipyrine n'aurait aucune action défavorable, les malades supportent bien son administration; la réascension de la température se produit sans frisson.

L'auteur conclut en disant que cette action thérapeutique est sensiblement analogue à celle de la quinine.

Le prix actuel est de 150 francs le kilogramme. (*Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 20.)

Traitement des lymphomes malins par l'arsenic, par M. Karewski. — Sous le nom de lymphome malin, l'auteur entend, avec Winiwarter, cette évolution rapide de tumeurs multiples qui se développent d'abord dans les gan-

glions d'*une* région et se répandent bientôt dans ceux du voisinage pour finir par produire des métastases dans les organes internes.

Le diagnostic exact est très important pour l'appréciation des résultats thérapeutiques : le sarcome des glandes lymphatiques doit être séparé avec soin du lymphome, d'autant que ce dernier est absolument réfractaire vis-à-vis de l'arsenic. Chez les quatre malades observés par l'auteur, la peau était mobile et sans altérations inflammatoires, les tumeurs n'étaient adhérentes ni entre elles, ni avec les organes avoisinants, la pression était indolore, les paquets volumineux étaient le point de départ d'un cordon de petites glandes tuméfiées.

Le traitement arsenical (par la bouche ou en injections hypodermiques) guérit absolument trois de ces malades et en soulagea une.

Presque dans chaque cas on observe la fièvre arsenicale. (*Berlin. klin. Woch.*, 1884, n°s 8 et 9.)

Cette communication soulève une petite discussion à la Société médicale de Berlin.

M. *Lewin* présente quelques considérations sur l'action bienfaisante de l'arsenic sur certaines affections verruqueuses de la peau et sur les maladies cutanées en général. Il profite de l'occasion pour attirer l'attention sur les effets fâcheux du traitement arsenical qui favorise la production de l'obésité et produit une action déprimante dans la sphère sexuelle.

Travaux à consulter.

De la localisation de la sensibilité cutanée et du sens musculaire a la superficie des hémisphères cérébraux, par M. Bentehew. — La région *motrice* de l'écorce cérébrale n'a pas de fonction sensitive, comme on l'a prétendu. Des expériences sur les animaux montrent que des centres spéciaux pour le toucher, le sens musculaire et la douleur existent chez le chien dans une région qui correspond aux circonvolutions pariétales de l'homme. (*Neurol. Centralblatt*, 1883, n° 18.)

L'acide oxybutyrique dans les urines des diabétiques, par M. Minkowski. — L'excrétion exagérée d'ammoniaque chez certains diabétiques a été attribuée par Stadelmann à la présence de l'acide crotonique. L'auteur pense que cet acide n'existait pas primitivement dans l'urine et que son apparition résulte des manipulations chimiques. Il a pu mettre en évidence dans un cas l'acide oxybutyrique ($C^4H^8O^6$) et en préparer les sels de zinc, d'argent et de soude à l'état cristallin. Il considère cet acide comme la source de l'acétone. — Le malade en question mourut dans le coma diabétique. Il avait excrété dans les vingt-quatre dernières heures de sa vie jusqu'à 20 grammes (!!!) d'acide oxybutyrique. (*Cent. für med. Wiss.*, 1884, n° 15.)

Un cas de pemphigus aigu, par M. Voigt. — Intéressant au point de vue étiologique. Il s'agit d'un buveur de trente-quatre ans qui dut passer trois nuits de suite en plein air parce que sa femme ne voulait pas le laisser rentrer. Apparition de la maladie peu après. Pas d'antécédents syphilitiques. Guérison. (*Prag. med. Woch.*, 1884, n° 1.)

Les troubles trophiques consécutifs aux arthrites, par M. J. Wolff. — Les raccourcissements consécutifs aux lésions des articulations sont attribués tantôt à l'inactivité, tantôt à l'accroissement des épiphyses. Wolff montre que souvent au lieu d'un raccourcissement, on observe ce qu'Ollier désignait par le nom « d'allongement atrophique ». Il y a donc une certaine indépendance entre ces phénomènes et la lésion articulaire, et l'on peut supposer que l'atrophie tient à une lésion inconnue des nerfs trophiques, dépendant de la maladie elle-même et non de l'inactivité du membre. (*Berl. klin. Woch.*, 1883, n° 23.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les maladies mentales, par M. B. Ball, professeur à la Faculté de médecine. — 3e et 4e fascicules, 1882. — 5e fascicule, 1883. — Paris, Asselin et Cie.

Dans un précédent article (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1882, n° 42) nous avons rendu compte des deux premiers fascicules de l'ouvrage de M. Ball, et nous avons fait particulièrement ressortir l'esprit et la méthode qui président à l'enseignement du savant professeur. Depuis lors, l'œuvre a été parachevée et il est possible de la juger dans son ensemble.

Il est malaisé de faire, sous forme de leçons, un traité complet d'une science ; sans compter les redites auxquelles on est souvent obligé, il est surtout difficile de bien délimiter le cadre des différentes questions à traiter. M. Ball a évité ces inconvénients, en faisant de chaque leçon un chapitre distinct, consacré à un point spécial. Lorsque la matière le comporte — quand il s'agit de la paralysie générale, par exemple, — elle occupe plusieurs leçons, dont chacune constitue un tout complet et étudie sous l'une de ses faces la maladie à décrire.

Après les notions de pathologie générale qui remplissent les deux premiers fascicules de l'œuvre de M. Ball, et une portion du troisième, on entre dans la description des différents types morbides. Mais en médecine mentale, ce passage de la pathologie générale à la pathologie spéciale ne peut guère s'effectuer qu'à l'aide d'une classification des diverses espèces de folie. On sait la grande importance que les aliénistes ont de tout temps attachée à cette partie de leur œuvre; cette habitude — d'aucuns diraient peut-être cette manie — de grouper par genres et espèces les différentes formes de folie, a inspiré à Buchez la spirituelle boutade si connue : « Lorsqu'ils croient avoir fini leurs études, les rhétoriciens font une tragédie et les aliénistes une classification. » Les difficultés d'une pareille tâche qui paraît si simple aux débutants, sont nombreuses, insurmontables même dans l'état actuel de la science. M. Ball le reconnaît; il énumère avec soin les obstacles contre lesquels le nosographe vient se heurter, lorsqu'il veut classer méthodiquement les faits observés. « Toute classification, dit-il, est une œuvre artificielle, une figure schématique destinée à faciliter les descriptions et à permettre aux observateurs de ranger méthodiquement leurs connaissances. Mais la nature n'admet point ces distinctions, et tout arrangement systématique n'est qu'une image plus ou moins défigurée de la réalité » (p. 455). Une classification des maladies mentales ne doit donc avoir d'autre but que de placer « dans un ordre défini les notions que nous possédons, comme on range les livres sur les rayons d'une bibliothèque, d'après un système qui les rend faciles à trouver. Mais autant il importe d'avoir un bon catalogue, autant il serait absurde de considérer la rédaction de ce catalogue comme le but suprême de la science et le dernier terme de nos efforts. » Ces observations sont justes et nous y souscrivons complètement.

Classer aujourd'hui les maladies mentales, c'est donc faire une table des matières aussi méthodique que le comporte le sujet; et considérée à ce point de vue, la tentative du groupement, proposée par M. Ball, est bonne. Il admet sept grandes classes de folies : 1° les *folies vésaniques* ou essentielles (sans lésions), dont les types les plus nets sont la folie à double forme, le délire de persécution, les délires partiels, etc.; 2° les *folies névropathiques*, celles qui « plongent par leurs racines dans un substratum pathologique dont l'origine est évidemment matérielle »; tels sont les délires qui se greffent sur l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, la paralysie agitante, etc.; 3° les *folies diathésiques*, dont l'origine se rattache à ces états généraux connus sous les noms de goutte, de rhumatisme, de tuberculose, etc.; 4° les *folies sympa-*

thiques, où la lésion d'un viscère situé en dehors de l'encéphale réagit sur les fonctions de cet organe. M. Ball classe dans cette catégorie les faits de troubles mentaux consécutifs aux lésions du cœur, aux maladies des organes génitaux, etc.; 5° les *folies toxiques*, qui constituent un des groupes les plus naturels; 6° les *folies organiques ou cérébro-spinales*, dans lesquelles entrent le délire aigu, la paralysie générale, la démence apoplectique, etc.; les *folies congénitales ou morphologiques*, qui comprennent ces « mutilations du cerveau » produisant l'imbécillité, l'idiotie ou le crétinisme.

On voit d'après ce plan les progrès faits par la médecine mentale depuis Pinel; nous sommes loin de la classification un peu primitive de cet illustre savant, et les diagnostics : manie, mélancolie, idiotie ou démence, nous paraîtraient bien insuffisants. Dans la pathologie mentale, comme dans toutes les autres branches de la médecine, il s'est fait un travail de patiente analyse; on ne s'est plus contenté de la surface ou de l'apparence symptomatique extérieure. On a creusé plus à fond et on n'a pas tardé à découvrir des mines inconnues qui ont aidé à transformer la face de la science.

Mais en se transformant, elle s'est aussi compliquée, et pour tracer un tableau complet des diverses formes de la folie aujourd'hui admises, pour décrire avec détails leurs symptômes, leur marche, leurs causes, etc., il faudrait aujourd'hui plus que les trois cents pages de la première édition du *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, de Pinel; il faudrait, comme le dit M. Ball, des volumes. Comme pour enseigner, de même que pour écrire, il faut savoir se borner, le savant professeur n'a pas cru devoir suivre pas à pas la classification qu'il a présentée à ses élèves; il a choisi dans chaque groupe un type bien défini, pouvant servir d'exemple et dont la description doit en quelque sorte aider à comprendre l'histoire des autres maladies parallèles.

Nous trouvons donc comme exemples des vésanies, l'étude de la folie religieuse et de la folie du doute; nous exprimerons le regret de ne pas trouver en tête de ces deux leçons celles sur le délire de persécution et la folie à double forme, placées, on ne sait pourquoi, dans la pathologie générale, et dont la véritable place est dans la pathologie spéciale; ce sont, en effet, deux *types morbides* bien définis, ayant leurs symptômes, leur marche, leur évolution propres, et non de simples *formes de délire*.

Dans le groupe des folies névropathiques, M. Ball étudie successivement la folie épileptique, l'état mental des hystériques et des choréiques, etc. Comme exemples des folies diathésiques, il a choisi les troubles intellectuels des phthisiques et la folie rhumatismale; et les folies génitales lui fournissent un type intéressant des perturbations mentales sympathiques.

Dans l'étude des folies toxiques, une leçon est consacrée à l'encéphalopathie saturnine; puis cinq autres aux différentes phases ou modalités de l'intoxication alcoolique, depuis l'alcoolisme aigu jusqu'à la pseudo-paralysie générale alcoolique.

On sait la place qu'occupe la paralysie générale dans les préoccupations des spécialistes; elle s'explique par le nombre des malades atteints de cette forme de folie et par les problèmes multiples que celle-ci suscite tant au point de vue symptomatologique qu'au point de vue anatomo-pathologique. Aussi M. Ball s'est-il largement étendu sur cet intéressant sujet; il ne lui a pas fallu moins de huit leçons, je ne dirai pas pour épuiser le sujet, — car, pour cela, il faudrait un bien gros volume — mais pour donner de cette maladie une description, saisissante d'exactitude.

Pour ce qui concerne la théorie de la paralysie générale, le savant professeur, tout en reconnaissant l'utilité momentanée de la théorie dite *unitaire* de Bayle et les services que peut rendre pour l'explication de certains faits la théorie *dualiste* de Baillarger, se range à l'avis qui a été, croyons-nous, soutenu par Lasègue, que « le mot de *paralysie générale* doit être considéré comme l'expression d'un genre qui comprend plusieurs espèces qui se confondent au point d'arrivée, bien que divergentes au point de départ » (p. 702). Il y a encore là ample matière à discussions, et ce n'est pas le moment de nous livrer à de longues controverses sur ce sujet.

L'idiotie, l'imbécillité et le crétinisme fournissent les types bien connus des folies morphologiques; s'inspirant des recherches les plus récentes, M. Ball en décrit les caractères anatomiques et symptomatologiques avec le plus grand soin. Le livre se termine enfin par une leçon sur « l'aliéné devant la société ».

L'éloge de M. Ball comme écrivain et orateur n'est plus à faire; nous ne nous étendrons donc pas sur les qualités littéraires de l'œuvre que nous venons d'analyser, contentons-nous de dire que ceux qui la liront auront à la fois plaisir et profit : plaisir pour la forme dans laquelle elle est écrite, profit quant aux enseignements qu'ils y puiseront.

Dr Ant. Ritti.

Vie et œuvres de Bertillon.

Je suis honteux de signaler si tardivement le petit monument de piété que les fils, eux-mêmes si distingués et si honorables, du docteur L.-A. Bertillon, viennent d'élever à la mémoire du statisticien célèbre, du mycologue, de l'anthropologiste qui, dans une des vies les plus laborieuses et les plus utiles de ce temps-ci, n'a pu arriver que vers la fin de sa carrière à recueillir, même dans le domaine médical, le fruit mérité de tous ses services. Déjà L.-A. Bertillon avait reçu de l'étranger, pour ses recherches sur les champignons, et plus encore pour ses travaux démographiques, des témoignages publics de haute considération, quand, à Paris, il frappait en vain à la porte de l'Académie de médecine. Les circonstances de son succès définitif ont bien fait voir une des causes de ce long délaissement; car il y en eut deux : la première est la sécheresse apparente des sujets qu'il a traités et le peu de faveur accordé en France à la statistique jusqu'à ces derniers temps; l'autre, celle à laquelle je viens de faire allusion, est la nature des convictions politiques et religieuses que Bertillon affichait si hardiment, sans beaucoup tenir compte de l'à-propos. Sous ce rapport, quelques-uns de ses actes sont devenus des pierres d'achoppement dans sa carrière scientifique. Il a fallu une révolution, un ordre de choses nouveau pour l'élever à une haute position, dignement occupée aujourd'hui par un de ses fils, M. Jacques Bertillon, et pour lui fournir les moyens de donner à la statistique municipale de la ville de Paris le développement qu'il lui souhaitait depuis longtemps.

Ce monument élevé à sa mémoire, c'est une longue Notice sur sa vie et ses œuvres. La pensée qui vient d'être exprimée y est écrite dans bien des pages que le lecteur reconnaîtra aisément. Ce qui le frappera encore davantage, c'est l'immensité du labeur. Pour moi, je n'ai pu m'empêcher d'y remarquer la place qu'y tiennent la *Gazette hebdomadaire* et surtout le *Dictionnaire encyclopédique*, et de songer combien le directeur de cette dernière publication avait dû être touché des témoignages intimes de reconnaissance dont il l'honorait et que les auteurs de la Notice veulent bien rappeler.

A. D.

Index bibliographique.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ LE CHEVAL ET CHEZ L'HOMME, par M. le docteur SERVOLLES, vétérinaire en premier. — Paris, 1883. Asselin et Cie. — Après une étude consciencieuse de la maladie du cheval, à laquelle on a donné le nom de fièvre typhoïde, étude qui comprend, à bon droit, d'importants développements sur le traitement prophylactique et curatif de cette redoutable affection, le docteur Servolles établit un parallèle entre la fièvre typhoïde du cheval et celle de l'homme. Il arrive à conclure à une similitude presque complète, sinon à une identité absolue. La ressemblance est grande en effet, mais la lésion des plaques de Peyer fait défaut chez le cheval, et si l'auteur a raison de dire que les ulcérations de l'intestin, même chez l'homme, ne sont pas toute la maladie, peut-être est-il moins fondé à admettre l'existence de la fièvre typhoïde en l'absence de toute lésion peyérique. Il reconnaît d'ailleurs que jusqu'au jour où l'on démontrera la transmission de la maladie de l'homme au cheval et réciproquement, il faudra faire de prudentes réserves relativement à l'unité de l'affection observée chez le cheval et dans l'espèce humaine. Il est intéressant de comparer les courbes thermiques recueillies chez l'homme et le cheval et mises en regard sur un même tracé : l'analogie est des plus évidentes.

VARIÉTÉS

Sur l'inoculation de la rage.

A M. LE DOCTEUR DECHAMBRE.

Mon cher Collègue,

M. Emile Duval vient de publier dans la *Médecine contemporaine* un article sur la communication de M. Pasteur, à propos de l'inoculation du virus atténué de la rage ; il soutient, en se basant sur le rapport que j'ai présenté au Conseil d'hygiène, que neuf personnes atteintes de rage ont été traitées par l'inoculation du virus préservateur.

Je proteste hautement contre une pareille affirmation ; jamais aucun homme atteint de rage n'a été inoculé, et si, dans mon rapport, il est fait mention d'inoculations, il s'agit non pas de tentatives de traitement, mais de recherches expérimentales ayant pour but de transmettre la rage de l'homme aux animaux par des inoculations faites avec de la salive ou des portions du système nerveux. Je signale même ce procédé d'inoculation comme permettant, dans les cas douteux, d'affirmer le diagnostic.

Rien donc ne vient modifier les assertions de M. Pasteur ; tout fait espérer, au contraire, que, dans cette décisive expérience dont le monde savant attend avec une si vive impatience les résultats, les assertions de notre illustre collègue trouveront une éclatante confirmation.

Agréez, etc.

DUJARDIN-BEAUMETZ.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 13 juin). — *Ordre du jour :* M. Chauffard : Présentation de pièces d'anatomie pathologique. — M. Bouchard : Du rôle pathogénique de la dilatation de l'estomac et des relations cliniques de cette maladie avec divers accidents morbides. — M. Tenneson : Note sur le traitement local de la métrite chronique ; présentation d'un instrument (porte-ouate utérin). — M. Dujardin-Beaumetz : Sur les faux cancers de l'estomac. — M. Vallin : Rapport au nom de la commission nommée pour la prophylaxie de la tuberculose.

LÉGION D'HONNEUR. — M. le docteur Lacomme, conseiller général des Hautes-Pyrénées, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

NÉCROLOGIE. — Nous annonçons avec bien du regret la mort de notre collègue de la presse, M. le docteur Amédée Blondeau, médecin inspecteur des écoles du Ve arrondissement. Il n'était âgé que de trente-sept ans.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — *Programme des concours* (1882-1885). — Etudier l'influence du système nerveux sur la sécrétion urinaire, en se basant spécialement sur des recherches personnelles. — Prix : 800 francs. — Clôture du concours : 15 février 1885.

1883-1886. — Déterminer, par de nouvelles expériences et de nouvelles applications, le degré d'utilité de l'analyse spectrale dans les recherches de médecine légale et de police médicale. — Prix : 1500 francs. — Clôture du concours : 1er avril 1886.

1884-1885. — Déterminer expérimentalement l'influence que la dessiccation, employée comme moyen de conservation, exerce sur les médicaments simples du règne végétal. — Prix : 600 francs. — Clôture du concours : 1er juillet 1885. — De l'action physiologique des soustractions sanguines tant locales que générales ; indications et contre-indications dans le traitement des maladies. — Prix : 1500 francs. — Clôture du concours : 31 décembre 1885.

L'Académie accorde gratuitement aux auteurs des mémoires dont elle ordonne l'impression cinquante exemplaires de ces travaux, tirés à part, et leur laisse la faculté d'en obtenir un plus grand nombre à leurs frais.

MORTALITÉ A PARIS (22e semaine, du 23 au 29 mai 1884). — Fièvre typhoïde, 26. — Variole, 2. — Rougeole, 32. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 55. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 65. — Phthisie pulmonaire, 213. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 40. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 57. — Bronchite aiguë, 22. — Pneumonie, 77. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 41 ; au sein et mixte, 18 ; inconnu, 5. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 95 ; de l'appareil circulatoire, 68 ; de l'appareil respiratoire, 67 ; de l'appareil digestif, 42 ; de l'appareil génito-urinaire, 23 ; de la peau et du tissu lamineux, 9 ; des os, articulations et muscles, 3. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 2. — Total : 1029.

AVIS. — Presque chaque semaine, des confrères nous adressent, dans la journée du jeudi, des notes qu'ils s'étonnent sans doute de ne pas voir paraître dans le numéro du vendredi. Nous croyons devoir rappeler que l'ordre de mise en pages de la *Gazette hebdomadaire* est donné *le jeudi matin*.

Nous rappelons également que tout ce qui ne concerne pas directement la *rédaction*, doit être adressé, non à M. le président du comité, comme il arrive si souvent, mais bien à M. le gérant du journal.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

De l'angine de poitrine rhumatismale (hypérémie du plexus cardiaque), par M. le docteur Martinet. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Des accidents vertigineux et apoplectiformes dans le cours des maladies de la moelle épinière, par M. le docteur Girandeau. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Leçons sur la vaginite non blennorrhagique, par M. le docteur Martineau. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

Diagnostic des phthisies douteuses par les bacilles des crachats, par M. le professeur Germain Sée. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

Étude sur les eaux potables et le plomb, par M. A. Hamon. 1 vol. in-12. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 12 juin 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LE MICROBE DU BOUTON DE BISKRA. — TRAITEMENT DE L'HYDARTHROSE. — DU CONVALLARIA MAÏALIS ET DE LA CONVALLAMARINE. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : Le microbe du bouton de Biskra. — Traitement de l'hydarthrose.

L'objection qui naît dans l'esprit en présence des expériences faites par M. Duclaux sur le microbe du bouton de Biskra, et que M. Fournier a exposées avec une extrême précision à l'Académie, est bien celle qu'a indiquée M. Legouest. L'inoculation du microbe faite sur des lapins a donné lieu à des manifestations cutanées analogues à celles qui caractérisent le bouton de Biskra, mais qui sont loin de représenter le tableau réel de la maladie. Il ne faut pas d'ailleurs oublier que l'expérimentateur lui-même et son interprète à l'Académie avaient spontanément posé cette réserve. La différence peut dépendre de celle qui sépare l'organisme de l'homme de l'organisme du lapin, et c'est ce qu'ont fait remarquer M. Fournier et M. Bouley; mais alors, pour en mieux juger, il y aurait nécessité d'expérimenter sur de grands animaux, ainsi que l'a demandé M. Colin (d'Alfort).

Quoi qu'il en soit, toutes les circonstances de l'expérience, dont on pourra prendre connaissance dans le mémoire même de M. Duclaux, que nous publions ci-après *in extenso*, révèlent clairement, dans les résultats obtenus, même chez le lapin, la présence d'une action microbienne. A-t-on mis la main, dans le bouton que portait le malade de l'hôpital Saint-Louis, sur le microbe spécifique, ou sur un microbe accessoire? C'est une question un peu étrange, mais permise néanmoins tant que les effets de l'inoculation ne seront pas décidément caractéristiques.

— M. Labbé a lu ensuite un mémoire sur le traitement de l'hydarthrose par les lavages antiseptiques, récemment préconisés en Allemagne. Les résultats ont été favorables dans deux cas dont l'auteur a donné la relation détaillée, et dont un est analysé plus loin dans notre compte rendu de la

FEUILLETON

La médecine en Scandinavie (1).

(Premier article.)

A M. LE DOCTEUR A. DECHAMBRE, PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE ».

Monsieur et honoré directeur,

L'an dernier, quelque temps avant de terminer mes études médicales, j'eus le loisir de faire un long voyage à travers le Danemark, la Suède, la Laponie et la Norwège.

Chaque soir je prenais des notes détaillées sur tout ce qui me paraissait digne d'intérêt dans ces pays si curieux et peu visités jusqu'ici par nos compatriotes. Parmi ces notes, je retrouve des observations aussi minutieuses qu'il m'a été possible de les faire sur l'organisation des étudiants en médecine, sur les cours qu'ils suivent, les examens qu'ils passent, les musées, les travaux pratiques, etc., en un mot, je me suis attaché à relater tout ce qui concerne la pratique médicale en Scandinavie, me conformant à l'adage : « *Medicus sum et nihil medicinæ a me alienum puto.* »

C'est pour cela qu'espérant être utile dans la faible mesure de mes modestes moyens, je viens vous demander, Monsieur

(1) Un de nos collaborateurs, M. L. Thomas, a déjà communiqué aux lecteurs de la *Gazette*, dans sa *Chronique de l'étranger*, d'intéressants détails sur la Scandinavie médicale. Une nouvelle étude faite par un confrère qui a longuement et attentivement visité le pays est d'autant plus précieuse, que l'ignorance des langues du Nord fait de la Scandinavie, pour la presque totalité des médecins français, un pays fermé, et les empêche même de répondre, comme ils le voudraient et le devraient, aux procédés de courtoisie scientifique dont le médecin français est souvent l'objet à Copenhague, à Stockholm ou Christiania. La lecture des articles dont nous commençons aujourd'hui la publication sera, d'ailleurs, une excellente préparation pour ceux qui se proposent de prendre part aux travaux de la *huitième session du Congrès international des sciences médicales* qui doit s'ouvrir à Copenhague le 10 août prochain. (Voy. aux *Variétés*.) A. D.

séance. Réserve faite des indications spéciales, les injections intra-articulaires tendent à constituer la méthode principale de traitement dans l'hydarthrose chronique, et la question pratique est de savoir si la teinture d'iode doit être détrônée par les antiseptiques. C'est affaire d'expérience.

— Nous signalons enfin une lecture de M. le docteur Du Mesnil (de Rouen), écoutée avec intérêt, sur la commotion de la moelle épinière.

Du Convallaria maïalis et de la Convallamarine.

(Premier article.)

On a beaucoup écrit depuis deux ans et disserté sur cette charmante petite plante, le muguet des bois, aussi puissante dans ses effets thérapeutiques que gracieuse et parfumée sous le soleil de mai.

Les anciens la connaissaient sans doute et l'employaient comme médicament, mais je ne trouve une mention exacte de ses propriétés que dans les notes ajoutées par Matthiole aux *Commentaires de Dioscoride* (voy. édit. franç. de Du Pinet, 1580). J'insiste sur cette petite curiosité historique, qui me paraît avoir échappé aux recherches des auteurs. Les Allemands, dit-il, pensent que le muguet *fortifie le cœur*, le cerveau et toutes les parties nobles du corps; il est bon pour les épileptiques, les paralytiques et *ceux qui ont des battements de cœur*. Enfin il est utile contre les maladies des yeux et on le fait entrer dans la composition de la fameuse *Eau d'or*, qui est plus qu'une eau distillée de muguet, comme on l'écrit généralement, puisqu'elle résulte d'une macération vineuse des fleurs fraîches de muguet, lavande et romarin, distillée au bain-marie.

Je me borne à citer parmi les auteurs qui ont mentionné avec intérêt les propriétés du muguet, Cartheuser (1755), qui signale entre autres les effets sternutatoires des fleurs desséchées et *laxatives* des extraits; fait de ce simple un nervin, et le dit céphalique, détersif, diurétique, sudorifique et resserrant des vaisseaux; enfin il en donne une composition importante pour l'époque.

Au dix-huitième siècle, d'ailleurs, le muguet est très en honneur; on le prescrit souvent à titre de laxatif et il est même considéré comme un succédané de la scammonée ou de l'aloès (Mossdorf, Wauters, Schulze, Peyrilhe, etc.).

Je passe sur les indications de Ferrein (1770), qui reproduisent celles déjà données par Cartheuser. Cet auteur annonce simplement que les préparations de muguet conviennent dans l'asthme et la cachexie.

Plus récemment, 1858, Walz ajoute à l'histoire du *C. maïalis* un fait important en faisant connaître deux de ses principes actifs : la *Convallarine* et la *Convallamarine*, le premier doué d'effets purgatifs, le second reproduisant l'action de la digitaline (Marme, 1867). Malgré tout, le *Convallaria maïalis* restera à peu près oublié, au moins en France, jusqu'au jour où quelques médecins russes, désireux de contrôler les assertions populaires très favorables à cette plante dans leur pays, l'expérimentèrent à nouveau et lui rendirent la notoriété perdue.

Il fallut néanmoins l'appoint important des expériences relatées devant l'Académie de médecine par le professeur Sée pour frapper le coup décisif en faveur du remède depuis longtemps écarté de notre matière médicale. L'attention des médecins fut dès lors vivement stimulée par les faits énoncés du haut de la tribune académique le 30 juillet 1882; aussi bien, depuis cette date, la question des vertus du muguet a-t-elle été beaucoup étudiée. Ce sont ces dernières études que nous nous proposons de résumer succinctement dans notre article.

Je n'ai que peu de renseignements à donner ici sur la composition du muguet, encore assez mal connue, au moins quant aux principes accessoires : huile essentielle, cire, matière colorante jaune, etc. Retenons surtout ces deux noms de *Convallarine* et *Convallamarine* donnés par Walz à deux glucosides fournis par le *C. maïalis*, le dernier seul reproduisant, au moins chez l'homme, les propriétés de la plante recherchées par les médecins et comparables à la digitaline.

La convallarine est purgative, toujours chez l'homme, et n'a qu'un intérêt secondaire.

Quant à l'analyse publiée dans le *Bulletin de thérapeutique* de 1865, t. LXIX, par Stanislas Martin, dans laquelle ce laborieux pharmacien signale la présence d'un alcaloïde dans le muguet, la *Maïaline*, elle est discutée.

Les *effets physiologiques* ont été recherchés tout d'abord par deux médecins russes, Troitzky et Bogojawlenski, et plus tard en France par le professeur Sée, Bochefontaine, Filhoud-Lavergne, etc.

Les expériences de Troitzky et Bogojawlenski sont importantes. Elles ont été faites avec l'extrait aqueux sur des grenouilles, des moineaux, des chiens et des poules; celles du professeur Sée ont porté sur des chiens; toutes ont visé

---

et honoré directeur, le grand honneur d'être admis à publier dans la *Gazette hebdomadaire* ces quelques remarques.

Pour ce petit travail, je me conformerai à l'ordre suivant :

D'abord l'organisation des étudiants scandinaves, deuxièmement leurs études, troisièmement la pratique de la médecine après l'obtention du diplôme. Je terminerai par quelques mots sur le pays des Lapons, principalement au point de vue de la constitution médicale.

I.— Organisation et mœurs des étudiants scandinaves.

Nous demandons tout d'abord la permission de raconter comment il nous fut possible de nous mêler aux étudiants scandinaves, à nous, simple touriste français ne parlant couramment ni le dano-norwégien ni le suédois. Ce récit montrera combien c'est un peuple hospitalier et affable et jusqu'à quel point ils aiment notre nationalité, eux qui se parent du titre de Français du Nord.

Un jour que nous visitions la cathédrale d'Upsala, qui entre parenthèses est l'œuvre d'un de nos compatriotes, Etienne de Bonneuil, nous fûmes abordés par un monsieur qui nous dit en notre propre langue : « Je crois que vous êtes de France, je serais bien aise si vous vouliez me permettre de parler avec vous; je n'ai jamais visité votre pays, mais je connais un peu votre langage que nous apprenons tous dans nos Académies, etc., etc. »

Ce jeune homme était justement un étudiant en droit, c'était pour nous, qui ne connaissions personne, une véritable bonne fortune. Aussi nous empressâmes-nous, après échange de cartes de visite, d'accepter ses bons services. Il nous tint lieu dès lors de cicérone et cela nous permit de nous initier complètement à tout. Mais, comme il était étudiant en droit, il s'adjoignit deux amis, un docteur et un étudiant en médecine, qui, avec une bonne grâce charmante, nous firent les honneurs de la maison *médicale*.

Nous pouvons les remercier ici, car comme je vais l'expli-

surtout l'action sur la circulation. Elles nous apprennent d'abord que le *Convallaria maïalis* est un poison du cœur, du même ordre que la digitale.

Sous l'influence de doses fortes d'extrait de maïalis, le cœur cesse de battre en un temps plus ou moins long et la mort de l'animal résulte immédiatement de cet arrêt: les ventricules sont en systole et les oreillettes en diastole. Sur les grenouilles, Bogojawlenski a vu une véritable *tétanisation* du cœur.

Entrons un peu plus avant dans l'étude de cet effet capital du maïalis. Quelques expérimentateurs ont noté au début de l'intoxication une légère accélération du cœur, puis son ralentissement, enfin une nouvelle accélération, excessive cette fois, le ralentissement de plus en plus marqué et l'arrêt de l'organe.

On peut expliquer la production de ces accidents en invoquant : 1° la stimulation du nerf vague, d'où le ralentissement des contractions cardiaques; 2° sa paralysie, d'où l'affolement du cœur, dont les mouvements deviennent rapides et désordonnés; 3° puis enfin la paralysie du centre moteur cardiaque, suivant Troitzky, d'où l'arrêt du cœur.

L'extrait de *C. maïalis* n'altère pas l'excito-motricité des nerfs, et les nerfs vagues n'ont après l'empoisonnement que fort peu perdu de leur excitabilité, ce qui conduit à supposer que son action porte sur les origines centrales de ces nerfs.

La *tension vasculaire* est aussi particulièrement affectée par cet agent. Au début de l'action elle est notablement augmentée, puis elle s'exagère encore si les doses sont très fortes, enfin elle s'affaiblit et tombe à zéro.

Ce qui se traduit en langage physiologique par ceci : le *C. maïalis* stimule d'abord les centres vaso-moteurs, d'où la contraction des vaisseaux périphériques; puis il paralyse ces mêmes centres, d'où l'abaissement de la tension et sa chute.

La *respiration* est naturellement très modifiée dans l'empoisonnement maïalique. D'abord très accélérée, elle se ralentit bientôt, devient remarquablement profonde, puis cesse complètement peu après l'arrêt du cœur.

Evidemment le principe toxique du muguet excite le centre respiratoire de la moelle allongée et le paralyse plus tard, peut-être, suivant la remarque de Troitzky, parce que le sang est devenu veineux peu après l'arrêt complet du cœur.

La *température* est également affectée dans l'intoxication par le *Convallaria maïalis*. Elle s'élève au début de 1/2 à 1 degré, puis s'abaisse au-dessous de la normale, ce que Troitzky explique par la dilatation des vaisseaux périphériques produite par la paralysie des centres vaso-moteurs et la grande déperdition de chaleur résultant de cette dilatation.

En somme la circulation, la respiration et la calorification sont profondément troublées dans l'empoisonnement par le muguet : après une courte période d'exaltation, ces fonctions se ralentissent et se suspendent définitivement. Mais j'ai encore à mentionner d'autres effets.

Du côté des *fonctions digestives*, les hautes doses déterminent de la salivation, des vomissements et un accroissement de l'action péristaltique de l'intestin et des évacuations alvines. Il ne faut pas oublier qu'autrefois les préparations de muguet étaient administrées comme succédanées de la scammonée ou de l'aloès.

Puis la *sécrétion de l'urine* est généralement augmentée.

Enfin on observe encore chez les animaux une certaine somnolence et un affaissement comateux, en rapport peut-être avec les troubles circulatoires du côté du cerveau, et aussi l'abaissement des réflexes au début de l'empoisonnement et leur exagération à la fin.

A l'*autopsie* des animaux tués par le muguet en dehors de l'état du cœur signalé plus haut et caractéristique, on a vu quelques extravasations sanguines sous l'endocarde, au niveau du ventricule gauche habituellement, et aussi sous le péricarde et la plèvre.

Les *effets topiques* de l'extrait de *C. maïalis* ou de la décoction de cette plante paraissent irritants chez les animaux, à ce point que leur injection sous-cutanée est souvent suivie d'eschare (Filhoud-Lavergne).

Les *voies d'élimination* des principes actifs du muguet sont vraisemblablement les reins. Toujours est-il que chez les sujets qui ont pris son extrait, l'urine précipite par l'acide nitrique. Ce précipité est formé d'une matière résineuse soluble dans l'éther et non pas d'albumine comme on pourrait le croire de prime abord.

Dans un prochain article, j'étudierai l'action thérapeutique du Convallaria.

Ernest Labbée.

(*A suivre.*)

---

quer dans un instant, ces aimables guides liront certainement ces lignes dans la *Gazette hebdomadaire*, leur *nation* y est abonnée, nous en avons vu plusieurs numéros sur les tables de travail.

J'ai souligné à dessein le mot *nation*, c'est que le *modus vivendi* des étudiants suédois repose absolument sur ce nom générique. Avant de faire partie de l'Université, tout étudiant est obligé de s'attacher à l'une des treize nations. Nation signifie ici province en quelque sorte. C'est ainsi que mon ami l'étudiant en droit, né à Hernösand, sur le golfe de Bothnie, appartient à la nation Nordland. Chacun de ces groupes, comme le collège d'Oxford ou de Cambridge en Angleterre, possède en propre un édifice où se réunissent tous ceux qui font partie de ce même cercle. A une époque nous avons vu chez nous une organisation presque analogue chez les étrangers habitant Paris; il y avait le collège des Allemands, le collège des Anglais, des Irlandais, etc., etc. De nos jours, on s'efforce de rétablir un peu cela en cherchant à fonder la Société des étudiants provençaux ou berrichons par exemple. Chaque nation scandinave possède son self-government, se donne un président choisi presque toujours parmi les professeurs; et c'est chose touchante de voir aux jours de gala maîtres et élèves fraterniser ensemble sans que la dignité des premiers ait le moins du monde à souffrir de cette fusion momentanée.

Elle nomme également à l'élection un conseil pour administrer la petite république et un comité d'action.

Les membres de chaque réunion se partagent en trois séries désignées sous les adjectifs distinctifs de *seniores*, *juniores* et *recentiores*.

Le choix d'une nation a une grande influence sur le caractère de l'étudiant et même sur son avenir; il demeure, du reste, toute sa vie, quelle que soit la carrière qu'il suive, attaché à cette nouvelle famille qu'il s'est créée...

Venu de bien loin, du fond de la Scanie, de la Finlande, l'étudiant se trouverait bien isolé au milieu de condisciples

*

Contributions pharmaceutiques.

SUR LA NITRO-GLYCÉRINE OU TRINITRINE.

$C^6H^2(AzHO^6)^3$ ou $C^3H^5(AzO^3)$

A M. LE PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

J'ai, dans ma clientèle, un malade atteint d'angine de poitrine. J'ai voulu donner à ce malade, — considérablement soulagé par le nitrite d'amyle, mais dont la sensibilité à ce médicament commence à s'émousser, — une préparation de trinitrine au 2000ᵉ environ. Impossible de me la procurer. Plusieurs pharmaciens cependant ont été mis en réquisition : l'un a répondu par une fin de non-recevoir pure et simple; un autre m'a dit avoir demandé à son droguiste une préparation de trinitrine au 100ᵉ, et le droguiste aurait argué du danger de la préparation pour ne pas l'expédier; un troisième, pharmacien de grande ville et droguiste en même temps, après huit jours d'attente, correspondance, télégramme, me répond ce matin : « Impossible de vous procurer la trinitrine jusqu'ici; mon fabricant de produits chimiques me l'a promise : faut-il lui confirmer votre ordre? » — Voilà bien des tribulations, n'est-ce pas? pour une solution de trinitrine au 2000ᵉ, demandée depuis plus d'une semaine et que je n'ai pu encore me procurer, au grand préjudice du malade!

D'où viennent les difficultés que je signale?

Évidemment de ce que la manipulation de la nitro-glycérine, médicament nouveau-venu dans la thérapeutique, est peu connue de MM. les pharmaciens ou droguistes et leur inspire une appréhension bien naturelle, du reste. Il serait vivement à désirer que le corps pharmaceutique et le corps médical lui-même fussent fixés à l'égard du danger que peut présenter la trinitrine, non en nature, — étant reconnu qu'en cet état elle est infiniment trop explosible, — mais en solution. Jusqu'à quel degré de dilution la solution de trinitrine est-elle dangereuse, en tant que matière explosible? Dans quelles limites cesse-t-elle de l'être? Dans quelles conditions peut-elle le devenir à nouveau, etc...? Autant de desiderata que je me permets de formuler et de présenter, par votre intermédiaire, au savant rédacteur des articles pharmaceutiques de la *Gazette hebdomadaire*, M. P. Vigier, ou à tel autre de vos collaborateurs, qui voudrait bien y répondre. Ce serait, à mon sens, rendre un véritable service au public médical et aux malades.

Veuillez, agréer, etc.

Dʳ PATRIGEON,
A Chabris (Indre).

En réponse à la lettre de M. le docteur Patrigeon, je lui ai expédié immédiatement une solution de nitro-glycérine dans l'alcool à 90 degrés, pour lui prouver que rien n'était plus facile à fabriquer et à transporter que ce médicament.

Je ne m'explique pas les difficultés qu'il a rencontrées auprès des pharmaciens auxquels il s'est adressé. Ces messieurs ne connaissaient probablement pas le procédé de Boutmy, ou bien ne se souciaient pas de manier ce produit redoutable. De ce que la trinitrine est un liquide très explosif, dont chaque gramme développe 710 centimètres cubes de gaz, d'après la réaction suivante :

$$C^6H^2(AzHO^6)^3 = 3C^2O^4 + 5HO + 3Az + O,$$

il ne s'ensuit pas qu'elle ne puisse entrer dans la thérapeutique.

Étant très peu soluble dans l'eau, elle ne se dissout que dans l'alcool fort. Une solution au centième répond à tous les desiderata de la médecine et du commerce. La solution au millième peut même être remise entre les mains des malades, grâce au compte-gouttes normal que l'on peut se procurer partout.

Voici comment on prépare la nitro-glycérine dans l'industrie :

On mélange, d'une part, la glycérine avec trois fois son poids d'acide sulfurique concentré, et, d'autre part, l'acide nitrique *fumant* avec son poids d'acide sulfurique concentré. On laisse refroidir les liquides, puis on les fait réagir l'un sur l'autre en abandonnant la masse à elle-même. Après quelques heures, la trinitrine s'est séparée au fond du vase et il ne reste plus qu'à la laver.

La réaction entre l'acide azotique monohydraté et la glycérine est la suivante :

$$C^6H^8O^6 + 3AzHO^6 = C^6H^2(AzHO^6)^3 + 3H^2O^2.$$

La nitro-glycérine est une substance très stable et très maniable. Il ne s'agit avec elle que d'éviter l'action de la chaleur et les actions mécaniques. C'est pour n'avoir pas pris ces précautions indispensables qu'en 1858, dans le labora-

---

qu'il ne connaîtrait pas, si cette admirable organisation ne venait lui représenter l'image même de sa propre contrée; comme dit M. A. Vandal, qui, comme nous, a visité le Nord : « Accueilli à bras ouverts par des compatriotes qui lui parlent de chez lui, forment son inexpérience, et le soutiennent de leur influence collective, il sent qu'il n'est plus seul. »

En compagnie de nos hôtes, nous visitâmes plusieurs nations, grandes et belles constructions, précédées d'un jardin et souvent même d'un parc; nous vîmes les salles où les landsman (les pays) se réunissent, causent, disputent et travaillent ensemble. Aux murs sont suspendus les portraits de *famille*, c'est-à-dire ceux des professeurs anciens et actuels, ceux des curateurs, des donateurs. Dans la bibliothèque, nous trouvâmes les principaux journaux de médecine de tous pays, anglais, allemands, français. L'étage supérieur de l'édifice est divisé en petits appartements offerts aux étudiants pauvres. Ces derniers sont ainsi non seulement assurés du gîte, mais ils reçoivent souvent en plus des secours mensuels qui leur ont été légués sous forme de rentes par des sociétaires devenus opulents.

Voilà pour le travail, mais le *lokal* de chaque nation est également pourvu d'une salle de fête avec piano pour le chant et la danse; le plain-chant est une distraction favorite.

Aussi, dans l'administration de la république, l'organisateur des réjouissances, le *magister bibendi*, occupe-t-il un rang important! Souvent les nations s'invitent entre elles, et quand la joie est la plus vive, quand les chansons ont été vigoureusement attaquées en chœur, les diverses Universités échangent leurs coiffures bariolées, le béret blanc d'Upsala va se placer sur la tête du Norwégien, et celui des habitants de Finlande sur la tête des Danois. Seniores, juniores et recentiores se reconnaissent, en effet, à leurs casquettes de couleurs variées.

Si plusieurs de nos lecteurs et confrères vont cette année au Congrès de Copenhague, si, comme je les y engage, ils poussent jusqu'à Stockholm, la première chose qui les frap-

toire de V. Regnault à l'École polytechnique, où j'étais préparateur, je fus victime d'un accident qui aurait pu avoir de plus terribles conséquences. Tous mes appareils furent pulvérisés et j'eus le visage entièrement tatoué par la poudre de verre.

Il est vrai d'ajouter qu'à cette époque M. Sobrero venait seulement de découvrir ce corps, et que son procédé de préparation n'était pas sans danger.

Dans l'industrie, pour utiliser les propriétés explosives de la nitro-glycérine, on la mélange avec des matières poreuses inertes, des espèces de terres, c'est-à-dire certaines variétés de silicate d'alumine qui en absorbent les deux tiers de leur poids. C'est cette poudre à laquelle on a donné le nom de *dynamite*.

La dynamite est d'un transport et d'un maniement moins dangereux que la nitro-glycérine; elle brûle tranquillement quand on l'enflamme et ne détone que par l'explosion brusque d'une amorce de fulminate de mercure.

Solution de trinitrine pour l'usage médical.

Trinitrine pure.............	1 gramme.
Alcool à 90 degrés..........	999 —

Cinq gouttes trois fois par jour dans un peu d'eau.

S'il ne se produit pas de céphalalgie, la dose peut être portée à 10 gouttes, trois fois par jour. La plus grande prudence est indispensable, non pas dans la crainte d'un empoisonnement, car la trinitrine n'est toxique qu'à une dose assez élevée, mais à cause des douleurs de tête intolérables qu'elle peut occasionner. Permettez-moi la narration d'un fait qui m'est personnel.

Il y a une vingtaine d'années, un médecin homœopathe dont je ne me rappelle plus le nom, apprenant que les ouvriers qui fabriquaient la nitro-glycérine ne pouvaient résister aux maux de tête que les inhalations de cette substance leur donnaient, eut l'idée de l'employer en quantité infinitésimale contre les migraines. D'après cette indication, je voulus l'essayer sur une personne de ma famille. Voyant que les petites doses ne produisaient aucun effet, j'en fis prendre de plus élevées; mais, arrivé à la dose de quinze gouttes de la solution au millième, prises en une seule fois, je *réussis* à donner à ma parente des douleurs de tête si violentes, qu'elles lui arrachaient des cris. Cet état pénible dura une heure et fut sans effet contre les migraines auxquelles la malade était sujette. Si quelqu'un fut guéri, ce fut moi; j'entends de l'envie de recommencer de pareilles expériences. Depuis lors, je n'ai jamais entendu dire que la nitro-glycérine ait été bonne à quelque chose en thérapeutique. Il faut arriver au mémoire de M. le docteur Huchard sur son emploi contre l'angine de poitrine pour rencontrer quelque chose qui mérite de fixer l'attention. Mais là, par exemple, nous sommes en présence d'un travail sérieux, qui trouvera sans aucun doute des imitateurs. Le devoir de mes confrères les pharmaciens est donc de se pourvoir du médicament réclamé.

La formule de M. le docteur Huchard est ainsi conçue :

Eau distillée....................	300 grammes.
Solution de trinitrine au centième.	XXX gouttes.

Prendre trois cuillerées à dessert par jour, puis trois cuillerées à soupe.

La cuillerée à dessert (officielle) représentant 10 grammes, cela fait une goutte de trinitrine par cuillerée, ou trois gouttes par jour.

Ces chiffres correspondent à dix gouttes de la solution au millième trois fois par jour. Dans les cas où le médecin ne pourra pas compter absolument sur son malade, le mode d'administration de M. Huchard devra être préféré.

La trinitrine au centième s'emploie aussi en injections sous-cutanées à la dose de trois à cinq gouttes. La voie stomacale nous paraît préférable.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie pathologique.

Étude d'un microbe rencontré sur un malade atteint de clou de Biskra, par M. E. Duclaux, professeur à l'Institut agronomique, maître de conférences à la Sorbonne. Lecture faite à l'Académie de médecine dans la séance du 10 juin 1884.

Le clou de Biskra est une maladie qu'on n'a pas souvent l'occasion d'observer en France, où elle est surtout connue par les travaux des médecins de l'armée d'Afrique. Le récent mémoire de M. Laveran à son sujet n'a guère laissé qu'une question obscure, celle de l'étiologie de cette affection. Un cas bien authentique s'étant présenté, il y a six mois, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur A. Fournier, j'ai essayé de combler cette lacune. M. Fournier a mis à encourager et à faciliter cette étude une complai-

---

pera aux abords des écoles, ce seront précisément ces coiffures multicolores des étudiants, coiffures que nous avons vues à Paris lors de l'Exposition universelle de 1878, quand les jeunes Suédois vinrent nous donner des concerts. L'étranger peut sans crainte s'adresser à ceux qui portent ce signe distinctif, il sera toujours sûr de trouver cordial accueil et renseignement intelligent.

Ces quelques lignes suffisent à montrer combien ces mœurs sont différentes des nôtres, nous oserions dire meilleures que les nôtres, tant au point de vue de l'étude qu'au point de vue de l'esprit général. Ajoutons que les professeurs de l'Ecole de médecine sont membres honoraires des nations, que souvent ils viennent s'associer aux causeries, établissant ainsi une intimité fort instructive entre le maître et l'élève. Le caractère national est du reste ainsi fait que cela ne présente aucun inconvénient. Le jeune médecin qui nous accompagnait nous dit avoir été refusé à un examen par un maître qu'il tutoyait. « Que veux-tu? lui dit ce dernier, tu n'es pas assez fort, il te faut encore six mois pour apprendre cette question. »

Pour bien connaître les futurs médecins, c'est aux nations qu'il faut les voir, c'est là qu'on apprendra à les juger tels qu'ils sont, c'est-à-dire fort laborieux quoique très gais. Les étudiants de vingtième et même de vingt-cinquième année n'y sont pas rares; mais n'allez pas rire! ce ne sont pas des retardataires, ce sont, au contraire, d'infatigables chercheurs, qui, comme nos candidats du Bureau central des hôpitaux, vouent au travail la plus belle partie de leur existence.

Tous, du reste, et c'est là une grande supériorité sur la plupart d'entre nous, parlent bien quatre à cinq langues étrangères. Ajoutez à cela qu'ils lisent couramment grec et latin. Quant à leur instruction médicale proprement dite, elle est fort complète, on en jugera par la lecture de leur programme d'étude, que j'ai copié et que je publierai dans le prochain numéro du journal.

(*A suivre.*) Dr Labonne.

sance et une libéralité d'esprit dont je ne saurais trop le remercier publiquement.

Pendant le séjour du malade à l'hôpital, j'ai trouvé sur lui, toutes les fois que je l'ai recherché, à la fois dans le sang d'une piqûre faite au voisinage du clou et dans le sang de la circulation générale, un coccus de moins de 1 millième de millimètre de diamètre, se reproduisant facilement, sous forme de grains doubles ou de zooglœas, dans du bouillon de veau parfaitement neutre.

Introduit, suivant des conditions que je ferai plus tard connaître, dans la circulation d'un lapin, il provoque chez cet animal une maladie chronique, caractérisée par des poussées successives, dans le derme, de clous gangreneux à leur sommet, quelquefois irrégulièrement disséminés sur toute la surface du corps, d'autres fois agminés et même confluents. Leurs caractères objectifs, au jugement si compétent de M. le docteur Fournier, rappellent ceux du clou de Biskra.

Pendant toute cette période éruptive, l'animal maigrit; son poil se hérisse; il présente en outre parfois des abcès sous-cutanés remplis d'un pus crémeux. Mais il continue à manger. Peu à peu les clous cessent, et l'animal se rétablit. — Chez un de mes lapins, la poussée a commencé dix jours après l'inoculation et a duré un mois. Depuis trois semaines, l'animal n'a pas eu de nouveaux clous et semble revenir à la santé.

Si j'ajoute que, dans le pus de ces clous et dans les abcès sous-cutanés, on retrouve le microbe inoculé, on voit que je pourrais me croire autorisé à affirmer que ce microbe est la *cause* du clou de Biskra. Je tirerais avec sécurité cette conclusion, si j'avais pu observer plusieurs malades et retrouver chez tous le même microbe. En l'état actuel, j'aime mieux la réserver.

J'ai d'ailleurs à appeler l'attention de l'Académie sur un autre fait; c'est la *variabilité des formes nosologiques* que peut produire ce microbe, *suivant son degré d'atténuation ou son mode de pénétration dans l'organisme.*

Nous venons de le voir provoquer une dermite chronique. Cultivons-le dans du bouillon de veau concentré, et injectons sous la peau d'un lapin vingt gouttes du liquide de culture. Nous déterminons ainsi, au bout de vingt-quatre heures, une lymphangite très accusée, suivie à bref délai d'une *gangrène* embrassant un espace quelquefois large comme la main. Pendant deux à trois jours, l'animal est un peu abattu et fiévreux. Puis la gangrène se limite, le sillon d'élimination apparaît, et, longtemps avant la chute de l'eschare, l'animal a repris ses allures ordinaires. On peut déterminer ce sphacèle en un point quelconque du corps, provoquer, par exemple, la chute totale ou partielle d'une oreille. Les phénomènes restent toujours locaux, et laissent place à un retour complet à la santé. La marche générale des phénomènes rappelle tout à fait ce cas de gangrène foudroyante de la verge sur lequel M. le docteur Fournier a, il y a quelques mois, si vivement appelé l'attention du public médical, et dans lequel j'ai aussi trouvé un micrococcus dont je ferai plus tard l'histoire.

Injectons maintenant dans la veine de l'oreille d'un lapin un quart de centimètre cube de cette culture, douée à un si haut degré de propriétés gangreneuses. Nous verrons l'animal périr en seize heures environ. A l'autopsie, on trouve une péricardite souvent intense, et des épanchements pleurétiques parfois limpides et incolores, d'autres fois colorés par de l'hémoglobine en solution. Les poumons, emphysémateux sur leurs bords, sont remplis d'infarctus sanguins et quelquefois tellement hémorrhagiques qu'ils sont impénétrables à l'air. Aussi l'aspect du sang et du cœur est-il celui de l'asphyxie. Le sang de l'animal mort et surtout son urine sont remplis de microbes. Je me hâte de dire que ces désordres profonds et cette mort rapide ne sont pas caractéristiques du clou de Biskra. Je les ai rencontrés dans d'autres occasions, par exemple avec un micrococcus provenant d'une sorte de sycosis observée aussi à l'hôpital Saint-Louis. Mais ils n'en constituent pas moins, comme la dermite chronique et la gangrène, une des formes nosologiques de la pénétration du microbe en question dans l'organisme.

En voici d'autres. Pour que le microbe produise les effets que je viens de signaler, il faut que sa culture soit jeune, âgée au plus de trois jours. Au bout de dix jours, *la virulence a diminué.* L'inoculation sous la peau ne donne qu'une plaque gangreneuse très limitée, et l'inoculation dans le sang n'amène la mort qu'au bout de quatre, cinq, six jours. La péricardite et la pleurésie sont alors faibles ou nulles. Mais on trouve des abcès multiples dans le foie, et dans les reins tous les caractères d'une néphrite purulente. Les tubes droits et les nodules de Malpighi sont remplis de pus et de microbes. On en trouve naturellement aussi dans l'urine, mais le sang n'en renferme déjà plus.

Enfin, en inoculant de la même façon le liquide de la même culture, après l'avoir laissée vieillir vingt-cinq à trente jours, le facies de la maladie change encore. Sous la peau, l'inoculation n'amène qu'une petite tumeur qui abcède rapidement par une ouverture cratériforme. Dans le sang, il n'y a aucun effet apparent pendant quelques jours. Puis, au bout de quinze jours à trois semaines, apparaît une paralysie du train postérieur, éclatant quelquefois bruyamment, précédée et annoncée quelquefois par des convulsions et des attaques passagères de courte durée. A partir de ce moment, la mort ne se fait pas attendre; elle est quelquefois tranquille, quelquefois précédée de cris analogues aux miaulements d'un jeune chat. C'est alors dans le canal vertébral qu'on relève les plus grosses lésions, méningite souvent hémorrhagique, suppuration de tout le tissu spongieux des vertèbres. A ce moment, le sang qui a servi de véhicule aux microbes n'en renferme plus. Il n'est pas évidemment pour eux un milieu favorable. Mais il en a déposé le germe en certains lieux d'élection où ils se développent et produisent des désordres en relation à la fois avec leur nature et leur localisation.

J'ajoute, pour terminer, qu'*au bout de deux mois*, l'inoculation de la culture est tout à fait *inoffensive*, de quelque façon qu'elle soit faite. La virulence a donc diminué rapidement. Mais elle remonte encore plus vite. Il suffit, en effet, d'ensemencer, dans du bouillon de veau, cette culture de deux mois pour avoir un liquide très gangreneux, très virulent, avec lequel on pourra recommencer la série d'expériences dont je viens de rendre compte.

Pour relier entre elles les diverses formes morbides qu'elles nous ont présentées, il faut les ressources de l'anatomie pathologique et des détails qui ne sauraient trouver place ici. Je réserve le complément de cet exposé qui fera l'objet d'un mémoire spécial, pour lequel je me suis assuré la collaboration de M. le docteur Heydenreich, et qui paraîtra dans quelque temps.

Ophthalmologie.

Tuberculose primitive de la conjonctive. Valeur des inoculations expérimentales pratiquées dans la chambre antérieure de l'œil, par M. H. Parinaud.

Les tuberculoses locales ont été, dans ces dernières années, l'objet d'une attention spéciale. Leur étude n'a pas eu seulement pour résultat de compléter l'histoire pathologique de certains organes, elle a contribué largement à la transformation actuelle de nos idées sur la phthisie, sur les rapports de la tuberculose avec la scrofule.

Les tubercules de l'œil se montrent assez souvent à l'état de lésion primitive, surtout chez les enfants. Si l'infection générale existe, elle ne se traduit par aucun symptôme positif, ni sur les poumons ni ailleurs.

Qu'ils se développent spontanément sur l'homme ou qu'ils soient le produit de l'inoculation expérimentale chez les animaux, les tubercules de cet organe offrent un intérêt particulier, parce qu'on peut les reconnaître de très bonne heure, et, dans beaucoup de cas, suivre sur le vivant l'évolution caractéristique de la granulation.

J'ai présenté à la Société de chirurgie (9 juillet 1879) une jeune fille atteinte de tuberculose primitive de l'iris que j'ai observée pendant plus d'un an. J'ai pu voir les tubercules naître à l'état de granulations grises, devenir jaunâtres et, par leur développement ou leur fusion avec des granulations voisines, former des tumeurs du volume d'une très forte tête d'épingle, proéminant dans la chambre antérieure. Puis ces tubercules se sont flétris et leur fonte a donné lieu dans la chambre antérieure, à un dépôt jaunâtre simulant un hypopyon. Au contact de la matière tuberculeuse, la cornée a été elle-même le siège d'une infiltration parenchymateuse ponctuée, vraisemblablement de même nature. Des hémorrhagies dans la chambre antérieure ont complété le tableau symptomatique. La destruction de l'œil s'est opérée presque sans douleur. La jeune fille, âgée de douze ans, ne présentait aucun symptôme pulmonaire; très développée pour son âge, elle a été réglée normalement pendant qu'elle portait ses tubercules. L'énucléation a été refusée, la malade a succombé deux ans après (août 1881). La famille ayant disparu, je n'ai pu avoir de renseignements sur sa dernière maladie.

Ce fait m'a rappelé un autre enfant dont j'avais recueilli autrefois l'observation et chez lequel j'avais soupçonné, sur l'œil gauche, des tubercules de l'iris que je ne connaissais pas alors. J'ai su par sa mère qu'il avait pu apprendre, avec cette lésion, le métier d'horloger, et que deux ans après environ, il avait succombé à une méningite aiguë qui l'avait surpris au milieu d'une excellente santé apparente, ce qui confirmait le diagnostic.

Les tubercules de la conjonctive ne sont guère mieux connus que ceux de l'iris. Ils ont été vus cependant par Walb (1875), Hock (1877), Manz (1881), Milligan (1882). En France, M. Gérin-Roze en a signalé un cas (*Société médicale des hôpitaux*, 10 février 1882), que j'ai eu l'occasion de voir dans son service. Il s'agissait d'un adulte atteint de phthisie pulmonaire. Dans l'observation suivante, il n'y avait pas de lésions pulmonaires appréciables, et les tubercules de la conjonctive avaient toutes les apparences d'une affection locale.

Obs. — Mlle Def..., sept ans et demi, se présente à ma clinique le 11 juin 1883, pour une conjonctivite double ayant les apparences d'un catarrhe chronique de la conjonctive. La paupière supérieure de l'œil gauche où le catarrhe a commencé et où il reste plus abondant, est le siège d'une tuméfaction localisée près de son bord, ressemblant à celle d'un orgelet.

En retournant cette paupière, on découvre sur la conjonctive tarsienne une ulcération longue de 6 millimètres, à contours nets et irréguliers, recouverte d'un exsudat fibrineux qui s'enlève facilement et laisse à découvert une surface grisâtre, légèrement végétante, parsemée de quelques points jaunes. Cette ulcération arrive jusqu'au bord libre de la paupière, qui offre une légère échancrure, sans que l'implantation des cils soit intéressée; elle est entourée d'un liséré d'injection qui tranche assez nettement sur la coloration du tarse.

Un nodule jaunâtre, de la grosseur d'un grain de mil, existe au-dessus de l'ulcération, dont il est bien distinct. En l'examinant à la loupe, on découvre à son centre un petit bourgeon charnu autour duquel la matière jaunâtre se dessine en couronne. Après huit ou dix jours, ce nodule est remplacé par une ulcération.

Un ganglion préauriculaire indolent s'est développé en même temps que la lésion de l'œil.

Il n'y a pas d'altération semblable à droite.

L'affection a débuté il y a trois mois par une tuméfaction de la paupière supérieure qui incommodait peu la malade, et à laquelle les parents n'ont d'abord pas fait attention. Puis il s'est établi un peu de catarrhe de la conjonctive, qui a gagné l'autre œil, et c'est pour cette complication que l'enfant m'est amenée.

Antécédents. — Le père est mort d'une affection thoracique aiguë mal déterminée, à laquelle il a succombé en deux ou trois jours. Avant cette maladie, il ne toussait pas, n'a jamais craché de sang et aurait joui d'une très bonne santé.

La mère qui me fournit les renseignements est bien portante : elle a eu sept enfants, tous vivants et en bonne santé; l'aîné a dix-huit ans.

La petite malade est d'un aspect assez chétif. Elle n'a pas eu de gourmes, d'engorgements ganglionnaires ni d'affections osseuses; pas de tuméfaction du ventre ni de diarrhée chronique. Elle ne tousse pas et l'examen de la poitrine ne révèle aucun signe positif de lésion pulmonaire.

En décembre 1882, elle a eu une fièvre typhoïde, pendant laquelle il y a eu de la toux, qui a cessé avec l'état aigu. C'est dans la convalescence de cette maladie que l'affection oculaire semble avoir débuté.

J'ai traité l'ulcération par le raclage, le catarrhe conjonctival par les cautérisations au nitrate d'argent et les lotions antiseptiques. Après trois semaines, il n'y avait pas de tendance à la cicatrisation. La malade est conduite à la campagne, je ne l'ai pas revue depuis.

Par élimination, je fus conduit à songer chez cette malade à une ulcération de nature scrofuleuse ou tuberculeuse. Le diagnostic se précisait par l'existence d'un ganglion préauriculaire indolent et surtout par celle d'un nodule jaunâtre dans le voisinage de l'ulcération, caractère sur lequel M. Trélat a particulièrement insisté, à propos des ulcérations tuberculeuses de la langue. L'absence de lésions pulmonaires me laissait cependant des doutes, j'hésitais en particulier à me prononcer pour une tuberculose vraie ou une simple ulcération scrofuleuse, distinction qui, malgré la parenté de deux diathèses, conserve une importance clinique capitale. L'inoculation a démontré qu'il s'agissait d'une tuberculose des plus virulentes. Les résultats ne laisseront, je suppose, aucun doute sur la nature de la lésion conjonctivale de notre malade, car je ne crois pas que l'on ait, pour caractériser le tubercule, un moyen plus certain que les inoculations pratiquées dans la chambre antérieure, lorsqu'elles donnent lieu à une évolution aussi spéciale que dans l'expérience suivante. Il est bon de noter que la matière inoculée a été examinée au laboratoire du Collège de France par les soins de MM. Marie et Vignal, sans qu'on y ait découvert de bacilles.

Inoculation expérimentale. — Le 20 juin, à travers une plaie pratiquée dans la cornée avec un couteau lancéolaire, on introduit dans la chambre antérieure des deux yeux d'un lapin le produit du raclage de l'ulcération. Dans l'œil droit, un petit caillot fibrineux reste enclavé dans la plaie.

Trois autres lapins non inoculés sont placés dans les mêmes conditions de nourriture et d'hygiène.

Le troisième jour, ophthalmie intense des deux yeux caractérisée par de l'hypopyon, un trouble diffus de la cornée, de l'iritis et de l'injection du globe. La cécité paraît complète. Je crus les deux yeux perdus, et ne comptai plus sur les résultats de l'expérience.

Le huitième jour, une grande amélioration des accidents inflammatoires s'est produite spontanément.

Le dixième jour, l'hypopyon, qui occupait plus du tiers de la chambre antérieure, s'est en grande partie résorbé dans les deux yeux. La cornée de l'œil gauche a recouvré sa transparence, sauf à la partie inférieure et au niveau de la plaie. On explore très bien l'iris, la pupille se dilate et ne présente pas d'adhérences. La vision paraît bonne. L'état de l'œil droit ne diffère de celui de l'œil gauche que par l'obstruction complète de la pupille.

Le douzième jour, on découvre sur l'iris gauche un point de vascularisation très limité, sous forme d'une traînée qui part du bord pupillaire.

Le vingtième jour, sur ce point, apparaissent deux petites granulations grisâtres, qui proéminent nettement sur le bord de la pupille.

Le trentième jour, de nouvelles granulations développées autour des premières se fusionnent avec elles; d'autres apparaissent sur différents points de l'iris, dont la vascularisation augmente.

La cornée présente au niveau de la plaie d'inoculation une saillie jaunâtre bien circonscrite, sur laquelle deux petites taches

blanches donnent l'idée de tubercules développés dans l'épaisseur de la cornée. A la partie inférieure, au niveau de l'hypopyon, à la place duquel persistent quelques exsudations blanchâtres, même modification de la cornée. Un peu de vascularisation parenchymateuse de la membrane.

Le trente-cinquième jour, les granulations de l'iris ont pris une coloration jaunâtre, et se sont fusionnées de manière à former une traînée caséeuse irrégulière qui longe le bord pupillaire.

Le quarante-cinquième jour, la cornée s'opacifie et ne permet plus d'explorer l'iris.

Le globe se vascularise et se ramollit un peu. Les deux saillies de la cornée se sont accentuées et forment deux nodules jaunâtres. L'infiltration se répand autour de la cornée jusque dans la conjonctive.

L'œil droit a présenté des lésions semblables avec une évolution presque identique.

La cécité est complète, l'animal mange moins, il a perdu de sa vigueur. Il est sacrifié le cinquante-huitième jour.

Autopsie. — Les poumons sont farcis de tubercules à différents degrés d'évolution, depuis la granulation grise jusqu'à des tubercules du volume d'une petite lentille, dont quelques-uns ont déjà l'aspect caséeux. Les tubercules, bien apparents à l'œil nu, sont au nombre de cinquante environ; mais, à la loupe, on découvre un très grand nombre de granulations transparentes. Le poumon ne présente pas d'inflammation diffuse; son tissu, injecté autour des granulations, conserve sa souplesse.

Il n'y a pas de granulations appréciables dans les autres organes, le cerveau en particulier paraît complètement indemne.

L'un des yeux est ouvert.

Les tubercules de l'iris sont beaucoup moins apparents qu'ils ne l'étaient durant la vie, lorsque la cornée était transparente. Exsudat fibrineux jaunâtre à la partie inférieure de la chambre antérieure, adhérent à la cornée et à l'iris.

Les deux nodules de la cornée sont formés par un épaississement opaque de cette membrane. L'un, qui siège sur le limbe scléro-cornéen, intéresse à la fois la cornée, la conjonctive et le tissu épiscléral épaissi.

La choroïde, le corps ciliaire, la rétine, le corps vitré ne présentent pas de lésions.

Il est remarquable que la migration des éléments infectieux ait semblé se faire par les voies d'élimination des liquides intra-oculaires en respectant le segment postérieur et les membranes profondes.

Après les expériences de Villemin, des inoculations de matière tuberculeuse et de substances diverses ont été pratiquées dans la chambre antérieure de l'œil, d'abord par Conheim, puis par Samelsohn, Hensell, Deutschmann, Malassez, Leloir. Elles n'ont pas donné des résultats toujours identiques, mais il ressort de ces expériences que la chambre antérieure de l'œil est un milieu favorable à la culture du tubercule.

S'il est vrai, comme le démontrent particulièrement les expériences de M. Martin, que des substances autres que le tubercule donnent des résultats positifs, je ne crois pas qu'elles puissent les donner avec des particularités d'évolution et de généralisation semblables à celles que nous relevons dans notre expérience. En fait, deux sortes de produits ont été inoculés, le muco-pus de la conjonctivite et la matière tuberculeuse. Ils ont donné lieu à deux inflammations bien distinctes. D'abord, nous voyons l'ophthalmie intense avec hypopyon produite par le muco-pus; puis, après la guérison de cette ophthalmie et une incubation d'une douzaine de jours, a commencé l'évolution des tubercules dont on a pu suivre sur l'iris la transformation et qui ont donné lieu à une nouvelle inflammation destructive de l'œil. La virulence de la matière tuberculeuse inoculée s'accuse par la rapidité de la généralisation, puisque dès le cinquante-huitième jour, nous avons trouvé dans le poumon des tubercules en voie de transformation caséeuse. Enfin la localisation dans le poumon des lésions de généralisation, du moins de celles qui étaient visibles à l'œil nu, atteste la prédilection si remarquable du tubercule pour cet organe.

Tous ces caractères me semblent constituer un criterium rigoureux de la tuberculose, et les inoculations de ce genre sont d'autant plus utiles pour établir le diagnostic de certaines lésions, que, dans beaucoup de cas de tuberculisation locale, les bacilles paraissent faire défaut, ou, tout au moins, sont d'une constatation difficile. Si certains produits qualifiés de scrofuleux donnent par l'inoculation des résultats semblables, n'est-on pas en droit de les considérer comme des tubercules? Quant au rôle des bacilles, s'il se confirme que leur présence dans la matière inoculée n'est pas indispensable pour produire la tuberculose véritable et généralisée, leur importance comme éléments spécifiques de l'affection se trouvera nécessairement amoindrie.

CORRESPONDANCE

Traitement de la diphthérie.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Monsieur,

Voulez-vous me permettre de vous communiquer un renseignement au sujet de la valeur thérapeutique des fumigations de goudron et d'essence de térébenthine, préconisées contre la diphthérie par le docteur Delthil? Je viens d'avoir l'occasion de faire employer ces fumigations quatre fois, avec la plus grande persévérance de la part des familles, dans quatre cas d'angine et de laryngite diphthéritique.

J'ai eu quatre insuccès : les quatre enfants, dont l'âge variait entre quatre et six ans, sont morts, et le soulagement apporté pendant la durée des fumigations et tout de suite après ne m'a pas semblé considérable. Les familles avaient refusé la trachéotomie.

Veuillez recevoir, etc.

Dr Gérard Laurent.

Sanvic, près le Havre.

Réponse. — Nous ne croyons pas pouvoir juger définitivement une méthode thérapeutique sur laquelle l'expérience générale n'a pas encore eu le temps de prononcer; mais nous devons déclarer que ce que nous en savons jusqu'à présent ne lui est pas favorable.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 2 JUIN 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

Prix Barbier. — Sont nommés membres de la commission : MM. Gosselin, Vulpian, Chatin, Richet et Charcot.

Prix Montyon (*médecine et chirurgie*). — Sont nommés membres de la commission : MM. Gosselin, Vulpian, Bert, Marey, Richet, Charcot, Larrey, Bouley et Robin.

De la pseudo-méningite des jeunes sourds-muets (otopiésis pseudo-méningitique). Note de M. *Boucheron.* — Les accidents méningitiformes qui apparaissent au début d'une surdi-mutité, l'incapacité de marcher qui en résulte pendant plusieurs semaines ou même plusieurs mois, et enfin les accidents nerveux bizarres observés chez beaucoup de sourds-muets, sont-ils toujours la conséquence d'une méningite cérébro-spinale ou d'une otite labyrinthique (Voltolini)? Dans bon nombre de faits, ces *phénomènes pseudo-méningitiques sont* simplement *la traduction d'une excitation violente des nerfs labyrinthiques*, d'après un mécanisme assez facile à modifier. Voici d'abord un cas type : Un enfant de huit ans est pris d'une affection méningitiforme qui le laisse absolument sourd, incapable de marcher et même de se tenir debout, mais qui lui laisse son intelligence. Cet état dure six

semaines; on lui insuffle de l'air dans la caisse du tympan, et, séance tenante, l'enfant *peut se tenir debout, marcher et retourner chez lui à pied.*

Plusieurs enfants étaient en outre affectés de divers troubles nerveux. Ainsi *ils poussaient des cris violents, sauvages, comme hydrencéphaliques.* Ils étaient pris de colère furieuse, avec impulsion irrésistible de frapper leurs parents ou eux-mêmes, de briser les objets à leur portée; ils étaient dénués d'affection, même pour leur mère. Tous ces phénomènes concomitants à la surdité disparurent avec elle, et même avant elle, après quelques insufflations d'air. Dans ces conditions, l'hypothèse d'une vraie méningite ou d'une otite labyrinthique primitive ne peut plus subsister.

Interprétation. — A la suite d'un catarrhe *a frigore*, rubéolique, ou scarlatineux, ou typhoïdique, etc., les trompes d'Eustache se sont oblitérées, le vide aérien s'est produit dans les caisses des tympans (chez les chiens dont l'auteur avait oblitéré cicatriciellement les trompes d'Eustache, *la caisse du tympan, ouverte sous l'eau, était tout à fait privée d'air*); alors la pression atmosphérique, sans contre-poids, a refoulé la membrane tympanique, puis les osselets dans le labyrinthe; *le liquide labyrinthique, ainsi pressé, a transmis la pression aux terminaisons des nerfs labyrinthiques.* La pression *excitatrice des nerfs des canaux semi-circulaires* (nerfs de l'équilibre) *produit une déséquilibration* telle, que le sujet ne peut ni se tenir debout ni marcher, ni même tenir la tête droite.

La pression excitatrice des nerfs auditifs proprement dits détermine le bourdonnement et la surdité. En outre, l'excitation otopiésique transmise au bulbe met en jeu les pneumo-gastriques (vomissements, état nauséeux); les spinaux, qui animent les muscles sterno-cléido-mastoïdiens, et les trapèzes (renversement de la tête en arrière); les nerfs faciaux (grimacements de la face); les nerfs masticateurs (grincements des dents, crispations des mâchoires); les nerfs moteurs de l'œil (convulsions des yeux); le centre vaso-moteur bulbaire (pâleur cadavérique, alternatives de rougeur et de pâleur); le centre thermogène (chaleur de la tête, peut-être même une certaine élévation de la température générale, comme dans les expériences de M. Ch. Richet), et même au-dessous du bulbe, les nerfs médullaires, nerfs cervicaux, brachiaux, thoraciques, abdominaux et dorso-lombaires (convulsions des bras, des muscles thoraciques et abdominaux, des muscles du dos et des membres inférieurs), sans parler des effets d'inhibition sur les fonctions cérébrales et viscérales. On observe aussi des *accès épileptiformes* qui ont la même origine.

Les *caractères diagnostiques* de l'*otopiésis pseudo-méningitique* sont les suivants : phénomènes méningitiformes; *surdité considérable et même absolue, après un, deux ou trois jours;* absence de paralysie faciale double, paralysie qui devrait coexister avec la surdité, si l'unique faisceau nerveux qui renferme le facial et l'acoustique accolés était comprimé par un exsudat méningien; retour rapide de la connaissance; vigueur normale des membres inférieurs dans la station couchée; incapacité de se tenir debout, de marcher, par état vertigineux; conservation de l'intelligence; disparition rapide, sinon immédiate, des accidents par l'introduction de l'air dans la caisse.

MOUVEMENTS RÉFLEXES. — M. *J. Rambosson* adresse une Note portant pour titre : *Le mouvement réflexe contagieux.*

Académie de médecine.

SÉANCE DU 10 JUIN 1884.— PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

M. le docteur *Ribemont-Dessaignes* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section d'accouchement.

L'Académie accepte le dépôt d'un *Pli cacheté* envoyé par M. le docteur Duboué (de Pau).

M. le docteur *Cougit* (de Toulon) envoie un *Rapport* manuscrit *sur les vaccinations et revaccinations qu'il a pratiquées en* 1883. (*Commission de vaccine.*)

L'Académie reçoit, pour le concours du prix Desportes de 1884, un mémoire manuscrit sur *la résoreine;* le nom de l'auteur est renfermé sous un pli cacheté, portant pour devise : « *Solamen ægrotis* ». (Inscrit sous le n° 5.)

M. le docteur *Leblond* adresse, pour le concours du prix Desportes de 1884, une *Étude physiologique et thérapeutique de la caféine.* (Inscrit sous le n° 6.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose les *Memoirs of life and Work* de M. le docteur *Ch. William.*

M. *Roger* présente la 2e édition de l'ouvrage de M. le docteur *Ch. West*, intitulé : *The diseases of infancy and childhood.*

M. *Brouardel* offre, de la part de MM. les docteurs Cornil et Brault, une *Étude sur la pathologie du rein.*

PRIX DESPORTES. — M. *Constantin Paul* donne lecture du rapport de la Commission sur le concours du prix Desportes de 1884.

COMMOTION DE LA MOELLE. — M. le docteur *Du Mesnil* (de Rouen) donne lecture d'une observation de commotion de la moelle épinière, suivie de sclérose des cordons latéraux et de dégénérescence des cellules de la substance grise. Il s'agit d'un homme de soixante ans, tombé sur la tête d'une hauteur de 1m,50. Aussitôt se montrèrent de la paraplégie, des parésies diffuses des membres supérieurs, sensibilité abolie au-dessus de l'ombilic, incontinence d'urine et de matières fécales, douleur vive à la pression au niveau de la sixième dorsale, aucune déformation. Jusqu'au quarante-sixième jour l'amélioration est progressive; mais à ce moment la température s'élève à 40 degrés, des douleurs en ceinture, des contractures intenses des membres inférieurs apparaissent, on constate de l'incontinence d'urine, des eschares se forment de divers côtés; le malade meurt et à l'autopsie on trouve seulement les lésions que nous avons indiquées plus haut. M. Du Mesnil, rapprochant ce fait de plusieurs autres analogues, en conclut : 1° que la commotion médullaire doit être maintenue dans l'état actuel de la science ; 2° qu'elle peut être l'origine de lésions inflammatoires consécutives et 3° que ces lésions inflammatoires peuvent revêtir la forme de myélites systématiques.

TRAITEMENT DE L'HYDARTHROSE CHRONIQUE. — M. *Léon Labbé*, à propos de deux cas d'hydarthrose chronique ayant résisté à tous les traitements, rapporte deux observations de guérison qu'il a obtenues à l'aide des lavages phéniqués intra-articulaires. L'une de ces observations est la suivante :

OBS. — Rey, domestique, âgé de vingt-six ans, entré à l'hôpital Beaujon le 21 novembre 1882.

Ce malade fut atteint, il y a deux ans (en 1880), pendant l'hiver, sans cause déterminante appréciable, de rhumatisme articulaire qui se localisa aux membres inférieurs, et particulièrement dans le genou droit.

A la suite de cette attaque, le genou de ce côté resta tuméfié; il s'était produit un épanchement qui céda à un certain nombre d'applications de teinture d'iode.

Il y a six mois, nouvelle attaque de rhumatisme avec les mêmes localisations; le genou droit resta définitivement gonflé avec un fort épanchement, sans tendance à la guérison.

Au mois d'août dernier, le malade alla à Luchon et là, sous l'influence de l'hydrothérapie sulfureuse générale et locale, une grande amélioration se produisit; quand il quitta Luchon, il était presque guéri et le genou était à peu près revenu à l'état normal.

Il reprit alors son service auprès de ses maîtres. Au bout de huit jours, son genou augmenta encore de volume. Depuis ce moment, l'articulation est restée très grosse; sous l'influence de la fatigue, l'épanchement s'accroît notablement. Le malade ressent beaucoup de gêne et la station debout lui devient très pénible.

Quand on l'examine à l'hôpital, on trouve un épanchement énorme qui distend les culs-de-sac de la synoviale; la rotule est très refoulée en avant, la fluctuation est aussi nette que possible. Par la palpation on reconnaît que la synoviale est saine; il n'y a pas d'altération appréciable des surfaces articulaires. On ne provoque pas de mobilité latérale; les tissus péri-articulaires sont sains.

28 novembre. — L'épanchement a un peu diminué sous l'influence du repos.

Je pratique une ponction de la synoviale avec un trocart à hydrocèle de moyen calibre enfoncé sur le côté externe de la rotule. Il sort environ 80 grammes d'un liquide clair et très légèrement visqueux. Lavage de la cavité séreuse avec de l'eau phéniquée à 5 pour 100, soigneusement filtrée. Ces injections sont faites avec une seringue en melchior bien purgée d'air. Quatre litres d'eau phéniquée sont ainsi injectés; l'eau des premières injections sort blanchâtre et opaque; aux dernières elle revient presque claire.

Le genou est entouré d'ouate avec un bandage compressif et le membre bien immobilisé dans une gouttière.

29 novembre. — Le liquide s'est reproduit abondamment: ponction aspiratrice qui donne issue à un liquide rosé et limpide. Le malade qui souffrait un peu est soulagé par cette ponction; la région est un peu sensible, mais il n'y a pas de réaction fébrile. On continue la compression avec immobilisation. Pendant les jours suivants, l'épanchement se reproduit encore un peu, mais le malade n'accuse pas de douleurs, et son état général ne s'est pas un instant ressenti de l'opération.

Dans la suite on continue la compression avec repos absolu; il y a de légères alternatives de diminution et d'augmentation de l'épanchement, puis une diminution progressive, et, le 23 décembre, le malade quitte l'hôpital, le genou dans l'état absolument normal.

Depuis j'ai revu le malade et j'ai pu constater que seize mois après l'opération la guérison s'est maintenue complète.

M. Labbé, après avoir retracé l'historique complet de la thérapeutique des épanchements intra-articulaires par les injections irritantes, estime que le mode de traitement qu'il préconise est appelé à donner, contrairement aux autres, des résultats définitifs.

M. *Jules Guérin* rappelle que, dans tous les cas analogues, il a, depuis trente-cinq ans, employé avec un grand succès les cautérisations ponctuées. Quand on se trouve en présence d'une hydarthrose essentielle, il faut d'abord appliquer un vésicatoire; si cela est insuffisant, des compresses renouvelées d'eau froide doivent être appliquées; enfin, s'il est nécessaire, on doit évacuer le liquide par la ponction aspiratrice, afin de déterminer une fluxion modifiant les surfaces articulaires enflammées, puis pratiquer sur la peau des cautérisations ponctuées, répétées tous les trois jours sans occasionner d'inflammation suppurative; ainsi l'on donne à la peau de la vitalité en même temps qu'une certaine contractilité. — Ce procédé n'est pas nouveau, objecte M. *Colin* (d'Alfort); depuis des siècles, les vétérinaires appliquent le feu pour les distensions synoviales. — Assurément, réplique M. *Jules Guérin*, mais il n'y a aucun rapport entre cette manière de faire et la cautérisation superficielle destinée à amener une modification physiologique efficace. — Toutefois, d'après M. *Labbé*, il est des cas où elle est insuffisante et dans lesquels le lavage phéniqué donne d'excellents résultats.

Clou de Biskra. — M. *Fournier* commente la note de M. *Duclaux* publiée plus haut (p. 397), et dont l'Académie ordonne, par exception, et vu son intérêt capital, la publication intégrale au *Bulletin*.

M. *Legouest* ne nie pas l'intérêt des résultats obtenus au point de vue de l'histoire du microbe inoculé, mais il n'y voit aucune raison de croire qu'il s'agisse bien de l'organisme spécifique du clou de Biskra; ces recherches ont été pratiquées sur les animaux, la période d'éruption et les phénomènes observés ont été bien différents de ceux qu'on observe cliniquement chez l'homme.

Ces remarques sont appuyées par M. *Larrey*, qui insiste surtout sur la nécessité de ne conclure en pareille matière qu'après un grand nombre d'expériences.

M. *Colin* (d'Alfort) prétend qu'avec tous les bouillons de culture, stérilisés ou non, il est toujours possible de produire les accidents gangreneux inflammatoires ou autres que M. Duclaux a obtenus dans ses expériences sur les lapins; il faudrait les répéter sur de grands animaux; car dans les résultats annoncés, il ne faut voir que des accidents septicémiques.

M. *Fournier* répond que le malade qui a servi aux expériences de M. Duclaux venait de Tunisie et était bien réellement atteint d'une maladie présentant tous les caractères du clou de Biskra; d'ailleurs, ni M. Duclaux ni lui n'affirment avoir réellement isolé le microbe de cette maladie.

M. Duclaux, fait à son tour remarquer M. *Bouley*, est un expérimentateur du plus grand mérite, dans les expériences duquel on peut avoir la plus grande confiance. Ce qui montre la nature spécifique des inoculations qu'il a pratiquées chez le lapin, c'est le fait que la culture devenue inoffensive par l'atténuation avec le temps ait repris toute son activité lorsqu'elle a été replacée dans un milieu de culture renouvelé où elle s'est régénérée pour s'atténuer de nouveau peu à peu avec le temps et redevenir inoffensive; il s'agit donc là d'un agent vivant et l'on ne saurait douter que M. Duclaux n'arrive à conférer l'immunité et la préservation vaccinale.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 11 JUIN 1884. — PRÉSIDENCE DE M. DELPECH.

Eau ozonisante et hydrate de terpilène : M. Tanret. — Traitement de la leucorrhée : M. Brame. — Présentation d'ouvrage : M. Dally. — Eau chargée d'oxygène : M. Dujardin-Beaumetz. — Lavements de macération de digitale : M. Moutard-Martin.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Tanret* fait remarquer que la dénomination assignée par M. Boursier à l'eau ozonisante dont il est l'inventeur est absolument impropre. En effet, on ne peut nommer *hydrate de terpilène* une solution aqueuse de terpilène chargée d'oxygène; l'hydrate de terpilène est un corps depuis longtemps connu, défini, cristallisé, c'est la *terpine*, qui prend naissance par la combinaison de l'eau avec le terpilène ou térébenthène, renfermé dans l'essence de térébenthine.

M. *Campardon* a expérimenté cette eau ozonisante dans un cas de diphthérie; elle lui a paru faciliter quelque peu le détachement des pseudo-membranes, mais il ne saurait rien affirmer de bien certain, car la maladie était arrivée à sa période de décroissance lorsque l'eau ozonisante a été employée. D'autre part, ce liquide ne semble pas être un composé défini, nouveau; il présente, en particulier, la plus grande analogie d'odeur avec la solution de baume du Commandeur dans l'eau, qui a été imaginée par un malade de M. Campardon, pour être employée comme désinfectant.

M. *Tanret* rappelle également que les expériences de Berthelot ont nettement démontré que l'essence de térébenthine absorbe l'oxygène et le retient dans un état d'union fort instable; elle le cède ensuite avec la plus grande facilité et peut ainsi jouer le rôle de corps oxydant, mais il ne se produit pas d'ozone dans de semblables conditions.

— M. *Brame* donne lecture d'une Note sur le traitement de la leucorrhée.

— M. *Dally* fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *De la valeur intellectuelle et sociale des examens des baccalauréats*. Il s'attache à démontrer que le programme des études imposées aux jeunes gens pour l'obtention de ce brevet est surchargé de façon fâcheuse. Il en résulte pour l'enfant un véritable *surmenage intellectuel*, occasionnant l'affection connue sous le nom de céphalée des adolescents, et pour laquelle le seul traitement véritablement efficace est le repos absolu de l'esprit. Il est certain que les jeunes gens forcés, pour cette raison, d'interrompre leurs études sont placés, par rapport aux autres, dans des conditions évidentes d'infériorité, relativement à cette «estampille uniforme» du baccalauréat. Dans les maisons d'éducation, les élèves sont condamnés à onze ou douze heures de travail et de position assise; or il est impossible qu'ils utilisent

réellement ce temps considérable en travail effectif; pourquoi dès lors leur infliger cette longue inactivité corporelle, qui ne peut être que préjudiciable à leur développement? M. Dally propose un projet de réforme dans le programme des études secondaires, tendant à la suppression des baccalauréats.

M. *Blachez* a pu se convaincre que les résultats déplorables de ce surmenage intellectuel sont encore bien plus fréquents et plus marqués chez les jeunes filles, astreintes à des études excessives à un âge où leur développement physique est en pleine évolution.

— M. *Dujardin-Beaumetz* présente à la Société divers échantillons d'eau, de limonade, de vins blancs chargés d'oxygène ou d'ozone, et renfermés dans des siphons entièrement analogues aux siphons d'eau de Seltz : l'oxygène remplace l'acide carbonique. Cette eau chargée d'oxygène est préparée par MM. Brin frères, au moyen d'un ingénieux procédé consistant à faire passer un courant d'air sur de la baryte chauffée à une température déterminée; la baryte absorbe l'oxygène, et l'azote de l'air atmosphérique se dégage. En élevant ensuite la température, l'oxygène absorbé par la baryte est mis en liberté et recueilli dans des gazomètres. La même opération peut se répéter ainsi un nombre de fois considérable avec la même baryte, aussi le prix de revient du gaz oxygène est-il fort minime. Les siphons sont ensuite chargés par des procédés mécaniques spéciaux. L'ozone est obtenu en faisant passer un courant d'oxygène à travers des tubes dans lesquels se produit une série d'étincelles électriques.

M. Dujardin-Beaumetz a expérimenté cette eau chargée d'oxygène contre la perte d'appétit, la polydipsie et le diabète. Dans le premier cas, le retour de l'appétit a suivi très évidemment l'usage du médicament, et, fait important, il ne s'est produit aucun accident de gastralgie. Chez une malade polydipsique à un degré extrême (elle urinait 28 litres par jour) l'amélioration a paru très nette; cette femme est arrivée à ne plus boire que 4 à 5 litres par jour et trouve que l'eau chargée d'oxygène « diminue la soif ». Chez les diabétiques aucun résultat bien net n'a jusqu'ici été obtenu.

Comment agit cette eau chargée d'oxygène? — M. Dujardin-Beaumetz propose une interprétation ingénieuse basée sur la théorie des alcaloïdes intestinaux, et de la stercorémie récemment formulée par M. Bouchard. Il rappelle tout d'abord que Selmi a démontré l'existence d'alcaloïdes cadavériques auxquels il a donné le nom de *ptomaïnes;* ces alcaloïdes existent également dans l'intestin de l'homme, et A. Gautier, qui a reconnu leur présence dans tous les produits d'excrétion de l'économie, leur a assigné la dénomination de *leucomaïnes*. A. Gautier a même basé sur ce fait une théorie philosophique séduisante, suivant laquelle la cellule vivante, végétale ou animale, a pour fonctions d'élaborer des alcaloïdes.

D'autre part, le rôle des microbes serait sans doute de déterminer la production d'alcaloïdes spéciaux pour chaque espèce de micro-organisme; ils ne seraient pas, par eux-mêmes, des agents virulents, mais seulement par l'intermédiaire des alcaloïdes auxquels ils donnent naissance. Enfin ces alcaloïdes ont une action générale toxique très analogue à la muscarine et déterminent, comme elle, des accidents comateux ou convulsifs, et la mort par le cœur. Partant de ces données, et se basant sur le nombre considérable de microbes contenus dans l'air atmosphérique (55 000 par 10 mètres cubes), M. Bouchard a fait observer que ces microbes se déposent en grande quantité dans les fosses nasales, sur le voile du palais, la glotte, et sont déglutis avec les mucosités et la salive; que d'autres, plus nombreux, sont ingérés avec les aliments; qu'ils rencontrent dans l'estomac, dans le tube intestinal un milieu de culture favorable, surtout dans certaines conditions pathologiques des organes digestifs; qu'ils pullulent, se développent et donnent lieu à la production des leucomaïnes. Ces alcaloïdes absorbés en plus ou moins grande quantité, suivant le fonctionnement plus ou moins normal de l'intestin et la rapidité d'expulsion des matières fécales, sont constamment éliminés par l'urine. Mais, que l'encombrement intestinal, l'arrêt des matières s'établisse, la production et l'absorption des leucomaïnes s'exagère; que le filtre rénal soit lésé, leur élimination diminue ou se supprime : le résultat final est le même dans les deux cas, et apparaissent les accidents si graves de l'intoxication par les leucomaïnes en excès dans la circulation. Ces accidents sont ceux que l'on désignait jusqu'ici sous le nom d'*urémie*, et pour lesquels M. Bouchard propose la dénomination de *stercorémie* destinée à rappeler l'origine du poison.

L'eau chargée d'oxygène, dit M. Dujardin-Beaumetz, n'aurait-elle pas pour effet de modifier les milieux de culture intestinaux et de s'opposer au développement des microbes, à la fermentation, et, par suite, à la production des leucomaïnes? L'eau oxygénée de Thénard est un des plus puissants antiseptiques; l'eau chargée d'oxygène ne présente-t-elle pas une action analogue? Son mode d'emploi par la voie stomacale semble bien nettement indiqué, puisque le tube intestinal constitue un lieu d'élection pour les microbes, chez l'être sain, vivant. Marié-Davy a démontré ce fait par une expérience très probante : après avoir endormi un cobaye, il enlève avec toutes les précautions antiseptiques, et au moyen d'une anse galvanique, de petites portions des différents organes et les projette dans des liquides de culture appropriés; il constate alors que les micro-organismes ne se développent que dans les ballons renfermant des portions d'intestin ou de poumon, et qu'ils sont d'autant plus abondants que l'ensemencement a eu lieu au moyen d'un lambeau intestinal plus rapproché du gros intestin. Chez l'animal vivant, on rencontre donc seulement des microbes dans les voies respiratoires et dans le tube digestif, surtout dans les dernières portions de celui-ci. Ces faits viennent encore à l'appui de la théorie de Bouchard. — M. Dujardin-Beaumetz a donné l'eau chargée d'oxygène, soit pure, soit coupée avec le vin afin de masquer son goût fade. Il l'a prescrite à la dose d'un à quatre siphons par jour, et n'en a observé aucun inconvénient. La limonade oxygénée est bien plus agréable au goût.

M. *Delpech* demande si cette eau chargée d'oxygène n'a pas été expérimentée en lavements; il semble qu'elle agirait mieux ainsi pour désinfecter les matières fécales.

M. *Dujardin-Beaumetz* n'a pas essayé les lavements; d'ailleurs, si l'on arrête les fermentations et le développement des microbes dans les premières voies digestives, on supprime, par le fait, ces mêmes phénomènes dans tout le reste du tube intestinal, puisque les micro-organismes pénètrent par la voie stomacale. On diminue ainsi la production des leucomaïnes.

— M. *Moutard-Martin* a été amené à modifier l'administration de la macération de digitale, en vue d'utiliser ses précieux effets diurétiques, sans déterminer les accidents gastriques fréquemment observés chez certains malades. On sait, en effet, que les individus dont l'estomac offre une certaine susceptibilité, ou qui souffrent de dyspepsie, tolèrent mal ce médicament, et qu'on est assez rapidement obligé d'en suspendre l'usage, à cause des douleurs gastriques, des nausées et des vomissements qu'il détermine. On a déjà conseillé, dans le but d'augmenter la tolérance, de prescrire tout d'abord la dose la plus forte, puis de diminuer progressivement pour suspendre au bout de quelques jours, et recommencer de la même manière, après un court repos. Sans doute la tolérance est plus grande dans ces conditions, mais l'effet diurétique est moindre. M. Moutard-Martin a obtenu une tolérance parfaite, en même temps qu'une diurèse abondante en administrant la macération de digitale en lavements de 200 grammes; le médicament est très bien supporté, l'absorption complète, la diurèse s'établit le troisième

jour, et, dès lors, les accidents cardiaques seuls peuvent venir contre-indiquer la prolongation du traitement. M. Moutard-Martin a employé ce procédé chez plusieurs malades de sa clientèle et n'a eu qu'à se louer des effets obtenus.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle que la digitale a déjà été administrée en lavements, et qu'on a également proposé de l'employer sous forme de catasplasmes. Il a essayé plusieurs fois les cataplasmes de digitale, mais n'a obtenu que des résultats incertains, très variables suivant la finesse de la peau du malade. Chez les enfants ou les individus dont la peau est mince, l'absorption a lieu incontestablement, et la diurèse se produit.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Le microbe de la pyohémie, par M. Beltzow. — Les recherches ont porté sur six cas, dont cinq de pyohémie pure. Chaque fois, l'auteur trouva un nombre variable de colonies de micrococcus très fréquemment dans le poumon et dans les reins, plus rarement dans la rate et dans le cœur. D'ordinaire les tissus avoisinant les colonies de micrococcus ne présentaient pas de phénomènes de réaction.

Dans la moitié des cas, il observa des bâtonnets, tantôt dispersés, tantôt groupés, mais jamais entourés de glia, à l'instar des micrococcus; les bâtonnets étaient fort nombreux, dans les reins (tissu interstitiel, vaisseaux, glomérules, canalicules urinifères). L'abondance était telle, que certains vaisseaux étaient obstrués. Dans le foie, la situation était la même. Dans les poumons, la rate, le cœur, les bâtonnets étaient de moins en moins fréquents.

La forme et le volume des bâtonnets étaient variables. Ils étaient *tantôt gros et allongés* (comme ceux de l'œdème malin), tantôt *minces et courts* (forme intermédiaire entre le bacille de la tuberculose et celui de la septicémie des souris). Il est à remarquer que sur le même malade, ils avaient toujours la même forme et la même grosseur.

Dans un seul cas, on constata la présence d'une troisième forme (*Leptothrix*). D'après cette description, il est clair qu'il ne s'agit ni du bactérium termo, ni du bacille que l'on rencontre dans le péricarde des cadavres non autopsiés (Koch, Billroth), mais plutôt du microbe de l'œdème malin, quoique les malades n'aient pas présenté les symptômes de leur vivant.

Il est permis de penser, vu la répartition de ces microbes au sein de l'organisme, qu'ils y avaient pénétré pendant la vie. Toutefois l'absence de signes réactionnels dans le parenchyme fait conjecturer que cette pénétration a eu lieu à une période peu éloignée du décès. (*Cent. für med. Wiss.*, 1884, n° 22.)

Des nerfs vaso-moteurs, par MM. von Anrep et Cybulski. — Expériences faites dans le laboratoire de physiologie du professeur Tarchanow, à Saint-Pétersbourg. En voici les conclusions :

1° Il n'existe aucune analogie entre les nerfs vagues et les nerfs vaso-dilatateurs au point de vue de l'action de l'atropine;

2° Il n'existe pas davantage d'analogie entre les nerfs vaso-constricteurs et les accélérateurs du cœur; on sait, en effet, qu'une irritation maximum des accélérateurs est impuissante à surmonter l'effet d'une irritation même minime du nerf vague;

3° Une certaine pression sanguine est une condition *sine quâ non* pour l'apparition d'une dilatation perceptible des vaisseaux;

4° La période d'irritation latente des nerfs vaso-dilatateurs ainsi que des vaso-constricteurs de la langue, ainsi que la hauteur des ondes pour le même nombre de battements d'induction et le maximum des hauteurs d'ondes sont sensiblement rapprochés;

5° En conséquence il n'y a pas de différence essentielle entre ces deux sortes de nerfs vaso-moteurs.

On peut donc admettre qu'il existe dans les parois vasculaires deux appareils nerveux complètement autonomes, dont l'un produit le rétrécissement et l'autre la dilatation des vaisseaux. (*St. Pet. med. Woch.*, 1884, n° 20.)

Un cas de glycosurie traumatique, par M. Scheuplein. — Un dragon de vingt-trois ans fut précipité sur le sol d'une hauteur de 42 pieds. Une tumeur de la grosseur du poing s'était formée dans la région lombaire : elle se composait d'un extravasat sanguin. Mais l'apophyse épineuse de la première vertèbre lombaire était fort saillante, celle de la douzième vertèbre dorsale était déplacée en avant et à droite. On admit une luxation de cette dernière vertèbre avec arrachement de petites portions des apophyses transverses des vertèbres intéressées.

La thérapeutique consista à pratiquer une contre-extension sur les épaules, tandis que le médecin, fixant d'une main le bassin, pratiquait des pressions graduées sur la saillie de l'apophyse épineuse de la douzième vertèbre dorsale. Dès le second essai la réduction réussit, accompagnée d'un bruit perceptible. Traitement antiphlogistique : au bout de cinq semaines le malade put marcher.

Un diabète aigu fit son apparition le onzième jour après le traumatisme, la proportion de glycose atteignit rapidement des proportions considérables; il disparut de lui-même au bout de trois à quatre semaines. Le rétablissement du malade fut complet; il reprit ses fonctions de garçon de ferme. Deux ans après on ne percevait plus qu'une gibbosité insignifiante. (*Archiv. für klin. Chir.*, t. XXIX, p. 365.)

Un cas d'empoisonnement par l'acide chlorhydrique, par M. Grehle. — Un homme, bien portant jusqu'alors, avale par mégarde un petit verre d'acide chlorhydrique. Après la disparition des accidents classiques du côté du pharynx et de l'œsophage, on constate la persistance d'une gastrite rebelle, qui finit par produire un rétrécissement notable du pylore avec dilatation de l'estomac. Dans l'urine on observe les témoins d'une irritation variable du parenchyme rénal (albuminurie, cylindres hyalins et hématies dans l'urine). Ce dernier phénomène est très rare. A l'autopsie on ne trouva pas de lésions qui aient pu en fournir l'explication. (*Berlin. klin. Woch.*, 1884, n° 22.)

Traitement chirurgical de la tuberculose, par M. Selenkow. — Les tuberculoses locales, quelle que soit leur gravité, sont traitées de nos jours par des opérations diverses (grattage, extirpation, amputation, résection). Les résultats sont médiocres : Esmarch avouait même dernièrement qu'il amputait plus souvent qu'autrefois. L'auteur attribue ces insuccès à l'insuffisance de l'opération : il reste toujours dans les recoins des bacilles que le pansement de Lister n'empêche pas de proliférer. Partant de cette hypothèse il pratique tous les quatre à cinq jours, dans les plaies opératoires, une injection de la teinture d'iode ordinaire à 10 pour 100. Il faut employer une certaine force : les adhérences résistent parfaitement, tandis que les adhérences tuberculeuses se relâchent. L'opération est indolore. L'auteur cite à l'appui cinq observations; l'une d'elles est vraiment remarquable. (*Saint-Peters. med. Woch.*, n° 19, 1884.)

BIBLIOGRAPHIE

Théophraste Renaudot, d'après des documents inédits, par M. Gilles de la Tourette. — Paris, Plon, 1883. In-8° de 316 pages.

Au commencement de l'année 1625, quelques mois après que Richelieu était devenu premier ministre, Théophraste Renaudot, alors âgé de trente-huit ans, s'établissait définitivement à Paris. Le nouvel arrivant n'était appelé dans la capitale ni par l'attrait d'une situation brillante, ni par le désir de faire fortune : il abandonnait au contraire la clientèle fructueuse et les relations agréables qu'il avait à Loudun sa ville natale. Ayant pris, à moins de vingt ans, le bonnet doctoral à Montpellier, il avait voyagé, vu plusieurs universités étrangères, étudié la chirurgie alors dédaignée. Revenu dans son pays, il travailla encore, réfléchit beaucoup et en fin de compte son attention se fixa sur un problème vieux comme les sociétés humaines, mais dont la solution paraît nécessaire, surtout aux époques incertaines et tourmentées : la diminution ou l'extinction du paupérisme. Renaudot n'était ni un rêveur ni un idéologue; il aimait les solutions moyennes et les améliorations immédiates. Dès 1610 il écrit un *Traité des pauvres*, dans lequel il propose, pour leur venir en aide, les mesures suggérées par l'expérience que donne l'exercice de la médecine sur tout ce qui touche à un pareil sujet. Il connaissait Richelieu et l'Eminence grise; l'un ou l'autre, peut-être tous les deux, comprirent qu'ils pourraient tirer parti de ses qualités. Dès 1612 Renaudot était nommé Conseiller-médecin du roi et Commissaire général des pauvres du royaume; c'étaient deux titres très honorables et très honorés, mais, pour qu'ils servissent à quelque chose, il fallut à celui qui les portait, une énergie, une conviction et une force de volonté peu communes. Richelieu, comme tous les hommes de génie, avait l'intuition des réformes à faire, mais il fallait courir au plus pressé, établir sur des bases inébranlables la puissance militaire de la France et l'autorité royale, c'est-à-dire l'indépendance et l'unité nationales. Ce fut vers ces deux objectifs qu'il tourna constamment ses regards; les finances et l'administration intérieure en souffrirent. En 1618, Renaudot, déjà pourvu de son commissariat général, fait un voyage à Paris; il eut à compter avec le Châtelet, qui suspendit par des questions de procédure l'application des lettres patentes du roi. Lorsque, sept ans plus tard, il revint à la charge, les mêmes velléités d'opposition se montrèrent; cette fois le médecin avait dans le cardinal ministre un patron capable de réduire vite à néant ces chicanes juridiques. Il favorisa son initiative, lui fit obtenir, on pourrait dire lui octroya les privilèges dont il avait besoin, mais ce fut tout; jamais aucune des œuvres charitables qu'il créa ne coûta un denier parisis au trésor royal.

Dès son arrivée il s'occupa des pauvres, tout ce qu'il fit dans la suite fut la conséquence nécessaire de la première institution fondée par lui. La philanthropie de Renaudot avait une forme particulière, elle ne ressemblait pas précisément à la charité chrétienne de saint Charles Borromée ou de saint Vincent de Paul; il s'intéressait sans doute au soulagement des misères humaines; mais ce qu'il voulait avant tout, c'était les prévenir. Il proposa d'occuper les gens que le chômage réduirait à la mendicité, à des travaux d'hygiène ou d'utilité publique; au nettoyage des villes, aux soins des malades. Comme ces mesures rencontraient des difficultés insurmontables dans leur application, il se rabattit sur quelque chose de plus simple, pour lequel il n'avait pas besoin de secours matériels, il fonda le *Bureau d'adresses et de rencontres*, simple agence destinée à la centralisation des offres et des demandes. C'était beaucoup pour l'époque; grâce à cela, les artisans ou les petits commerçants qui arrivaient à Paris étaient sûrs de trouver sans rétribution les renseignements dont ils avaient besoin; d'échapper aux dépenses forcées que créaient toujours en pareil cas l'incertitude et les tâtonnements, quand la rapacité éhontée d'industriels sans scrupules ne s'en mêlait pas. Afin d'éviter les difficultés qu'il avait entrevues, de ne point entrer en lutte de privilèges avec les maîtrises existantes, Renaudot tint à préciser son rôle dès le début; il voulait être un intermédiaire, pas davantage. Le bureau d'adresses ne vendait pas, n'achetait pas, ne fabriquait pas, ne faisait même pas l'aumône : il renseignait. Le succès l'engagea à élargir sa sphère d'action. Le 30 mai 1631 paraissait le premier numéro de la *Gazette*. Ce n'était ni une chronique imprimée du bureau ni un recueil périodique et régulier de nouvelles, c'était un journal, un vrai journal tel que ceux que nous avons, s'occupant de politique, de science, de littérature. Richelieu lui-même ne dédaignait pas d'être parfois le collaborateur de son protégé; puis, en 1638, Renaudot fit pour le prêt sur gages ce qu'il avait fait pour les renseignements, il fonda les bureaux de vente *à grâce, troques et rachapts de meubles et autres biens quelconques*. Ces administrations étaient réunies dans un même local, rue de la Calandre, au *Grand Coq*. Ainsi, en moins de quinze ans, un seul homme avait fondé et rendu prospères, avec ses seules ressources, des institutions qui sont devenues la publicité commerciale, le journalisme et le mont-de-piété; il a moins fallu pour en immortaliser beaucoup d'autres.

Tout avait bien été jusque-là : on enviait un peu le protégé de Richelieu, mais, à la veille de la Fronde, l'animadversion ne se manifestait que par d'inoffensifs sarcasmes. Les choses changèrent lorsqu'il voulut mettre à exécution un autre projet, la réforme de l'enseignement de la médecine. L'avait-il conçu depuis longtemps ou bien y fut-il conduit par le besoin d'étendre aux pauvres malades la sollicitude dont il avait donné tant de preuves aux pauvres en bonne santé; on ne saurait le dire. Toujours est-il que, le 1er septembre, l'office de la rue de la Calandre s'enrichit d'un cabinet de consultation et d'un laboratoire : conseils, opérations, préparations pharmaceutiques, tout était gratuit. Cette nouvelle institution, plus utile peut-être que toutes les autres, ne passa point inaperçue : une corporation puissante, dont les privilèges étaient menacés, dont les doctrines étaient combattues au grand jour, entra en lice.

Le 23 octobre 1640, la Faculté de médecine de Paris intentait un premier procès en s'appuyant sur une irrégularité dans l'enregistrement des lettres patentes qui autorisaient l'établissement de consultations charitables.

A ce moment surtout la Faculté était une puissance : elle avait un passé glorieux, des privilèges, un Code professionnel, un mode d'enseignement et une doctrine. Sur chacun de ces points elle était en opposition absolue avec son adversaire. Les médecins reçus par elle prétendaient au droit exclusif d'exercice de la médecine dans la ville, ils avaient toujours accepté de mauvaise grâce l'exception faite en faveur des médecins royaux; or Renaudot venait de Montpellier, la plus abhorrée de toutes les universités rivales. On discutait jusqu'à son titre; on oubliait ou plutôt on ne voulait pas voir son désintéressement; ni le bureau d'adresses, ni le mont-de-piété, ni la *Gazette* ne trouvèrent grâce devant le pharisaïsme déontologique des immaculés de la rue de la Bûcherie. Dès 1638, on imposa à ses fils, lorsqu'ils se firent immatriculer comme étudiants, des conditions humiliantes et d'une moralité douteuse, car on les obligeait de désavouer leur père.

Dans son enseignement la Faculté se rappelait son origine ecclésiastique : on lisait les auteurs, on les commentait, on discutait sur tout. La scolastique régnait en maîtresse dans le cénacle. Pour la pratique, c'était autre chose : pas de clinique, presque pas d'anatomie, les étudiants voyaient des malades quand ils pouvaient, où ils voulaient, avec les médecins de l'Hôtel-Dieu ou les docteurs de la ville qui leur per-

mettaient de les accompagner. La conséquence de tout cela, ce fut une immobilité absolue, une cristallisation des doctrines de l'antiquité. La Faculté de Paris comptait, en 1640, parmi ses membres, des érudits, des philologues, des hellénistes de valeur, des hommes d'esprit surtout ; elle ne comptait pas un praticien dont on ait consulté depuis les travaux. Et l'on voulait élever une Eglise rivale, réclamer droit de cité pour l'hérésie!

Les consultants du bureau d'adresses appartenaient presque tous aux universités provinciales, ils observaient beaucoup, discutaient peu. — M. Gilles de la Tourette a découvert un Traité de diagnostic rédigé par Renaudot lui-même; c'est un véritable chef-d'œuvre de méthode, un manuel d'exploration clinique qu'on n'aurait guère à modifier aujourd'hui. — Ils admettaient la circulation, prescrivaient les médicaments chimiques; autant d'horreurs pour les orthodoxes. Puis il y avait des conférences dans lesquelles on parlait avec une entière liberté de tout, sauf de politique et de religion; les malades affluaient à la policlinique, les étudiants eux-mêmes y venaient.

Il fallait bien peu de chose pour que le prestige de la Faculté fût ruiné pour toujours. Un moment on put croire qu'il l'était; la maison du *Grand Coq* était devenue trop petite. Renaudot fut sur le point d'obtenir une concession et un local près de la porte Saint-Antoine; mais un événement capital fit crouler l'édifice si laborieusement édifié, Richelieu mourut. La Faculté avait poursuivi pendant quatre ans la lutte sans trêve ni merci, l'intervention du cardinal n'avait pu avoir raison des arguties de ses avocats; on avait écrit libelles sur libelles; le novateur s'était défendu; le bon sens et le bon droit étaient de son côté, mais il avait contre lui les situations acquises, la routine, les préjugés, c'étaient autant de facteurs avec lesquels il fallait compter. Il succomba dans cette lutte inégale; les consultations charitables furent supprimées par autorité de justice, et pendant plus de cent cinquante ans la caducité gothique de la Faculté resta un obstacle insurmontable aux progrès de la médecine en France.

Tel est à grands traits Théophraste Renaudot, tel que M. Gilles de la Tourette nous le présente; il y a tout lieu de croire que le portrait est ressemblant, car l'auteur n'a rien négligé pour reconstituer l'histoire d'un personnage envers lequel la postérité n'a guère été plus juste que ses contemporains. On l'a beaucoup étudié sans doute, mais presque tous les travaux avaient le tort de laisser dans l'ombre le côté le plus intéressant de sa carrière. On ne tenait pas compte que le fondateur de la presse et du mont-de-piété était avant tout médecin, et que jamais il ne l'oublia.

Nulle part sa lutte avec la Faculté n'est mieux peinte que dans le livre de M. Gilles de la Tourette. Ses péripéties sont nombreuses, dramatiques parfois; le doyen va supplier les magistrats, entre en pourparlers avec l'Éminence; la Faculté se fait humble jusqu'à la servilité, elle implore les services de cet odieux Bouvard, dont la morgue avait si souvent blessé ses confrères, et comme on ne peut rien obtenir par ce moyen, on soudoie ceux qui ont le plus de verve, au besoin on n'hésite pas devant l'injure et la diffamation ; puis les enfants de Renaudot sont les *alumni* de la Faculté, c'est par eux qu'on réagira sur leur père; on les empêchera de prendre leurs grades. Le corps savant avait parfaitement senti que la guerre engagée était une guerre à mort, qu'elle avait affaire à un homme d'action capable de concevoir et de mener à bien de graves entreprises: pas d'atermoiements, pas d'armes courtoises; plus les traits sont dangereux, mieux ils valent. Il faut avouer que dans toute cette campagne la docte compagnie fit preuve d'une habileté dont seraient fiers bien des diplomates de profession, elle sut fléchir sans céder, promettre sans tenir et mettre en échec l'autorité du tout-puissant cardinal avec des ressources de procureur retors.

M. Gilles de la Tourette est peu tendre pour elle et pour ses défenseurs : Guy Patin est un homme sans cœur et presque sans conscience ; Riolan, René Moreau ne valent guère mieux. Guillaume du Val lui-même, le conciliant doyen, joue un assez triste rôle, on ne sait qui l'emporte chez lui de la niaiserie ou de la duplicité. En regard de cette coterie, Renaudot, calme et fort des services rendus, est encore grandi par les revers; quand son adversaire le plus acharné nous apprend qu'il est mort *gueux comme un peintre*, on se dit involontairement : « C'est égal, cet homme valait à coup sûr mieux que vous tous. » Nous le répétons, il y a tout lieu de croire cette impression légitime, car l'auteur a parcouru minutieusement les sources capables de fournir des renseignements précis : archives locales, Commentaires de la Faculté de Paris, pamphlets de la Fronde. Son livre est à coup sûr un livre de bonne foi, c'est de plus un livre intéressant et d'une véritable valeur historique.

Dr L. Thomas.

De la lymphangite aiguë, à forme gangreneuse, par M. Ad. Jalaguier. Thèse de Paris, Georges Masson.

Notre résumé ne porte que sur la partie descriptive de ce travail remarquable et nous renvoyons le lecteur à la thèse elle-même pour la partie critique : il y trouvera des pages fort intéressantes où l'auteur rectifie une erreur propagée par le regretté Maurice Reynaud sur la *gangrène blanche*. Mais voici, en substance, ce que M. Jalaguier entend par lymphangite à forme gangreneuse.

Dans le cours d'une angioleucite aiguë, on observe parfois une gangrène plus ou moins étendue des téguments. Les auteurs qui, depuis Velpeau, ont écrit sur ce sujet passent rapidement sur cette complication, qui cependant imprime à la lymphangite une physionomie toute particulière et aggrave singulièrement le pronostic.

Après une première période d'inflammation franche, dont la durée peut varier de vingt-quatre heures à une dizaine de jours, la peau se mortifie suivant un processus qui est presque toujours sensiblement le même : la formation des eschares est en général annoncée par l'apparition de phlyctènes quelquefois immenses. Ces bulles renferment un liquide tantôt roussâtre et sanguinolent, plus souvent séreux et ténu. Dans quelques cas, après la rupture de la phlyctène, on trouve une couche pultacée blanchâtre, quelquefois une véritable couenne étalée à la surface du derme ; cette exsudation fibrineuse indique une phlegmasie violente des couches superficielles de la peau.

Le derme ainsi dépouillé de son épiderme, est, ou bien simplement enflammé, d'une couleur rouge violacé, ou bien déjà très superficiellement mortifié; on voit alors de petites tâches d'un blanc grisâtre ou d'un noir jaunâtre, qui parfois restent isolées, mais souvent aussi elles se fusionnent et donnent alors naissance à une large plaque gangrenée.

Dans certains cas le soulèvement épidermique et la mortification du derme sont, pour ainsi dire, contemporains. La phlyctène se montre, on la déchire et on aperçoit une grande eschare entourée d'une zone rouge de derme dénudé — le tiers ou le quart de la peau d'un membre peut se grangrener de la sorte. — On peut trouver aussi plusieurs eschares disséminées sur la surface du membre. Ces plaques mortifiées sont ordinairement d'une coloration qui varie du brun foncé à la teinte feuille morte; quelques-unes sont grisâtres, jaunâtres ou rouillées; on en trouve enfin qui sont *absolument blanches* dans toute leur étendue, d'un *blanc de lait.*

A part ces diversités de coloration, les autres caractères physiques des plaques de gangrène cutanée sont à peu près identiques chez tous les malades. La surface des *eschares* est lisse et polie, paraît plutôt légèrement déprimée que

saillante; ces eschares sont douces au toucher, souples en même temps que fermes et résistantes; la gangrène est plutôt sèche qu'humide. Excepté tout à fait au début, les contours de l'eschare sont nettement tracés; parfois régulièrement circulaires, ils décrivent, dans d'autres cas, des sinuosités et des feslons. Le derme qui entoure ces plaques mortifiées est rouge plus ou moins violacé, dénudé dans une étendue variable, et parfois recouvert d'un exsudat couenneux ou pultacé. Les caractères physiques des eschares cutanées ne s'altèrent que fort peu; au lieu de se ramollir, elles subissent une espèce de momification, et l'examen histologique démontre que les divers éléments qui constituent la peau demeurent parfaitement reconnaissables. Il en est ainsi jusqu'au moment où commence le travail d'élimination.

Pendant que la peau d'un membre se gangrène ainsi en divers points, l'angioleucite poursuit son cours. Le plus souvent, du sixième au dix-huitième jour après la formation des eschares, au moins d'après les observations de l'auteur, la lymphangite perd ses caractères primordiaux; il se fait une *transformation*, soit en *phlegmon circonscrit*, au-dessous et autour des eschares, soit en *phlegmon diffus* véritable. Mais ce que la clinique démontre et ce que confirment les préparations histologiques faites par Quénu, c'est que la mortification du derme est *primitive*, de beaucoup antérieure à l'apparition et à l'évolution du phlegmon sous-cutané. La gangrène de la peau est le résultat d'une dermite intense dont les altérations sont surtout accusées dans la couche papillaire; les couches profondes sont moins malades, et ne semblent atteintes que secondairement. C'est le rapport inverse qui s'observe dans la dermite érysipélateuse vulgaire. A part cette différence dans la topographie des lésions, rien ne distingue la dermite consécutive à une lymphangite, de la dermite de l'érysipèle. Quant aux altérations du tissu cellulaire sous-cutané, elles ne se manifestent que secondairement et l'on peut suivre les phases de leur évolution sur les préparations de Quénu et de Mayor.

S'appuyant sur ces documents histologiques, l'auteur a recherché les rapports de la lymphangite réticulaire et de l'érysipèle; il est arrivé à conclure que les deux affections si difficiles à différencier en clinique ne se rapprochent pas moins, si on les considère au point de vue des lésions qu'elles déterminent.

La lymphangite ne prend guère le caractère *gangreneux* que chez les vieillards, les sujets épuisés et surtout les alcooliques. Sur ses 12 malades, Jalaguier a constaté que 6 étaient des alcooliques avérés.

La gangrène est une complication extrêmement grave: sur 12 malades, 6 ont succombé, 2 au septième jour de la maladie avec des accidents ataxo-adynamiques; 3 du dix-huitième au quarante-deuxième jour; ces derniers ont été emportés par des complications viscérales alors que leur lymphangite gangreneuse semblait en voie de guérison; 1 est mort au cinquième mois, d'hémorrhagie cérébrale.

Quand la mortification est peu étendue, quand les symptômes généraux s'amendent, on peut, au point de vue des *indications thérapeutiques*, se borner à surveiller le développement d'un phlegmon circonscrit, et, s'il se manifeste, agir en conséquence. Mais si, dès le début, il existe des symptômes généraux graves, ou si l'on assiste à la transformation en phlegmon diffus, il n'y a, croit l'auteur, que la *cautérisation au fer rouge* qui puisse enrayer le mal.

Tel est le résumé rapide de l'excellente thèse de Jalaguier, qui, dans un style clair, sobre, précis, nous initie à une complication redoutable de la lymphangite trop oubliée par ses prédécesseurs. De nombreux faits postérieurs au travail de notre collègue ont surabondamment prouvé le bien fondé de ses observations.

P. Reclus.

Index bibliographique.

De la délivrance par tractions et par expression, par le docteur Ribemont-Dessaignes, accoucheur des hôpitaux. — Thèse d'agrégation (section d'accouchements). Paris, O. Doin. — Important travail, riche en observations et en tracés graphiques, et dans lequel l'auteur, après avoir suffisamment développé l'historique de la question, étudie le mécanisme de la délivrance pendant la durée des trois temps dont elle se compose, quelle que soit d'ailleurs la façon dont elle s'opère, qu'elle soit spontanée ou provoquée par une intervention extérieure telle que les tractions funiculaires ou l'expression. Deux intéressants chapitres sont consacrés, l'un à la délivrance par tractions, à son manuel opératoire, à ses difficultés, aux accidents qui en résultent, l'autre à la délivrance par expression, connue sous le nom de méthode de Credé depuis 1853. Enfin, M. Ribemont discute très judicieusement les deux méthodes, et compare leurs avantages respectifs. Ni l'une ni l'autre ne sont absolument parfaites et ne doivent être exclusivement employées, mais chacune d'elles présente des avantages suivant les cas, et surtout suivant la période du travail d'expulsion de l'arrière-faix: c'est ainsi que le rôle des frictions faites sur l'utérus est d'aider et de hâter le premier temps de la délivrance en provoquant la rétraction de la matrice et le décollement placentaire; que l'expression doit se borner à aider et à effectuer le deuxième temps, et qu'enfin les tractions funiculaires doivent surtout entrer en jeu au moment du troisième temps de la délivrance. D'ailleurs, les règles de la délivrance par expression peuvent se formuler ainsi: « On ne commencera les pressions sur l'utérus qu'après s'être assuré du décollement du placenta. On les cessera sitôt que celui-ci aura quitté l'utérus. » L'auteur, après avoir passé en revue les indications et contre-indications des deux modes d'intervention, conclut en ces termes: « La délivrance par tractions, voilà la règle; la délivrance par expression, voilà l'exception. » Il préfère néanmoins l'expression à l'introduction de la main dans l'utérus à la recherche du placenta. Dans une dernière partie, il étudie la délivrance dans les accouchements multiples, dans l'accouchement prématuré et dans l'avortement.

Manuel de thérapeutique et de pharmacologie, par le docteur Paul Rodet. — Paris, 1884. H. Lauwereyns. — Ce manuel fort complet est conçu dans un esprit essentiellement pratique; les diverses préparations, leur mode d'administration, les doses variables suivant les âges, sont indiqués avec grand soin. Les discussions théoriques sont, à coup sûr, aussi résumées qu'il est possible pour ne pas nuire à la clarté de l'exposition, mais sont cependant suffisamment fournies de faits, et en parfait accord avec les plus récentes découvertes de la physiologie. Chaque chapitre comprend également une sorte de petit répertoire thérapeutique des diverses affections dans lesquelles la substance étudiée sera prescrite avantageusement sous une forme quelconque; peut-être y a-t-il dans ces indications quelques lacunes et quelques assertions contestables, mais elles peuvent cependant rendre des services, en permettant de remonter facilement du nom de la maladie à celui du médicament qui lui convient le mieux.

De l'érysipèle de la face dans le cours de la fièvre typhoïde (étude critique et clinique), par le docteur William Gérente. — Thèse de Paris, 1883. Imprimerie A. Davy. — L'auteur a dépouillé 3910 observations de fièvre typhoïde et n'a rencontré que 64 fois l'érysipèle de la face signalé au cours de l'affection typhique; c'est donc une complication rare de la dothiénentérie, puisqu'elle ne se montre qu'une fois sur 61 cas environ. L'érysipèle, dans ces conditions, paraît offrir une atténuation marquée dans ses symptômes locaux et généraux, mais il n'en commande pas moins un pronostic sévère, par suite de l'état de débilitation et d'infection générale du sujet. C'est, en effet, en dehors de toute question de contagion, dans les formes graves, adynamiques, de la fièvre typhoïde que l'érysipèle de la face semble se montrer de préférence, et c'est généralement au cours de la dernière période ou de la convalescence qu'il fait son apparition: on a relevé 16 morts sur 36 cas d'érysipèle. M. Gérente est d'avis qu'il ne faut voir dans les rapports qui relient les deux maladies entre elles qu'une simple coïncidence, favorisée par la débilitation résultant de la maladie primitive et principale. Le traitement ne présente, d'ailleurs, rien de particulier, et doit, avant tout, s'adresser à l'état général du malade.

VARIÉTÉS

AVIS. — Une erreur d'imposition a déplacé les pages de notre dernier numéro; pour le rétablir comme il doit être, il suffit de le découdre, d'enlever les quatre pages du milieu, de plier en sens contraire les pages 379 à 382, et de replacer les quatre pages enlevées.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra son Congrès annuel à Blois, sous la présidence de M. Bouquet de la Grye, membre de l'Institut, ingénieur hydrographe de 1re classe de la marine, du 4 au 11 septembre 1884. Le programme détaillé sera publié ultérieurement.

Dans sa dernière séance, le Conseil d'administration a alloué à divers savants, à titre de subvention, une somme totale de 11 200 francs.

S'adresser, pour tous renseignements, au secrétariat, rue Antoine-Dubois, 4 (place de l'École-de-Médecine), à Paris, ou à Blois, au Comité local.

CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES (8e *session. Copenhague*, 1884). — On nous communique de Copenhague la note suivante :

De Paris on arrive à Copenhague en passant par Cologne, Hambourg en trente-six heures (*vià* Kiel, Korsör, six heures sur mer), ou en quarante-huit heures (*vià* Fredericia, Nyborg, Korsör, deux heures sur mer).

En quittant Paris le 7 août, à dix heures quarante-cinq minutes du soir, on sera donc à Copenhague le 9 août, à dix heures trente minutes du matin, par Kiel, ou à dix heures trente minutes du soir, par Fredericia, Nyborg.

Le gouvernement danois et la Compagnie générale des bateaux à vapeur ont accordé aux membres du Congrès des billets de retour gratis de Copenhague jusqu'aux frontières du Danemark (Kiel, Fredericia).

A la station d'arrivée du chemin de fer Korsör-Copenhague, il sera établi un bureau où MM. les membres sont engagés à s'adresser à leur arrivée à Copenhague pour des renseignements sur leurs logements. Pour toutes autres informations s'adresser au bureau central du Congrès, à l'Université, place Notre-Dame (Frue Plads).

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE DE LYON. — *Prix à décerner en* 1885. — La Société protectrice de l'enfance de Lyon met au concours la question suivante : *De l'influence de la profession de la mère : 1° sur la marche de la grossesse (avortement, morti-natalité); 2° sur la morbidité et la mortalité des nouveau-nés.*

Une médaille d'or sera décernée par la Société, dans la séance publique de 1885, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet. Les mémoires devront être adressés, *franco*, avant le 31 janvier 1885, à M. le docteur V. Chappet, secrétaire général, cours Morand, 20. Ils porteront en tête une épigraphe, qui sera répétée sous un pli cacheté et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur. Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus. La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même, *à ses frais*, le mémoire couronné.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le doyen de la Faculté recevra désormais les élèves le mercredi, à trois heures de l'après-midi, au lieu du samedi.

CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Le concours pour quatre places d'aide d'anatomie vient de se terminer par la nomination de MM. Hallé, Clado, Hartmann et Vallin.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. Laveran est nommé professeur d'hygiène et de médecine légale militaires à l'École du Val-de-Grâce.

SOCIÉTÉ DES SAUVETEURS DE LA SEINE. — Dernièrement a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, la séance générale annuelle de la Société des sauveteurs de la Seine. Parmi les lauréats proclamés dans cette séance, nous trouvons les noms de MM. les docteurs Reinwiller, Godefroy fils, Claude, Loubrieu et Le Pautonnier.

MÉDAILLE D'OR. — M. Pasteur vient de recevoir de la Société centrale pour l'amélioration des races de chiens, une médaille d'or pour ses travaux sur la rage.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE D'AMIENS. — Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira le 15 décembre 1884. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES. CONCOURS. — Deux concours dour deux emplois de professeur suppléant s'ouvriront : le premier, pour la chaire de pathologie et clinique internes, le samedi 15 novembre 1884; le second, pour la chaire d'anatomie et physiologie, le mercredi 10 décembre 1884. Les professeurs seront nommés pour une période de dix ans, et toucheront un traitement annuel de 2000 francs. Les candidats devront se faire inscrire au moins un mois avant l'ouverture du concours.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé chevalier, M. le docteur Recoulet, directeur de l'asile des aliénés de Dôle.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons, avec un vif regret, la mort d'un savant aussi laborieux que modeste et dont les travaux de botanique sont universellement appréciés. M. le docteur Eugène-Pierre-Nicolas Fournier a succombé le 10 juin 1884 aux suites d'une maladie organique qui, depuis plusieurs années déjà, avait profondément altéré sa santé. Les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* n'ont pas oublié le remarquable travail que M. Fournier y écrivait récemment sur les *Schizomycètes*. Le *Dictionnaire encyclopédique* lui doit aussi plusieurs articles. Tous ceux qui l'ont connu s'associeront à la douleur de sa famille.

— On connaît déjà le funeste accident qui a coûté la vie à Mme Richet. Nous ne voulons donc qu'offrir à l'éminent professeur, si cruellement atteint, l'hommage des sentiments de condoléance et de sympathie que lui gardent tous ses confrères.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Simonet, médecin des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur. M. le docteur Simonet était âgé de soixante ans.

MORTALITÉ A PARIS (23e semaine, du 30 mai au 5 juin 1884). — Fièvre typhoïde, 33. — Variole, 0. — Rougeole, 33. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 42. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 48. — Phthisie pulmonaire, 213. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 43. — Bronchite aiguë, 27. — Pneumonie, 67. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 50; au sein et mixte, 24; inconnu, 6. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 89; de l'appareil circulatoire, 69; de l'appareil respiratoire, 42; de l'appareil digestif, 48; de l'appareil génito-urinaire, 26; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 7. — Morts violentes, 42. — Causes non classées, 8. — Total : 1022.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 19 juin 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DES SUTURES DE L'UTÉRUS PENDANT L'OPÉRATION CÉSARIENNE. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine.

Une grande partie de la séance a été remplie par une lecture de M. Colin (d'Alfort), qui a pris à partie tout à la fois les expériences de M. Duclaux sur le bouton de Biskra et celles de MM. Chauveau et Arloing sur la septicémie gangreneuse, répondant à tout par des contestations ou des négations formelles. Une courte discussion s'est engagée entre lui et M. Fournier au sujet des recherches de M. Duclaux. Comme nous l'avons déjà dit, nous reviendrons sur ces questions. Au commencement de la séance, M. Legouest avait communiqué les résultats d'un travail sur le bouton de Biskra, publié dans le *Lyon médical* par MM. Deperet et Boisset.

Nous appelons aussi l'attention du lecteur sur un mémoire de M. Marc Sée relatif au traitement de l'hydarthrose par la compression élastique, et sur une note de M. Armand Gautier sur la synthèse de la xanthine. Les faits signalés dans cette note sont considérés par les chimistes comme ayant une valeur considérable au point de vue théorique et pratique.

La séance s'est terminée par une communication de M. A. Voisin sur les effets de l'arrêt de développement des circonvolutions frontales ascendante et pariétale.

Des sutures de l'utérus pendant l'opération césarienne.

I

L'effrayante mortalité consécutive à l'opération césarienne a de tout temps justifié les modifications nombreuses que les accoucheurs se sont efforcés d'introduire dans son manuel opératoire. Ils se sont ingéniés à apprécier les causes de leurs insuccès et se sont efforcés d'y apporter des remèdes le plus souvent restés inefficaces. Ils ont fait beaucoup d'essais pour obtenir la fermeture certaine de la plaie de l'utérus, pour intercepter toute communication entre la cavité de cet organe et la séreuse péritonéale ; ou bien, désespérant d'y jamais réussir, pour faciliter l'écoulement du pus à l'extérieur soit par la voie vaginale, soit par la voie abdominale. Des tentatives nombreuses de drainage par diverses voies ont été tentées avec des résultats habituellement peu satisfaisants. Mais de toutes les modifications apportées à l'opération césarienne, il n'en est pas de plus radicale que celle qui a été conseillée par Porro. Ce chirurgien, convaincu de l'inutilité des efforts qui avaient pour but d'obvier à l'hémorrhagie et à l'écoulement des lochies dans la cavité péritonéale, eut l'idée d'enlever l'utérus et les ovaires après avoir extrait le fœtus. Sa remarquable opération date de 1876. Elle constitue une véritable révolution. Tous les accoucheurs accueillirent la nouvelle opération avec l'espérance d'obtenir une diminution dans la mortalité qui avait sévi jusqu'alors d'une façon si impitoyable. Porro eut de nombreux imitateurs. Les apparences furent, en effet, en faveur de la supériorité de sa méthode.

Elle s'imposait en particulier à Paris. En effet, les derniers succès de l'opération césarienne datent de 1777 et de 1785 ; ils appartiennent à Deleurye et à Lauverjat. Lauverjat dit même dans son traité : *Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne* (Paris, 1788), qu'il connaissait vivantes à Paris, cinq femmes qui avaient subi l'opération césarienne.

De nouveaux succès n'ont plus été enregistrés depuis. Paul Dubois exécuta cette opération 17 fois, Depaul 4 fois, Danyau 3 fois, M. Tarnier 2 fois. Toutes les opérées ont succombé (1). Des insuccès aussi constants, survenus dans la pratique d'opérateurs aussi éminents, devaient frapper l'opé-

(1) Charpentier, *Traité pratique d'accouchements*, 1883, p. 749.

ration du discrédit le plus complet et le plus justifié. Cependant M. Tarnier pratiqua encore l'opération de Porro 2 fois, une opérée guérit; M. Lucas-Championnière 3 fois, deux femmes survécurent. De semblables succès après de pareils revers justifiaient les espérances que la plupart des accoucheurs placèrent dans l'opération de Porro.

Cependant l'opération césarienne avait réussi entre les mains d'accoucheurs étrangers à Paris. Quelques-uns d'entre eux restèrent partisans de l'ancienne méthode, ne reconnaissant à l'opération de Porro que des indications spéciales. Ils contestaient que les succès de la nouvelle opération dépendissent de l'ablation de l'utérus et des ovaires, et ils en attribuaient tout le mérite à l'introduction des procédés antiseptiques dans la pratique chirurgicale. Il leur répugnait d'ailleurs de faire subir à la femme une mutilation qu'ils ne considéraient ni comme légitime, ni comme légale. Enfin d'autres accoucheurs, après avoir exécuté l'opération de Porro, n'avaient plus autant de foi en sa supériorité et l'abandonnaient pour recourir avec succès à l'ancienne méthode. Cette opinion a été en particulier formulée de la façon la plus instructive par M. Championnière à la Société de chirurgie dans la séance du 17 mai 1882.

On a reproché, à juste titre, aux statistiques relatant les cas d'opérations césariennes de ne pas être intégrales. Mais depuis sept ans, l'attention a été si vivement fixée sur cette question, qu'on peut bien admettre qu'il n'y a pas de raison pour qu'on ait tû les insuccès de l'ancienne méthode plutôt que ceux de la nouvelle. Si l'on ne remonte pas à une époque antérieure à 1877, il est probable que les statistiques des deux opérations sont comparables, et qu'on peut adresser à l'une les objections dont l'autre est passible.

Nous avons réuni 113 opérations de Porro ayant fourni 50 guérisons, c'est-à-dire 44,2 pour 100, et 63 morts, c'est-à-dire 55,7 pour 100 (2). Dans le même laps de temps, depuis 1877, nous avons trouvé dans les recueils mention de 44 opérations césariennes ayant fourni 24 guérisons, c'est-à-dire 55,5 pour 100 et 19 morts, c'est-à-dire 43,5 pour 100.

Nous sentons autant que qui que ce soit les objections qu'on peut faire à ces chiffres ; aussi n'y attachons-nous pas une importance capitale. Ils nous servent seulement de point de comparaison. Et la balance ne penche pas en faveur de l'opération de Porro.

Remarquons encore que l'opération de Porro est bien près d'avoir obtenu toute la perfection dont elle est susceptible, qu'elle a été presque toujours pratiquée par les chirurgiens les plus éminents, rompus à toutes les difficultés des opérations abdominales. L'abandon du pédicule a donné les résultats les plus désastreux. Qu'on fasse sortir l'utérus hors de l'abdomen d'après le procédé de Müller, qu'on le laisse en place, il n'y a pas là une voie appelée dans un sens ou dans l'autre à améliorer d'une façon importante les résultats statistiques. Il n'y a donc pas de probabilité pour une atténuation notable de la mortalité encore élevée reproduite par toutes les statistiques de cette opération.

La question est bien différente pour l'ancienne méthode. Les procédés employés ont le plus souvent été défectueux et le champ des modifications ultérieures est tout entier ouvert. Aussi souscrivons-nous absolument à cette opinion de Schrœder que l'opération de Porro est une opération de transition, que l'ancienne méthode est l'opération de l'avenir.

On peut donc dire que, si à Paris la comparaison entre les deux opérations est à l'avantage de l'opération de Porro, cela est loin d'être justifié par les résultats obtenus ailleurs.

La mort à la suite de l'opération césarienne survient presque constamment dans les trois ou quatre premiers jours. L'autopsie révèle presque toujours l'existence d'une péritonite, avec ou sans épanchement de sang provenant d'hémorrhagies plus ou moins abondantes. L'opération de Porro obvie à l'hémorrhagie, mais pas toujours. La péritonite en est peut-être moins fréquemment la conséquence; mais le collapsus, le choc, le tétanos rétablissent malheureusement l'équilibre; quant à l'hémorrhagie immédiate, si l'on peut y parer par le procédé Müller, elle est rarement assez grave pour justifier cette modification, qui d'autre part présente de sérieux inconvénients.

Nous sommes aujourd'hui édifiés sur la nature des accidents qui surviennent à la suite de l'opération césarienne. Ils sont dus à la présence du sang et des lochies dans la cavité péritonéale et à leur altération au contact de l'air et des germes qu'il contient. L'opération de Porro est merveilleusement propre à écarter ces accidents; elle entraîne, par contre, des dangers considérables consécutivement à la mutilation qu'elle fait subir.

Le but à poursuivre est d'obtenir une fermeture efficace de la plaie de l'utérus sans faire courir les risques inhérents à l'ablation de cet organe. De nombreux accoucheurs se sont efforcés de résoudre ce problème par l'application des sutures utérines. Mais il faut ajouter que cette opération n'a souvent été faite que dans le but d'obtenir l'hémostase et non pas la fermeture exacte de la plaie utérine. On aurait donc tort de considérer en masse les résultats des sutures utérines, qui n'ont pas donné, je l'avoue, des succès très encourageants. Il faut discuter les cas.

C'est Lebas de Mouilleron (*Lettre de Gallot, Journal de médecine et de chirurgie. Supplément à l'année* 1770, t. XXXIV), qui pratiqua le premier des sutures utérines. Malgré une grave faute opératoire, il put enregistrer un succès. Wrefel de Gülsenbuch les a exécutées le premier en Allemagne en 1826.

Mais en France, à la fin du siècle dernier, il y eut sous l'influence de Pibrac et de Louis une réaction contre l'emploi des sutures en général, et les idées habituellement admises eurent leur contre-coup dans la pratique de l'opération césarienne.

La plupart des accoucheurs ne pratiquèrent pas de sutures utérines ; quelques-uns ne suturaient même pas la plaie de la paroi abdominale. Ce n'est guère que dans la seconde moitié de ce siècle qu'on reprit l'étude des sutures utérines dans l'opération césarienne.

On essaya de nombreuses substances pour les ligatures. Malgaigne employa les fils de soie, et les beaux résultats obtenus en chirurgie avec les sutures d'argent engagèrent F. E. Polin, Gosset, Mettauer, Stoltz et à leur suite de nombreux accoucheurs à se servir des fils métalliques. Le catgut (Veit), les fils de caoutchouc (Grandesso Sylvestri), le crin de cheval (Langren), les fils d'intestin de poisson (Olshausen) furent tour à tour employés sans grand succès. Les meilleurs résultats ont été fournis par les fils de soie phéniquée et les fils d'argent. Les opérations de laparotomie qui nous fournissent tant d'utiles enseignements pour la

(2) Godson, *Archives de tocologie*, février 1884, p. 121, a réuni 134 observations d'opération de Porro donnant 75 morts (55,97 pour 100) et 59 guérisons (44,03 pour 100).

pratique de l'opération césarienne, nous ont appris que ces substances étaient bien tolérées par le péritoine.

Et les résultats obtenus dans la laparotomie ont bien plus d'importance pour juger cette question que les conclusions qu'on pourrait obtenir des statistiques de l'opération césarienne.

Le plus souvent on ne mit que des sutures trop peu nombreuses, souvent une, deux ou trois. Les opérateurs n'étaient alors préoccupés que d'arrêter le sang, dont le suintement continu par les bords de la plaie utérine leur occasionnait des craintes d'ailleurs justifiées. Ces sutures ne répondraient pas à l'autre indication capitale : celle d'obtenir une fermeture exacte de la plaie utérine. On conçoit que toutes ces opérations défectueuses ne doivent pas être mises à la charge des sutures utérines, remplissant l'indication dont nous étudions l'exécution.

Les opérateurs craignant l'action irritante de la substance des sutures sur le péritoine non seulement n'osèrent mettre des sutures en nombre suffisant, mais encore s'efforcèrent de trouver un moyen pour les retirer au bout de quelques jours. On espéra, en mettant une suture en surjet, dont un des bouts passait par le vagin (Spencer Wells), pouvoir la retirer. Cela ne pouvait arriver que si la suture avait coupé les tissus. M. Tarnier conseilla de laisser passer les extrémités des sutures métalliques entrecoupées à travers la paroi abdominale, de façon à pouvoir introduire un trocart jusqu'à la plaie utérine, et dérouler ensuite les sutures à l'aide d'un fulcrum. Barnes (*Leçons sur les opérations obstétricales*, traduit par Cordes, 1873, p. 212) inventa une suture, dont on trouvera le dessin à la page de son traité indiquée plus haut. C'est une suture utéro-abdominale, destinée à fermer à la fois l'utérus et l'abdomen, à appliquer la paroi antérieure de l'utérus contre l'abdomen et pouvant être retirée facilement. Elle est fort ingénieuse, quoique très compliquée. Nous avons acquis la conviction sur le cadavre que c'est un très mauvais moyen de contention de la plaie utérine. Didot (de Liège) et Schlenmer ont préconisé une suture qu'on peut serrer, desserrer, enlever à son gré. Cette suture nous paraît un moyen de contention tout à fait insuffisant. Cette préoccupation d'assurer certainement l'enlèvement des sutures est aujourd'hui démontrée inutile.

Les opérations de laparotomie, de même qu'elles nous ont enseigné que certaines substances étaient bien tolérées par le péritoine, nous ont aussi rendus plus audacieux. Il faut mettre autant de sutures qu'il est nécessaire pour que la plaie utérine soit bien exactement fermée, que ses bords soient bien affrontés. Il ne faut pas craindre de les abandonner dans le péritoine, de les perdre. Il y a encore bien peu d'opérations où ces deux conditions ont été nettement remplies.

Le manuel opératoire de la suture est d'un choix difficile. Il n'est guère possible de transporter à la plaie utérine les procédés si ingénieux qu'on applique à la suture de l'intestin ou de la vessie. La plaie utérine est épaisse. Les bords se renversent facilement en dehors; si la pression n'a pas lieu sur des points symétriques, la plaie utérine tendra à prendre une direction en zigzag ou ondulée qui favorisera le bâillement de la plaie en quelque point. On a conseillé la suture en surjet, de Pelletier, enchevillée. La dernière variété a été proposée par M. Pouillet de Planche-les-Mines (*Concours médical*, 1883, p. 366). Elle présente l'inconvénient grave d'abandonner dans la cavité péritonéale des corps étrangers trop volumineux, non résorbables, dont l'enkystement nécessitera des fausses membranes abondantes, par conséquent irritantes. Nous préconiserons par la suite la suture entrecoupée, profonde et superficielle.

Les procédés de Pilore et de Lestocquoy n'ont pas pour but d'obtenir la réunion de la plaie utérine, mais au contraire de la maintenir béante et communiquant avec l'extérieur. Ils consacrent cependant les tentatives faites antérieurement par Martin d'Avango et par Van Aubel (1882). Ces opérateurs furent frappés les premiers des avantages qu'on pourrait obtenir en affrontant la séreuse à elle-même. C'est une idée dont nous chercherons à démontrer l'importance et l'avenir. Les efforts les plus récents ont été dirigés dans cette voie. Lungren, Cazin, Baker, Spencer Wells, mais surtout Kehrer, Sanger, Léopold, Beumer en ont démontré l'utilité, la nécessité, de l'adossement du péritoine à lui-même et ont proposé des procédés qui réalisent un progrès important. Les résultats obtenus ainsi dans les sutures des plaies de l'intestin et de la vessie doivent nous encourager dans cette voie.

Enfin nous ne voulons pas terminer cet historique sans citer les mémoires de Sænger : *Die Kaisers chintt bei uterus fibromen nebs vergleichen der methodik der secho Cœsarea und der Porro-operation*. Leipsig, 1882. Nous y avons largement puisé les documents qui nous permettent de faire cette revue.

Dr PORAK.

(*A suivre.*)

Contributions pharmaceutiques.

SUR L'ÉLIXIR DE PEPSINE.

Plusieurs confrères ont paru surpris de voir dans le Codex une formule d'élixir de pepsine sans indication d'arome, au lieu de celle au vin de Lunel à laquelle on était habitué. La Société de pharmacie de Paris a trouvé cette omission regrettable.

Comme c'est moi-même qui en suis l'auteur, je crois nécessaire de donner ici les raisons qui ont motivé ce changement de composition.

Du moment que je désirais l'introduction au Codex du vin de pepsine au Lunel, et que je fixais à 12 pour 100 sa proportion d'alcool, il devenait impossible de faire un élixir avec du vin, parce que ç'eût été un *vin* et non un *élixir*.

Les lecteurs du mémoire que je viens de publier dans ce journal ont sans doute remarqué de quelle importance était l'alcool dans les solutions de pepsine suivant la quantité employée. Au-dessous de 12 pour 100 d'alcool, la mixture ne se conserve pas bien. Au-dessus de 18 pour 100 le précipité de pepsine est trop considérable. C'est ce qui a fait adopter la proportion de 12 à 15 pour 100 pour les préparations inscrites au Codex.

Le vin de Lunel du commerce, contenant environ 14 pour 100 d'alcool, peut facilement être ramené à 12 pour 100 par l'addition d'un peu d'eau. Il devient alors un véhicule très approprié à la préparation du vin de pepsine.

Il était rationnel, ce me semble, pour ne pas faire double emploi, de donner le nom d'élixir à un mélange d'eau, d'alcool et de sirop aromatisé *ad libitum* suivant le désir des médecins, des pharmaciens et même du public. Dans ces produits, il n'y a vraiment que la pepsine qui ait de l'importance, et j'ai la conviction d'avoir poussé les conditions et la précision de son dosage à leur plus extrême limite.

Avec une courte explication donnée de vive voix par le

pharmacien, le public comprendra vite que c'est pour son agrément que cela a été ainsi établi. Les élixirs de pepsine au rhum, au kirsch, à la vanille, sont d'un goût exquis.

Voici une formule où il entre du rhum et que ma clientèle trouve très agréable:

Pepsine extractive	20	grammes.
ou pepsine médicinale en poudre	50	—
Eau distillée	335	—
Sirop de sucre	400	—
Rhum à 45 degrés	265	—

Délayez la pepsine dans le mélange des liquides, et après vingt-quatre heures de macération, filtrez.

Cet élixir contient environ 10 pour 100 d'alcool, et 15 pour 100 si on en déduit le poids du sucre. Car il ne faut pas perdre de vue, lorsque l'on veut faire de l'élixir de pepsine, que le sucre n'est qu'un corps inerte qui n'a aucune influence sur l'action nuisible de l'alcool sur la pepsine. La richesse alcoolique du véhicule doit seule attirer l'attention. Un exemple fera mieux comprendre ce que je veux dire :

Prenons 15 grammes d'alcool absolu, 60 d'eau et 25 de sucre. Nous aurons un élixir contenant exactement 15 grammes pour 100 d'alcool. Si nous retirons les 25 grammes de sucre, comme corps étranger, il nous reste 75 grammes de liquide. Ces 75 grammes contiennent les 15 grammes d'alcool, c'est-à-dire le cinquième de leur poids. De la pepsine traitée par ce véhicule sera donc en présence d'un alcool à 20 pour 100, chiffre trop élevé, ainsi que nous l'avons démontré. C'est ce calcul qui m'a amené à employer l'alcool à 80 degrés dans la formule du Codex.

Je conseillerai cependant aux fabricants de préparations alcooliques de pepsine à destination des pays chauds, de remplacer l'alcool à 80 degrés par celui à 90. Leur élixir contiendra alors 18 pour 100 d'alcool; et, quitte à ajouter un peu plus de pepsine, la conservation en sera assurée.

Les vins muscats aussi contiennent du sucre : c'est pour cela que j'ai tenu au titre de 12 pour 100 d'alcool pour le vin de pepsine, afin que le liquide en présence de la pepsine, défalcation faite du sucre, ne fût pas trop riche en alcool.

Dans le cas où l'on tiendrait absolument à avoir de l'élixir de pepsine au muscat, on n'aurait qu'à remplacer la moitié de l'élixir sans arome du Codex par du vin de Moscatel ou de Lunel, et faire la préparation avec ce mélange.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Du rôle pathogénique de la dilatation de l'estomac et des relations cliniques de cette maladie avec divers accidents morbides, par M. Ch. Bouchard, médecin de l'hôpital Lariboisière, mémoire lu à Société médicale des hôpitaux dans la séance du 13 juin 1884 (voy. p. 417).

L'étude que j'ai l'honneur de présenter à la Société repose sur l'analyse de 220 cas de dilatation de l'estomac que j'ai pu personnellement observer. C'est dire que cette maladie n'est pas une curiosité anatomique comme on le supposait il y a peu de temps. Sa fréquence dépasse de beaucoup ce que l'on pouvait imaginer. Sur l'ensemble de tous les malades on peut constater la dilatation de l'estomac dans près du tiers des cas (30 pour 100) et si l'on ne tient compte que des malades atteints de maladie chronique, la proportion dépasse la moitié (60 pour 100).

Si, en réalité, on découvre moins souvent la dilatation gastrique, c'est qu'elle ne manifeste pas toujours son existence par des signes qui appellent l'attention sur l'état de l'estomac. Le plus souvent elle est silencieuse; ce n'est que dans le tiers des cas, tout au plus, qu'elle provoque des sensations anormales ou qu'elle détermine des troubles fonctionnels.

Sur 100 cas de dilatation de l'estomac on constate la lenteur des digestions 37 fois, les éructations 33 fois, la constipation 31 fois, la gastralgie 29 fois, le ballonnement après les repas 26 fois, les vertiges 22 fois, les vomissements 16 fois, les aigreurs 10 fois, la diarrhée 5 fois.

On voit par ces chiffres que, le plus souvent, la dilatation se dérobe à l'attention du médecin qui ne pourra reconnaître sa réelle fréquence que s'il la recherche systématiquement. Heureusement il peut la reconnaître et la mesurer par des procédés physiques d'exploration, et plus particulièrement par un bruit de clapotage provoqué au niveau de l'estomac par le choc à la fois brusque et léger de deux ou trois doigts frappant deux ou trois fois, presque en un seul mouvement, et comme par une vibration, la paroi abdominale relâchée. Ce signe doit être recherché chez l'individu à jeun. Dans les cas douteux on le rend apparent par l'ingestion d'un demi-verre d'eau qui introduit à la fois le liquide et le gaz nécessaires pour que soient réalisées les conditions physiques du phénomène.

Obtenu dans ces conditions, le clapotage indique la dilatation et l'étendue de cette dilatation. Une fois constaté chez un individu, ce signe pourra toujours être retrouvé quand on se placera dans les mêmes conditions. Quand il manque chez un individu, on pourra renouveler dix fois l'exploration, il manquera toujours.

Dans cette étude, je n'ai compté comme dilatés que les estomacs dont le clapotage pouvait être perçu, à jeun, au-dessous du milieu d'une ligne abaissée de l'ombilic sur le rebord costal gauche. Dans la plupart des observations le clapotage atteignait l'ombilic ou descendait au-dessous, même jusqu'au pubis, et se faisait entendre à droite de la ligne médiane.

Le propre d'un estomac dilaté, c'est de donner le bruit de clapotage toujours dans les mêmes limites, qu'il soit presque vide, ou peu ou modérément rempli.

Les signes de la dilatation se constatent exceptionnellement chez l'homme sain, si tant est que ces hommes soient réellement bien portants chez lesquels un hasard ou une recherche systématique fait découvrir une dilatation de l'estomac. L'homme atteint de dilatation de l'estomac peut n'être pas encore dyspeptique; il est rare qu'il ne soit pas déjà malade.

La rareté de la dilatation de l'estomac chez l'homme sain, son étonnante fréquence chez l'homme malade prouvent donc que l'estomac dilaté ne peut pas être considéré comme un attribut de la santé et qu'il a des relations avec l'état de maladie en général, ou avec les maladies particulières dont sont atteints les hommes chez lesquels on découvre la dilatation. La relation est certaine; reste à savoir ce qu'elle est, ascendante ou descendante.

On sait que la dilatation de l'estomac a été souvent observée chez des malades à système nerveux débile et excitable, facile à épuiser, chez les hystériques, chez quelques ataxiques; elle est parfois excessive dans certaines crises gastriques de l'ataxie. Je l'ai vue fréquente dans l'hypochondrie, je l'ai retrouvée dans le priapisme nocturne, dans le goitre exophthalmique, dans la migraine, dans les défauts d'adaptation de l'œil aux distances par insuffisance de l'action musculaire, dans le vertige. Dans toutes ces maladies, si l'on était autorisé à conclure d'après une statistique qui est assurément trop restreinte, la proportion de la dilatation de l'es-

tomac est supérieure à 60 pour 100. Cela pourrait faire supposer que la dilatation est la conséquence d'une débilité nerveuse et que, dans l'ensemble des cas, elle résulte de la faiblesse que provoque l'état de maladie.

Il n'en est pas ainsi. Si dans les deux tiers des cas la dilatation de l'estomac n'ayant pas de symptômes ne peut pas avoir d'histoire, dans un tiers des cas on peut suivre son développement et, par les commémoratifs, remonter à une époque où elle était déjà réalisée. Cette époque est presque toujours antérieure à l'apparition de la maladie que l'on voit coexister chez le même malade avec la dilatation de l'estomac.

Pour arriver à interpréter ce rôle pathogénique singulier que jouerait la dilatation de l'estomac dans la production de maladies si disparates, il est utile de jeter un coup d'œil sur les symptômes qui appartiennent à cette dilatation, sur les accidents morbides qui s'y rattachent, sur les maladies qui en dérivent, les unes paraissant en dépendre directement, les autres, maladies de déchéance, rendues possibles par la détérioration de l'organisme, et ne se rattachant qu'indirectement à la maladie de l'estomac.

A part ces dernières maladies, les symptômes, les accidents morbides, les maladies secondaires intéressent le tube digestif, le système nerveux et, en particulier, l'innervation vasculaire, la nutrition, les reins, la peau, les bronches, l'appareil vasculaire et les os, surtout à leurs extrémités articulaires.

Dans cette rapide énumération je m'abstiendrai de mentionner les manifestations morbides ou plus fréquentes ou mieux connues, me contentant de signaler celles qui sont plus rares ou dont la connaissance importe pour l'interprétation pathogénique.

Les fermentations qui se développent deux ou trois heures après le repas dans la masse alimentaire incomplètement digérée et qui provoquent le ballonnement, les éructations, souvent l'acidité et la douleur, parfois la fétidité, ne se limitent pas à l'estomac; elles s'étendent à l'intestin. Les matières restent pâteuses, mollasses, puantes, et malgré leur peu de consistance cheminent lentement dans l'intestin qui semble rester inerte. Le plus souvent la défécation n'est péniblement obtenue que par une succession laborieuse d'efforts volontaires. Une conséquence assez fréquente de cet état, c'est l'entérite glaireuse, quelquefois les fluxions hémorrhoïdaires. Plus souvent, c'est la tuméfaction du foie que j'ai observée 8 fois sur 100 cas de dilatation. Cette tuméfaction congestive qui donne lieu à de l'anorexie avec amertume de la bouche, céphalée gravative, est quelquefois accompagnée d'ictère.

Je crois que c'est à ces changements de volume du foie assez fréquents dans la dilatation de l'estomac, qu'il convient d'attribuer l'abaissement et la mobilité anormale du rein droit qui, d'après ma statistique, accompagnent la dilatation de l'estomac avec une étrange fréquence, 16 fois sur 100 chez la femme, 5 fois sur 100 chez l'homme. Cette mobilité du rein droit dans la dilatation de l'estomac avait déjà été reconnue par Bartels, en 1875. Il l'interprète autrement. Il croit qu'elle est primitive et que le rein déplacé, comprimant la portion horizontale du duodénum, produit secondairement une dilatation de l'estomac par rétention.

Je signale encore la salivation qui est fréquente, l'amertume de la bouche et quelquefois une sensation sucrée, fade, écœurante.

Un autre caractère de certaines dilatations, c'est que le décubitus latéral droit provoquant par le poids de l'estomac dilaté des tiraillements aux points d'attache, il en résulte des cauchemars et que parfois, dans la phase avancée, les malades adoptent le décubitus gauche, qui est exceptionnel à l'état normal.

Parmi les accidents nerveux, je rappellerai ou signalerai l'accablement ressenti surtout le matin, la sensation de cercle autour de la tête, la céphalée, la migraine (9 pour 100), l'impossibilité de fixer l'attention ou de se livrer à un travail d'abstraction, la diminution de la mémoire, la fatigue physique ou intellectuelle provoquée par un effort physique ou intellectuel ou génital, l'excessive sensibilité au froid, l'insomnie, la tristesse, l'hypochondrie, la débilité génitale qui peut s'associer au priapisme nocturne, le strabisme passager dû à l'insuffisance de l'action musculaire, l'engourdissement d'un membre, souvent des deux membres supérieurs ou des mains, le tremblement, la sensation qu'un membre manque, les vertiges qu'on rencontre 22 fois sur 100, les bruissements d'oreilles, les phosphènes, le scotome, l'obscurcissement de la vue, la cécité transitoire, les hallucinations de la vue qui ne sont pas rares dans les formes graves et qui consistent soit en visions de figures qui se transforment et disparaissent, soit en sensations nettes et systématisées que le malade ramène dès qu'il ferme les yeux. Ces grandes hallucinations de la vue dans la dyspepsie grave des dilatations anciennes ne sont ni grotesques ni terrifiantes, elles sont solennelles et silencieuses. Le malade voit défiler lentement des personnages, magistrats, prêtres, anges, ce sont des processions civiles ou religieuses; dans ces hallucinations systématiques, l'ouïe ne joue aucun rôle; chaque personnage s'approche sans bruit, regarde le patient sans dire un mot et disparaît en silence.

Deux fois j'ai observé l'aphasie transitoire qui peut durer plusieurs jours. J'ai vu les défaillances, les syncopes, une fois la syncope mortelle, la dyspnée, les palpitations, surtout après les repas, les intermittences cardiaques, enfin les accès d'angine de poitrine. D'autres troubles de l'innervation vasculaire beaucoup moins graves se montrent avec une plus grande fréquence. La face devient rouge pendant la période de digestion, le malade y ressent des bouffées de chaleur. Il souffre de battements rétro-sternaux, cervicaux, temporaux. Cet état s'accompagne de sueurs à la tête. Les sueurs plus souvent apparaissent la nuit. Quelquefois elles manquent totalement, et le malade se plaint de sécheresse avec chaleur brûlante de la paume de la main et de la plante des pieds.

La fréquence des sédiments uratiques dans les urines des malades atteints de dilatation de l'estomac, même la gravelle urique, suffirait à établir que cette maladie engendre un trouble de la nutrition générale. D'autres raisons peuvent être données à l'appui de cette conclusion. Souvent la peau est fétide, souvent aussi l'haleine. L'obésité n'est pas rare (8 pour 100), parfois on observe une glycosurie passagère (2 pour 100), parfois aussi une albuminurie à albumine non rétractile, où je m'obstine encore à voir souvent un indice d'une nutrition viciée, assez souvent la peptonurie (7 pour 100). Enfin il est une réaction des urines dont on ignore absolument la signification chimique et dont la valeur séméiotique est loin d'être fixée : c'est la coloration que prennent les urines par l'addition de quelques gouttes de perchlorure de fer. Ce signe, qui a été d'abord constaté dans les urines des malades atteints de coma diabétique, qui n'est pas attribuable au sucre et qui ne l'est pas davantage à l'acétone, se rencontre en dehors du diabète dans beaucoup d'états morbides, ainsi que cela résulte de recherches poursuivies pendant quatre ans à la clinique de Frerichs. Il a été rencontré assez fréquemment au cours d'états dyspeptiques divers. D'après ma statistique, il se rencontrerait 10 fois sur 100 cas de dilatation de l'estomac. Je crois que la matière qui donne avec le perchlorure de fer cette coloration rouge vineux résulte bien d'un trouble de la nutrition et qu'elle n'a pas été puisée par l'absorption à la surface du tube digestif pour être éliminée par les reins, car, l'ayant constatée dans les urines d'une femme atteinte de fièvre typhoïde, j'ai constaté qu'elle faisait défaut, le même jour, dans les matières fécales de la malade. Un argument encore à invoquer en faveur d'un trouble nutritif,

d'un état dyscrasique engendré par la dilatation de l'estomac, c'est le développement du *pityriasis versicolor* au cours de cette maladie. On sait que le *microsporon furfur* ne se développe pas indifféremment sur toutes les peaux et que, comme la plupart des parasites végétaux, il exige un terrain préparé, c'est-à-dire détérioré.

En dehors de la mobilité et de l'ectopie du rein droit dont j'ai déjà parlé, en dehors de cette albuminurie dyscrasique que je viens de signaler, le rein devient fréquemment malade au cours de la dilatation de l'estomac et produit l'albuminurie vraie à albumine rétractile 13 fois sur 100. Je ne compte dans cette proportion que les albuminuries notables et néglige les cas nombreux où les traces d'albumine pourraient être comptées comme physiologiques.

J'ai déjà signalé quelques modifications pathologiques de la peau, les troubles de la sécrétion sudorale, l'odeur de l'exhalation cutanée. Cette odeur parfois fétide est assez souvent aigre. Le *pityriasis versicolor* s'observe 3 fois sur 100. L'eczéma est la plus fréquente des maladies cutanées provoquées par la dilatation de l'estomac (13 pour 100); il siège aux mains, à la face, au cuir chevelu, sur l'abdomen, sur les membres inférieurs, rarement fluent, il est généralement circonscrit, souvent orbiculaire. Sous la même influence, on voit se développer le pityriasis soit à la tête, soit sur le sternum (5 pour 100). L'urticaire n'est pas rare (4 pour 100); de même l'acné rosée surtout chez la femme (3 pour 100). Les femmes dont le nez et les joues habituellement rouges deviennent écarlates après le repas sont presque toutes atteintes de dilatation de l'estomac.

(A suivre.)

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

XIIIe Congrès de la Société allemande de chirurgie à Berlin.

(Fin. — Voy. le numéro 22.)

Bec-de-lièvre. — Résections de la hanche. — Suture de l'intestin. — « Cachexia strumipriva. » — Coton de bois au sublimé. — Pansement antiseptique. — Opération d'Ogston. — Anévrysme traumatique.

M. *Albrecht* (de Bruxelles). *De la signification morphologique des fentes de la face, des lèvres et du maxillaire.* — L'auteur combat l'ancienne théorie de Göthe d'après laquelle le bec-de-lièvre siège entre le maxillaire supérieur et l'os intermaxillaire. Il existe, en effet, de chaque côté, non pas un, mais deux os intermaxillaires, et la perte de substance siège constamment entre ces deux os, ainsi qu'on peut le constater aisément sur le crâne du cheval, et aussi sur celui des enfants.

Les fentes des lèvres et les fentes obliques du visage s'expliquent ainsi : Dans la formation normale de la face, les deux tubercules nasaux externe et interne se réunissent à ceux des maxillaires supérieurs. Dans la fente des lèvres, la réunion des tubercules nasaux interne et externe ne se fait pas ; dans les fentes obliques, celle du maxillaire supérieur et du tubercule nasal externe fait défaut.

M. *Langenbeck* doute que les faits rapportés par M. Albrecht constituent une règle générale.

— M. *Neuleer* (de Kiel). *Des résections de la hanche et du genou.* — Pour obtenir une ankylose vraie de ces articulations, voici le procédé employé à Kiel. Pour le genou, une incision transversale met à nu l'articulation : la résection terminée, on *clone* la rotule sur le tibia et sur le fémur.

Pour la hanche, incision transversale, demi-circulaire, à travers les parties molles jusqu'à 1-2 travers de doigt au-dessous de l'épine antérieure et inférieure. La pointe du grand trochanter est sciée et rabattue avec les parties molles. Après résection du bord de la cavité cotyloïde et de la tête du fémur, puis raclage de la cavité, le lambeau est rabattu et la pointe du trochanter clouée sur le fémur. Application d'un appareil plâtré qui maintient le fémur en abduction et le presse contre la cavité cotyloïde.

Une discussion fort vive s'engage à la suite de cette communication.

MM. Schede, Volkmann et König rejettent absolument cette méthode. Les deux derniers mettent en doute la possibilité d'obtenir une ankylose de la hanche : fût-elle possible, ce serait une erreur que de la chercher, car elle prive le malade de la possibilité de s'asseoir.

M. *Schede* explique ensuite l'enlèvement par le ciseau du bord postérieur de la cavité cotyloïde : il est impossible de maintenir le fémur au contact du bassin.

M. *Volkmann* considère que la mobilité dans l'articulation de la hanche est tellement nécessaire, qu'il a abandonné la résection cunéiforme du grand trochanter préconisée par lui quelques années auparavant ; il ne pratique plus que l'évidement de l'articulation, méthode qui fournit toujours une jonction mobile.

M. *König* estime qu'il est inutile de clouer la rotule dans la résection du genou.

M. *Volkmann* pense qu'on fait trop de résections du genou, surtout chez les enfants.

Cette résection doit être réservée aux cas où la vie est en péril, et doit être remplacée par des arthrotomies, des enlèvements de capsule, et des résections partielles irrégulières. Cette dernière est pour le genou l'opération de l'avenir.

M. *König* estime avec le précédent que c'est un crime de faire la résection du genou chez un homme au-dessous de quatorze ans.

M. *Bruns* (de Tubingue) fait observer que le procédé de Neuber a été indiqué il y a quatre ans déjà par Ollier.

— M. *Neuber*. *De la suture circulaire de l'intestin.* — Nouveau procédé employé dans trois cas opérés à Kiel. On place les bouts de l'intestin sur un os décalcifié de calibre convenable et on réunit la séreuse au moyen de points séparés. Au moyen d'une simple ligature circulaire on maintient les deux bouts de l'intestin dans une gouttière circulaire de l'os. Avantages de la méthode : facilité d'application de la suture sur un corps résistant; protection de la plaie de la muqueuse, passage libre des matières. Le tube osseux disparaît au bout de quatre à cinq jours chez les animaux; chez l'homme il a été impossible d'en retrouver la trace dans les selles.

— M. *Baumgärtner* (de Bade). *De la cachexia strumipriva.*— Il a observé quatre fois sur seize, chez les opérés de goitre, cette singulière cachexie que Kocher attribue à la privation de l'air : anémie, faiblesse intellectuelle, paresse des mouvements, aspect sombre du visage. Dans deux cas, paralysie des muscles dilatateurs de la glotte, guérie par la trachéotomie ; dans deux autres cas, bon effet de la faradisation.

L'auteur attribue, comme Kocher, cette cachexie à la diminution de l'apport d'oxygène ; toutefois il admet une simple paralysie, qui dépend elle-même de quelque lésion du grand sympathique ou du nerf vague, lésion qu'il est impossible d'éviter pendant l'opération.

M. König signale le fait suivant pour montrer combien l'affection est difficile à guérir. Chez un enfant d'ailleurs bien portant, mais menacé d'asphyxie, on dut extirper un goitre annulaire. La dyspnée diminua après l'opération, puis recommença de plus belle. On pratiqua la trachéotomie. Depuis lors l'enfant porte la canule à demeure et respire fort bien, mais il devient de plus en plus idiot et les parents ne savent qu'en faire.

— M. *Bruns* (Tubingue) signale les excellents résultats obtenus par le *coton de bois au sublimé*. Sur 557 opérés il

n'a eu que 18 décès à la suite de maladies n'ayant rien de commun avec les plaies.

— M. *Mikulicz* (Cracovie). *De quelques modifications du pansement antiseptique.*— La clinique chirurgicale de Cracovie est dans un état tellement lamentable, que le prédécesseur de Mikulicz dut la fermer pour cause d'érysipèle. Avec l'introduction du pansement de Lister, les maladies des plaies disparurent comme par enchantement. L'auteur a étudié le sublimé. Il faut des doses bien supérieures à celles indiquées par Koch, de 1/400° par exemple. Il ne peut être utilisé pour les instruments.—« Pour le chirurgien qui emploie beaucoup ce pansement, il faut craindre une sorte de marasme comme avec l'acide phénique. »

Il recommande la méthode suivante: des copeaux sont remués avec du goudron (30 pour 100) jusqu'à ce qu'ils soient bien bruns. Puis ils sont placés dans des coussins sur les plaies.

— M. *Bartsch* (Breslau). *Des résultats ultimes de l'opération d'Ogston.* — 34 cas opérés à la clinique de Breslau, résultat fonctionnel satisfaisant. Jamais de suppuration articulaire, deux fois paralysie de la vessie, deux fois paralysie des péroniers. Un des opérés a été admis au service militaire. Volkmann ne pense pas que l'opération d'Ogston fournisse des résultats supérieurs aux autres méthodes. Un seul cas fût-il malheureux, qu'il suffirait à faire condamner la méthode. On opère dans l'obscurité, nul ne peut assurer que la jointure ne suppurera pas. « Ce sont là des jeux d'acrobate avec cette différence que c'est le patient et non le chirurgien qui se casse le cou. » Mikulicz a obtenu deux fois des ankyloses du genou; il constate, avec Schede, qu'Ogston a lui-même abandonné son procédé.

— M. *Hahn* (de Berlin). *De l'extirpation du larynx cancéreux.* — 5 cas opérés, 2 morts de pneumonie de déglutition. Les trois autres cas présentés remontent à deux mois, neuf mois et trois ans et demi.

Les opérés avalent aisément et parlent distinctement avec la canule de Gussenbauer.

— M. *V. Bergmann* (Berlin) présente un homme *guéri sans opération d'un anévrysme traumatique* de l'artère sous-clavière. Jeune homme ayant reçu un coup d'épée immédiatement au-dessous de la clavicule; épanchement énorme de sang au-dessous du grand pectoral et sur les parois du thorax; développement progressif d'un anévrysme dont les symptômes inquiétants indiquaient à une courte échéance l'opération. Auparavant les assistants doivent s'exercer à la compression. Au bout de deux heures de compression, la pulsation disparaît de l'anévrysme, le sac se racornit et peut à peine être retrouvé.

Volkmann insiste auprès des membres du Congrès afin qu'ils veuillent bien publier les faits de ce genre. L'opération est éminemment difficile et dangereuse, tandis que la compression peut réussir. (*Berl. klin. Woch.*, 1884.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 9 JUIN 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

NOMINATION DU SECRÉTAIRE PERPÉTUEL. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un secrétaire perpétuel pour les sections de sciences physiques, en remplacement de M. *Dumas*. Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 53, M. Jamin obtient 39 suffrages; M. Vulpian, 12; M. Blanchard, 1; M. Daubrée, 1.

M. *Jamin*, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé élu. Sa nomination sera soumise à l'approbation du Président de la République.

COMMISSIONS DE PRIX. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de Commissions de prix, chargées de juger les concours de l'année 1884.

Prix Godard. — Sont nommés : MM. Gosselin, Vulpian, Richet, Charcot et Larrey.

Prix Serres. — Sont nommés : MM. Vulpian, Richet, P. Bert, Gosselin et Ch. Robin.

Prix Lallemand.—Sont nommés: MM. Gosselin, Charcot, Vulpian, P. Bert et Richet.

Prix Montyon (*Physiologie expérimentale*). — Sont nommés : MM. Vulpian, P. Bert, Gosselin, Charcot et Marey.

SUR LES LÉSIONS DES TUBES NERVEUX DE LA MOELLE ÉPINIÈRE DANS LA SCLÉROSE EN PLAQUES. Note de M. *J. Babinski*.—« L'emploi d'une méthode, inconnue au moment où les premiers travaux sur la sclérose en plaques ont été publiés, m'a permis, dit l'auteur, de constater plus nettement encore qu'on ne peut le faire à l'aide des anciennes méthodes la disparition de la myéline et la conservation d'un grand nombre de cylindres-axes; elle m'a donné, en outre, le moyen de suivre d'une façon précise le travail de destruction de la myéline, et m'a amené à concevoir autrement qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent la nature de ce processus.

» Voici la méthode que j'ai suivie : les moelles ont été fixées et durcies par le bichromate de potasse à 2/1000; il en a été fait des coupes transversales et longitudinales qui ont été d'abord traitées par le procédé récemment indiqué par M. Weigert, procédé dont le résultat est de teindre la myéline en brun; les coupes ont été ensuite colorées à l'aide de l'hématoxyline préparée par le procédé de M. Ranvier, qui se fixe sur les noyaux, et montées, après déshydratation par l'alcool et éclaircissement par l'essence de girofle, dans le baume du Canada.

» Voici les faits qu'on peut observer sur les coupes transversales. Dans le manteau de la moelle, la myéline a, par places et dans une étendue plus ou moins grande, complètement disparu; des préparations comparatives colorées au picrocarmin font voir que, là où il n'y a plus trace de myéline, il reste encore un grand nombre de cylindres-axes. Dans la substance grise, on peut voir aussi que le réseau nerveux à myéline a été, dans certains points, complètement dépouillé de sa gaine, et que les cylindres-axes ainsi que les cellules nerveuses sont conservés.

» Sur des coupes longitudinales, on voit sur le trajet des fibres de la moelle des interruptions de la myéline plus ou moins étendues en longueur et en largeur; on distingue des groupes de tubes nerveux qui semblent disparaître et se perdre dans une plaque de sclérose pour reparaître ensuite.

» L'examen des plaques de sclérose sur les coupes longitudinales montre, dans beaucoup de points, et cela plus nettement encore que sur les coupes transversales, la persistance des cylindres-axes.

» L'étude des coupes transversales et longitudinales permet donc de voir d'une façon très nette que les cylindres-axes et les cellules nerveuses persistent dans des points où la myéline a complètement disparu.

» Mais c'est exclusivement sur les coupes longitudinales que l'on peut bien étudier les détails du processus de destruction de la myéline. Tout autour des cylindres-axes dépouillés de leur enveloppe, on trouve, suivant les régions qu'on examine, soit des fibres de tissu conjonctif, soit des cellules plus ou moins volumineuses, constituées par un protoplasma grenu contenant un noyau, soit enfin, et c'est là le point le plus intéressant, des cellules analogues aux précédentes, mais présentant en plus dans leur intérieur un nombre plus ou moins considérable de gouttelettes de myéline. Ces cellules, dans certains points, forment au cylindre-axe une gaine complète que l'on voit se continuer directement au niveau des parties saines avec la gaine de myéline. Il est assez facile de se convaincre, en examinant cette zone de transition, que la disparition de la gaine de myéline coïncide avec l'apparition de ces cellules chargées de myéline, que ces deux phénomènes sont connexes, et que la destruction de la gaine résulte de l'absorption de la myéline par le protoplasma de ces cellules.

» En résumé, ajoute l'auteur, les préparations faites à l'aide de cette méthode, outre qu'elles permettent de constater

d'une façon plus nette des faits qui ont été établis avec les méthodes anciennes, montrent en plus les détails des lésions. Elles font reconnaître ainsi que la destruction des gaines de myéline, loin d'être sous la dépendance d'un phénomène mécanique, d'une compression exercée sur les tubes nerveux par le tissu conjonctif de nouvelle formation, est liée, au contraire, à un phénomène vital, et résulte principalement de l'activité nutritive des cellules de la névroglie et des cellules lymphatiques. »

Mouvement réflexe contagieux. — M. *J. Rambosson* demande et obtient l'autorisation de retirer du secrétariat un travail manuscrit portant pour titre : *Le mouvement réflexe contagieux.*

Académie de médecine.

Séance du 17 juin 1884.— Présidence de M. A. Guérin.

L'Académie reçoit : 1° une lettre de M. *Richet* qui remercie l'Académie des sentiments qu'elle lui a exprimés au sujet du deuil qui vient de le frapper ; 2° une *Notice sur Davaine*, par M. le docteur *Laboulbène*; 3° *Mouvement réflexe contagieux*, par M. *Rambosson*; 4° *Étude sur la busserole et l'arbutine*, par M. *Dalmon*; 5° l'article Pansement du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, par MM. *Chauvel* et *Bousquet*.

M. *Cusco* présente une sonde métallique à la fois rigide et flexible.

Le microbe du clou de Biskra. — M. *Legouest*, au nom de deux de ses confrères de l'armée, MM. *Duperet* et *Boisset*, présente un travail sur le clou de Gafza, qui n'est autre chose que le clou de Biskra mitigé. Il ajoute que le malade dont a parlé M. Fournier dans la dernière séance était probablement affecté d'un clou de Gafza. D'après les expériences faites à Lyon par MM. Duperet et Boisset, le clou de Gafza est produit par un micro-organisme, du genre micrococcus, qu'ils ont pu isoler, cultiver et inoculer à l'homme et aux animaux, suivant la méthode de M. Pasteur. C'est donc en réalité à ces deux médecins et non à M. Duclaux que doit revenir la priorité de la découverte du microbe du clou de Gafza. Quant aux accidents qui ont suivi les inoculations de MM. Duperet et Boisset, M. Legouest ne croit pas qu'ils soient plus que ceux de M. Duclaux identiques aux accidents qui s'observent chez l'homme. L'orateur termine en signalant un fait intéressant observé par MM. Duperet et Boisset. Une chienne ramenée de Tunisie, qui présentait un clou de Biskra sur le flanc droit, mit bas deux petits chiens atteints également de la même affection.

Traitement de l'hydarthrose par la compression élastique. — M. *Marc Sée* rapporte plusieurs observations d'hydarthrose qui ont été guéries par l'application de la bande d'Esmarck : ce procédé, beaucoup plus anodin que celui proposé par M. Labbé dans la dernière séance et qui consiste à laver l'articulation avec des liquides antiseptiques, serait tout aussi efficace à la fois contre l'épanchement et contre l'épaississement des tissus intra et péri-articulaires.

Synthèse de la xanthine. — M. *Gautier* lit une note dans laquelle il annonce qu'il a pu produire artificiellement la xanthine en dehors des forces de l'organisme. C'est là, ajoute-t-il, un premier pas décisif fait dans la synthèse des matières albuminoïdes.

C'est en hydratant l'acide prussique que l'on produit la méthylxanthine et de la xanthine dont les propriétés et la composition correspondent entièrement à celles de la xanthine que l'on retire de nos urines, de nos muscles, de notre cerveau. Cette hydratation s'obtient en chauffant, en tube scellé, de l'acide cyanhydrique mélangé d'eau et d'acide acétique, à une température de 140 à 150 degrés.

Discussion sur la septicémie gangreneuse. — M. *Colin* (d'Alfort) fait, à ce sujet, une longue communication dont voici les conclusions :

La septicémie ou plutôt les septicémies sont des états que nous ne connaissons pas bien, et dans lesquels les altérations des liquides peuvent être dues à des causes ou à des agents multiples : organismes microscopiques, principes septiques, ptomaïnes, etc.

Ces états se produisent très facilement chez certains animaux, comme le lapin, le cochon d'Inde, les oiseaux, et y acquièrent une extrême virulence. Ils se produisent avec une difficulté extrême chez d'autres animaux, tels que le bœuf, le mouton, le chien, les solipèdes.

Chez les uns, ils restent locaux et bénins ; chez d'autres, ils se généralisent vite, et tuent dans des délais très courts.

Ce qu'on voudrait appeler la septicémie gangreneuse n'est pas sûrement spécifique. Elle ne paraît pas bien distincte, au moins chez les animaux, des autres formes de septicémie.

Il n'est pas prouvé que cette septicémie soit virulente, autrement que par les liquides puisés dans les parties malades.

Il n'est pas prouvé qu'elle soit transmissible par inoculation à tous les animaux ou seulement à l'espèce sur laquelle elle s'est développée.

Ce qu'on dit de l'influence de la dessiccation, de l'altération putride sur l'activité de ses produits est connu et s'applique à toutes les septicémies et à la plupart des autres produits virulents.

Ce qu'on dit de la contagion de la septicémie par les instruments suppose une virulence extrême qui est douteuse, et la conservation de cette virulence malgré les lavages, conservation non démontrée dans les conditions expérimentales.

La neutralisation des produits septicémiques peut, quoi qu'on en dise, être obtenue par la température de l'ébullition.

Elle peut l'être, sans trop de difficulté, en dehors de l'organisme, même à la surface des plaies avant l'absorption, par une foule d'agents antiseptiques.

Le difficile, souvent même l'impossible, est la neutralisation, une fois que les matières virulentes sont absorbées et disséminées dans l'organisme.

M. *Fournier*, en réponse à des objections qui lui avaient été faites par M. Colin, fait observer : 1° que les accidents déterminés par les inoculations du bouton de Biskra ne peuvent être mis sur le compte de la septicémie, puisque le microbe avait été recueilli sur du sang vivant et ensemencé immédiatement avec toutes les précautions antiseptiques usitées en pareil cas ;

2° Que la quantité de liquide inoculé ne saurait suffire à expliquer le développement des accidents, puisque ces accidents ont été complètement différents, suivant l'âge du bouillon inoculé, bien que la dose fût la même ;

3° Que la putréfaction des bouillons ne peut davantage être admise, car, au lieu de devenir plus nuisible en vieillissant, c'est-à-dire en se putréfiant davantage, c'est le contraire qui s'observe.

M. *Colin* (d'Alfort) répond que, si les bouillons d eM. Duclaux n'étaient pas putréfiés au moment de leur inoculation, ils le sont devenus certainement après leur injection dans le tissu cellulaire, qui n'absorbe pas le bouillon. Il ajoute qu'une dose de 20 grammes de liquide injecté dans l'oreille d'un lapin peut donner lieu mécaniquement aux désordres qui ont été constatés en dehors de l'influence de toute espèce de microbe. C'est une goutte ou une fraction de goutte seulement qu'il aurait fallu inoculer pour avoir le droit de conclure à la nocivité d'un micro-organisme quelconque.

Quant à ce qui concerne l'influence de l'âge des bouillons, M. Colin fait observer que, si leur virulence diminue avec le temps, c'est que leur composition change incessamment et qu'il arrive un moment où ils deviennent complètement inertes. C'est qu'alors le travail de la putréfaction est terminé.

— M. *Voisin* lit un travail d'où il résulte que chez quelques enfants, certains arrêts de développement physique et intellectuel (retard dans la marche et dans la parole, difficulté d'apprendre à écrire, etc.) sont dus à une atrophie ou à un arrêt de développement intra-utérin des circonvolutions frontales ascendante et pariétale, ascendante dans leur moitié supéro-interne.

— La séance est levée à quatre heures un quart.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 13 JUIN 1884. — PRÉSIDENCE DE M. BUCQUOY.

Traitement de la diphthérie par le procédé de M. Delthil. Nomination d'une commission. — Micrococcus de l'endocardite ulcéreuse : M. Grancher. — Du rôle pathogénique de la dilatation de l'estomac : M. Bouchard. (Discussion.)

La Société reçoit une lettre du docteur *Vigouroux* relatant un cas de guérison du croup par le procédé de traitement de M. Delthil.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait remarquer que cette observation a déjà été publiée dans la *Gazette des hôpitaux*, et demande qu'il ne soit pas donné lecture de la lettre de M. Vigouroux.

M. *Bucquoy* propose de renvoyer l'observation de M. Vigouroux, à titre de document, à MM. d'Heilly, Cadet de Gassicourt et Descroizilles, qui se proposent d'étudier la question et tiendront la Société au courant des résultats de leurs recherches.

— M. *Bucquoy* prononce une courte allocution en annonçant à la Société la mort de l'un de ses membres, M. Simonet.

— M. Grancher place sous les yeux de la Société un dessin représentant le micrococcus de l'endocardite ulcéreuse, ainsi que des préparations histologiques permettant de constater l'existence de ce parasite.

— M. *Bouchard* donne lecture d'un mémoire intitulé : *Du rôle pathogénique de la dilatation de l'estomac et des relations cliniques de cette maladie avec divers accidents morbides* (voy. p. 412).

M. *Dujardin-Beaumetz* est d'avis que M. Bouchard renouvelle au profit de la dilatation gastrique la théorie pathogénique formulée par Beau, il y a vingt ans, au sujet des dyspepsies. En attribuant à cette dilatation les troubles chimiques de la digestion stomacale, M. Bouchard modifie entièrement la définition de la dyspepsie proposée par G. Sée, pour lequel le mot dyspepsie est applicable aux simples modifications chimiques des sécrétions gastro-intestinales. Peut-être est-il regrettable que M. Bouchard n'ait pas précisé avec plus de soin les moyens permettant de reconnaître cette dilatation et de la différencier de la distension passagère des fibres stomacales ; en effet, le clapotement, qui est un signe précieux, à coup sûr, peut être modifié, ou même supprimé, par la rigidité des parois abdominales, tandis qu'il se produit parfois, en l'absence de dilatation gastrique, chez les individus amaigris présentant une grande flaccidité des parois musculaires. Il est vrai que M. Bouchard spécifie nettement que le clapotement doit être perçu au-dessous d'une ligne allant de l'ombilic au rebord costal, ce qui indique un abaissement de la grande courbure de l'estomac, mais la confusion reste encore possible avec un abaissement en totalité du viscère refoulé par le diaphragme chez les emphysémateux, ou par le foie augmenté de volume. En outre, la dilatation du côlon transverse, à laquelle on a même voulu attribuer le plus grand nombre des dyspepsies, sous la dénomination de *dyspepsie iléo-cæcale*, peut donner lieu à des bruits de gargouillement faisant croire, à tort, à l'existence d'une dilatation gastrique. Il eût, d'ailleurs, été utile de distinguer nettement la dilatation considérable de l'estomac, résultant soit de l'inflammation de la muqueuse et de la paralysie des fibres musculaires sous-jacentes, soit du rétrécissement pylorique, d'avec cette moindre dilatation, si fréquemment observée par M. Bouchard, et qui paraît être une des formes de la dyspepsie. Pour moi, dit M. Dujardin-Beaumetz, « la dyspepsie est un trouble fonctionnel de l'estomac qui résulte soit de modifications dans les fonctions de sa muqueuse, soit d'une perturbation apportée à son innervation, soit d'altérations d'ordres divers de sa tunique musculeuse ». Lorsque les contractions de cette tunique musculeuse sont insuffisantes, apparaît un trouble fonctionnel de la digestion stomacale, une dyspepsie qui peut rester latente ou se révéler par ses signes spéciaux. En résumé, pour M. Dujardin-Beaumetz, les cas observés par M. Bouchard sont des formes de dyspepsie atonique avec faiblesse des parois stomacales, et dont la symptomatologie et la pathogénie ressortissent à l'étude des dyspepsies.

M. *Bouchard* fait remarquer que le clapotement ne peut être perçu, dans la région qu'il a indiquée, que si l'estomac est dilaté ou refoulé en masse par une tuméfaction du foie, un épanchement pleural ou toute autre lésion voisine facile à reconnaître. Il admet l'existence de la dilatation lorsque le clapotement est perçu dans un point plus ou moins voisin de l'ombilic, chez le malade à jeun, ou après l'ingestion d'un simple verre d'eau. Il ne pense pas qu'on puisse la confondre avec la dilatation du côlon transverse, celle-ci ne donnant pas lieu au clapotement, par suite de l'absence de liquides dans cet intestin dilaté que l'on rencontre ordinairement chez des malades atteints de constipation ; d'ailleurs, le clapotement, dans ce cas, serait toujours perçu plus haut que celui dont l'estomac dilaté est le siège. La dilatation gastrique constitue une affection distincte de la dyspepsie qui en est la conséquence ; presque tous les dyspeptiques ont un estomac dilaté, mais la réciproque est loin d'être vraie. D'autre part, cette dilatation est persistante, en dépit de l'abstinence des malades à l'égard des liquides, et malgré le régime rigoureux de la diète sèche.

M. *Dumontpallier* ne peut admettre, avec M. Bouchard, que la dilatation primitive ou secondaire de l'estomac soit un état morbide spécial, engendrant un grand nombre d'autres altérations organiques ou humorales ; si les hémorrhoïdes, les néphrites, les hépatites, les eczémas, etc., ont été observés chez les malades atteints de dilatation gastrique, il ne s'ensuit pas que celle-ci soit la cause prochaine de ces divers accidents, et l'on peut penser qu'ils sont le résultat, au même titre que la dilatation elle-même, d'une diathèse préexistante. La dilatation serait alors la conséquence de manifestations morbides de la diathèse au niveau de la muqueuse gastrique et du retentissement de ces altérations sur la tunique musculeuse : ainsi se trouverait engendré un trouble fonctionnel conduisant à la dilatation. Cette conception des accidents aurait l'avantage de fournir d'utiles indications thérapeutiques. Quant à l'incurabilité de la dilatation, énoncée par M. Bouchard, elle paraît difficile à admettre, surtout si cet état morbide est, comme il le dit, dans quelques cas, compatible avec l'état de santé ; il semblerait plus conforme à la clinique de distinguer plusieurs espèces de dilatation, les unes accidentelles, bénignes, passagères, les autres, symptomatiques d'un état diathésique, plus graves et peut-être permanentes. En résumé, pour M. Dumontpallier, « la dilatation gastrique persistante peut être cause prédisposante ou déterminante des diverses manifestations diathésiques dans toutes les parties de l'organisme, mais il reste à démontrer qu'elle en soit la cause *efficiente* ».

M. *Bouchard* pense que la dilatation stomacale est le résultat des écarts de régime et de la distension excessive, répétée, du viscère ; elle se produit chez le nourrisson prenant des tétées trop abondantes, aussi bien que chez l'homme

qui fait des repas trop copieux, ou chez le médecin qui déjeune à des heures irrégulières, toujours tardives, et ingère ses aliments à la hâte.

M. *Dumontpallier* fait observer que tous les médecins sont soumis à ces conditions, et que tous, cependant, n'ont pas de dilatation de l'estomac. Il serait tenté de substituer à l'influence des écarts de régime, la notion étiologique de quelque diathèse ou d'un trouble marqué de l'innervation.

— La séance est levée à cinq heures et quart.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 4 JUIN 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Congrès des chirurgiens français; suite de la discussion : MM. Nicaise, Verneuil, Trélat. — Traitement du cancer de l'utérus par l'hystérectomie : M. Bœkel (de Strasbourg). Discussion : MM. Verneuil, Terrier, Polaillon, Lucas-Championnière, Trélat, Bouilly.— Genu valgum traité par l'ostéotomie; présentation de malade : M. Bœkel.

La séance s'ouvre par la continuation de la discussion sur le *Congrès des chirurgiens français*. Les deux conclusions suivantes sont successivement mises aux voix et adoptées :

Accepter la mission de constituer un comité d'organisation chargé de rédiger des statuts et règlements provisoires, de recueillir des adhésions et de présider à l'ouverture du premier Congrès.

Transformer la commission qui présente le rapport en commission d'organisation par l'adjonction de nouveaux membres titulaires ou correspondants.

M. *Nicaise* demande s'il n'y aurait pas intérêt à joindre aux membres de la Société de chirurgie faisant partie de la commission un certain nombre de chirurgiens pris hors de son sein.

M. *Trélat* croit que cette adjonction n'est pas nécessaire à une commission dont le rôle doit être essentiellement transitoire; de plus, la convocation de ces chirurgiens, habitant plus ou moins loin de Paris, retarderait les travaux de la commission.

M. *Verneuil* est de l'avis de M. Trélat, et il émet de plus l'opinion que, d'une façon générale, moins les commissions sont nombreuses, plus elles travaillent. Cependant il pense que, sans se retarder beaucoup, la commission pourrait consulter un certain nombre de chirurgiens en renom de la province.

M. *Trélat* sait que M. Pozzi se propose de faire cette consultation. Afin de donner plus d'importance à la commission, M. Trélat propose d'adjoindre aux cinq membres déjà nommés deux membres nouveaux pris parmi les membres titulaires, correspondants ou associés.

Cette modification à la troisième conclusion est adoptée.

— M. *Bœkel* (de Strasbourg) communique une très intéressante observation d'hystérectomie, par la voie vaginale, pour un cancer utérin. La malade, âgée de quarante ans, avait ressenti les premières atteintes de son mal trois mois auparavant. Elle présentait un volumineux néoplasme, de nature épithéliale, en forme de chou-fleur, implanté sur le col; les culs-de-sac paraissaient libres et l'utérus était mobile. Le 20 octobre 1883, M. Bœkel pratiqua l'hystérectomie par la voie vaginale. L'abaissement de l'utérus fut très facile, et le col put être amené à plus de 1 centimètre en dehors de la vulve. Une incision du cul-de-sac postérieur ouvrit la cavité péritonéale et permit la dissection de la face antérieure de l'utérus et du bas-fond de la vessie; les deux ligaments larges furent ensuite liés, et l'organe put être complètement détaché. Un ganglion dégénéré dans l'épaisseur du ligament large dut être enlevé, son ablation fut suivie d'une abondante hémorrhagie, qui nécessita la compression pendant plusieurs heures à l'aide d'une pince. Pas de suture, les intestins n'ayant aucune tendance à faire hernie; pas de drains; pour tout pansement, tampon de gaze iodoformée dans le vagin. Les suites immédiates de l'opération furent assez bonnes. Toutefois, le troisième jour, l'urine se mit à couler constamment par le vagin, et quelques semaines après l'opération un examen permit de constater qu'il s'était formé une fistule urétérale, due très vraisemblablement à la mortification de l'uretère saisi entre la pince hémostatique laissée à demeure. Pour supprimer cet écoulement d'urine, on pratiqua la néphrectomie. Cette opération réussit fort bien, la malade était guérie un mois après et sortait de l'hôpital; mais au bout de deux mois elle rentrait avec une récidive portant sur les ganglions pelviens, s'étendant très rapidement, et produisant une cachexie qui entraîna bientôt la mort. A l'autopsie, on constata un envahissement total du bassin par le néoplasme; le foie et le rein étaient en pleine dégénérescence amyloïde.

De cette observation, M. Bœkel déduit que l'extirpation de l'utérus atteint de cancer est rarement indiquée; les traitements palliatifs appliqués à ce cas particulier auraient donné une survie au moins égale, sans faire courir les risques d'une intervention opératoire aussi périlleuse.

M. *Verneuil* félicite M. Bœkel de la bonne foi avec laquelle il est venu déclarer devant la Société à la fois le succès opératoire et l'insuccès thérapeutique absolu qu'il a obtenus. Cette observation confirme les idées qu'il défend, ainsi que M. Polaillon, à savoir que l'hystérectomie, dans le cancer de l'utérus, est une opération rarement justifiée, et que, lorsqu'elle réussit, elle ne donne pas de survie supérieure à celle qu'on a par le traitement palliatif ordinaire; en outre, l'hystérectomie a contre elle le long séjour au lit que nécessite la cicatrisation de la plaie opératoire, séjour qui affaiblit les malades et leur enlève l'illusion d'un prochain rétablissement, que leur procure souvent un traitement simple. M. Verneuil fera connaître, dans une prochaine séance, le résultat de sa pratique; il exprime le désir que M. Demons et les autres chirurgiens qui ont fait l'hystérectomie apportent les résultats éloignés de leurs opérations.

M. Verneuil fait ressortir, en terminant, ce fait, que le rein restant a subi la dégénérescence amyloïde, et il se demande si cela n'est pas dû au surmenage de cet organe, devant suffire à lui seul à la sécrétion urinaire.

M. *Terrier* a vu une femme atteinte de cancer de l'utérus dans les meilleures conditions pour la pratique de l'hystérectomie vaginale; il ne l'a cependant pas faite, persuadé que les succès ne compensent pas les difficultés et la gravité de l'opération. En effet, la dissection de l'utérus et de la vessie est laborieuse, la ligature en masse des ligaments larges très difficile et parfois même impossible, de sorte qu'on est obligé, dans ces cas, de placer à l'aveugle une pince sur les vaisseaux, s'exposant alors à saisir l'uretère, comme cela est arrivé à M. Bœkel. Au contraire, les opérations partielles sont faciles, peu dangereuses, et donnent une survie quelquefois longue.

M. *Polaillon* s'élève aussi contre l'extirpation totale de l'utérus dégénéré; cette opération, outre les dangers signalés par les deux précédents orateurs, présente encore cet inconvénient d'activer la marche du néoplasme, ainsi que le montrent les observations publiées jusqu'ici. Les partisans de l'hystérectomie conseillent de ne la pratiquer que tout à fait au début, alors qu'on est sûr de tout enlever, mais à ce moment l'ablation large du col suffit. C'est ainsi que voilà plus d'un an que M. Polaillon a enlevé le col d'une femme âgée de soixante-douze ans, aucune trace de récidive n'apparaît encore; la tumeur examinée par M. Cornil présentait cependant tous les caractères du cancer.

M. *Lucas-Championnière* n'a pas pratiqué l'hystérectomie, mais il a assisté à une de ces opérations faite avec une facilité relative par M. Billroth, qui dut tailler en plein néoplasme; cette extirpation, inutile au point de vue de la guérison définitive, fut suivie d'une amélioration réelle. Vieitt (de Bonn) a suivi une de ses opérées pendant deux ans, et n'a constaté après ce temps aucune récidive; il est vrai qu'on peut, dans ces cas, suspecter le diagnostic. Quoi qu'il en soit, sans être entièrement jugée, la question de l'extirpation totale de l'utérus mérite discussion et ne doit pas être condamnée sans appel. Les opérations partielles ont aussi leur danger et ne sont pas aussi anodines qu'on le croit généralement.

M. *Trélat* a retiré de bien plus grands avantages d'opérations simples, méritant plutôt le nom de pansements, que d'opérations partielles véritables. Il n'a jamais fait d'hystérectomie; il n'est pas hostile à cette opération, mais il faudrait, pour qu'elle donnât de bons résultats, la pratiquer tout à fait au début du mal, à une époque où malheureusement on ne voit pas les malades. Les verrait-on d'ailleurs, qu'on obtiendrait difficilement l'autorisation de faire courir à ces malades les chances d'une opération aussi grave. C'est ce qui est arrivé, dans deux cas, à M. Trélat: dans l'un d'eux, en particulier, il ne put décider la famille à laisser opérer une malade présentant un cancer très limité, mais jouissant à ce moment d'une santé générale excellente. Treize mois après la malade succombait.

M. *Bouilly*, n'ayant pu abaisser l'utérus chez une femme qu'il désirait opérer par la voie vaginale, a fait quelques recherches cadavériques sur les causes de cette impossibilité à l'abaissement de l'organe. Il a trouvé que, même chez les femmes saines, quatre fois sur dix cet abaissement est impossible; il semble dû à la résistance des ligaments utéro-sacrés, aussi pourrait-on peut-être commencer l'opération par l'ouverture du cul-de-sac utéro-rectal et la section desdits ligaments. L'abaissement de l'utérus est, en effet, la condition indispensable de l'hystérectomie.

— M. *Bœckel* présente un malade guéri depuis deux ans d'un *genu valgum*, traité par l'ostéotomie.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 7 JUIN 1884. — PRÉSIDENCE DE M. PAUL BERT.

Élasticité et rétractilité pulmonaire : M. Laborde. — Nouveau mode de développement des pérydiniens : M. G. Pouchet. — Formation de la substance grise de la moelle : M. Vignal. — Constitution de la substance grise embryonnaire de la moelle : M. Vignal. — Audition des sons en contact et par influence : M. Gellé. — Suggestion mentale : M. de Varigny.

M. *Laborde* insiste sur certains détails de sa précédente communication en s'attachant à distinguer la rétractilité élastique du poumon de sa rétractilité musculaire; celle-ci, sous la dépendance du pneumogastrique, comme l'ont établi le plus complètement les expériences de M. P. Bert, ne persiste pas au delà d'un temps très court après la mort, les propriétés neuro-musculaires s'éteignant très vite. Au contraire, l'élasticité se conserve fort longtemps, car on a pu la mettre en évidence sur les poumons d'animaux et sur ceux de l'homme un nombre de jours variant de neuf à dix-sept après la mort.

— M. *Pouchet* indique un mode de développement non soupçonné des péridyniens : en examinant les petits corps unicellulaires fixés sur leurs appendices, il a constaté des divisions successives de ces corpuscules, qu'on considère comme des parasites. En les cultivant dans un milieu convenable, il a observé qu'après s'être divisés un grand nombre de fois, les corps en question s'animent, présentent un sillon qui leur donne la forme lobulaire et apparaissent munis d'un appendice, qu'en définitive ce sont de véritables péridyniens et non des parasites.

— M. *Vignal*, exposant les résultats de ses recherches sur la formation de la substance grise embryonnaire de la moelle épinière (division indirecte des cellules), indique les hypothèses qu'il croit admissibles pour expliquer cette formation; aucun fait ne justifiant la provenance du mésoderme ou de l'ectoderme, cette hypothèse est à rejeter. L'auteur se demande si les cellules de la substance grise se forment surtout dans la première, quelques-unes dans la seconde rangée de cellules qui bordent immédiatement le canal central? Cette première explication lui paraît difficilement admissible; il lui préfère la suivante : « Il existe pour les cellules formant la substance grise embryonnaire et pour celles qui l'avoisinent, un autre mode de division ou plutôt de reproduction que celui qui est connu sous le nom de division indirecte ou *karyokinèse.* »

— M. *Vignal* dépose une seconde note sur la constitution de la substance grise embryonnaire de la moelle. Il envisage autrement que Kölliker, Hensen et Renaut la structure de cette substance; d'après lui, les noyaux des cellules sont au début de deux sortes : les uns se colorent vivement par le carmin et l'hématoxyline; ils sont généralement petits, et ne mesurent, chez le mouton, que 4 à 5 μ; les autres, plus gros, ayant de 7 à 8 μ, sont ordinairement sphériques, s'imprègnent peu des matières colorantes, et renferment des granulations. Il ne pense pas que cette différence implique une destination différente, les cellules à noyau d'une variété devant devenir des cellules nerveuses, les autres des cellules de la névroglie. Les divergences entre la description de M. Vignal et celle des auteurs précédents paraissent dues à la méthode employée : Kölliker, Hensen, Renaut ont fait usage de l'acide osmique, qui, agissant seul sur les tissus, a l'inconvénient de les rendre tellement homogènes qu'on ne distingue plus que les noyaux et les fibrilles.

— M. *Gellé*, étudiant l'audition des sons en contact et des sons par influence, s'est demandé comment l'audition des sons crâniens peut être modifiée à volonté, en changeant la tension des membranes de l'oreille, soit par l'épreuve de Valsalva, soit par la déglutition effectuée le nez pincé, ou autrement.

L'action de la tension de la membrane est insuffisante pour expliquer ce fait; on doit le rapporter à l'action exercée sur le labyrinthe par les déplacements de la platine de l'étrier. M. Gellé formule ainsi sa conclusion : « L'atténuation du son crânien est due à l'enfoncement de la base de l'étrier vers le labyrinthe, et supplée à l'effet insuffisant de la tension du tympan. »

— M. *de Varigny*, indiquant les résultats de ses expériences à propos de la suggestion mentale, conclut, comme l'avait fait précédemment M. Richet, qu' « il n'y a pas perception de la pensée, mais simplement interprétation de différences dans la tension des muscles et des mouvements inconscients et spontanés très faibles ».

SÉANCE DU 14 JUIN 1884. — PRÉSIDENCE DE M. FRANÇOIS-FRANCK.

Transfusion avec du sang peptonisé : M. Afanassiew. — Effets des hautes pressions sur les animaux marins : M. Regnard. — Temps perdu des fermentations : M. Regnard. — Statistique des anesthésies avec la méthode des mélanges titrée : M. Aubeau. — Appareil pour les inhalations des mélanges titrés : M. Dubois. — Lésions des tissus imbibés d'eau sous l'influence des hautes pressions : MM. Regnard et Vignal. — Sulfo-carbol comme antiseptique : M. F Vigier.

M. *Bochefontaine* résume un mémoire de M. *Afanassiew* sur les avantages de la transfusion du sang pratiquée avec du sang rendu incoagulable par une peptonisation préalable. L'auteur s'est inspiré des procédés employés en physiologie pour retarder la coagulation du sang et propose d'appliquer cette méthode à la transfusion chez l'homme. Le travail détaillé sera publié dans les Mémoires de la Société.

— M. *Regnard* a pu répéter sur des animaux marins les expériences qu'il avait exécutées avec les hautes pressions sur des animaux d'eau douce. Il a notamment contrôlé son opinion que la pénétration de l'eau dans les tissus est empêchée par la résistance des enveloppes calcaires de certains animaux ; sur la crevette, par exemple, l'imbibition ne se fait pas si la carapace est intacte ; elle se produit dès qu'on y pratique une ouverture. Le Bernard-l'hermite, dont le segment postérieur est nu, s'imbibe sous l'influence d'une haute pression.

— M. *Regnard*, revenant sur la signification des courbes fournies par son appareil inscripteur du dégagement gazeux dans les fermentations, cherche l'explication du temps perdu relativement considérable qui s'observe avant l'établissement du dégagement de CO^2. Il élimine les hypothèses d'une imbibition préalable de la levure, et d'une dissolution de l'acide carbonique dans l'eau, et arrive à attribuer ce retard à une sorte de période d'excitation latente correspondant au temps nécessaire au ferment pour entrer en fonction sous l'influence d'irritations extérieures.

— M. *Aubeau* expose les résultats avantageux de l'anesthésie par la méthode de M. P. Bert (mélanges titrés d'air et de chloroforme), obtenus dans un grand nombre d'opérations faites à l'hôpital Saint-Louis, par M. Péan ; l'anesthésie était conduite par M. Dubois, préparateur de M. P. Bert. La statistique porte sur 115 cas très variés, dans lesquels aucun accident n'est survenu, et où la période d'excitation initiale a été plus ou moins complètement supprimée.

— M. *Dubois* présente, à la suite de cette communication, un appareil dont il a donné l'indication générale et qui a été exécuté par M. Tatin, appareil destiné à remplacer le gazomètre en usage jusqu'ici dans l'administration des mélanges titrés. L'un des principaux avantages de l'instrument est d'entretenir toujours au même degré la tension des vapeurs de chloroforme dans l'air inspiré : ce résultat s'obtient par la réplétion et le renversement automatique d'un petit seau exactement jaugé, qui, après s'être rempli de la quantité voulue de chloroforme, se vide dans l'appareil au moment convenable.

— MM. *Regnard* et *Vignal* ont étudié histologiquement les lésions des tissus soumis à la compression : ils résument leurs recherches en disant que, lorsque des tissus sont soumis à une haute pression, l'eau pénètre dans le plasma baignant les éléments et dans leur protoplasma ; les parties différenciées de ces éléments sont brisées et refoulées.

— M. *Laborde* présente un travail de M. Ferdinand Vigier sur le sulfo-carbol (*acide orthoxyphénilsulfureux*), sur les propriétés antifermentescibles et antiseptiques de ce produit. M. F. Vigier, avant de proposer l'emploi du sulfo-carbol en médecine, s'est assuré de son innocuité relative (10 grammes) et de ses bons effets antiputrides, par une série d'expériences pratiquées sous la direction de M. Laborde sur des animaux variés et sur des substances organiques. Il pense que le sulfo-carbol pourra remplacer avantageusement l'acide phénique, l'acide salicylique, etc.

— A cinq heures trois quarts, la Société se forme en comité secret pour la lecture du rapport sur les titres des candidats à une place de membre titulaire.

Royal medical and chirurgical Society.

SÉANCE DU 13 MAI 1884.

Tumeur de la paroi abdominale, ablation, guérison. — Exploration de la vésicule biliaire dans les cas d'obstruction par des calculs.

M. *Frederick Gaut* rapporte une observation de tumeur provenant de l'ilion et s'étendant entre les muscles de la paroi abdominale. Le diagnostic se posait entre une tumeur de la paroi et un néoplasme provenant de l'ovaire ou de l'utérus, mais certaines circonstances faisaient plutôt pencher en faveur d'une tumeur intrapariétale. L'opération, heureusement pratiquée grâce à la méthode antiseptique, permit de vérifier l'exactitude de ce diagnostic. Les exemples de semblables lésions, dit M. Gaut, sont rares ; elles s'observent seulement chez les femmes qui ont eu des enfants et ne récidivent pas après extirpation. Leur accroissement rapide et considérable réclame une intervention chirurgicale ; mais la possibilité d'ouvrir le péritoine et l'éventualité d'une hernie ventrale après l'opération peuvent aussi arrêter le chirurgien.

— M. *George Harley* rapporte l'observation suivante, qui montre, selon lui, la possibilité de sonder la vésicule biliaire dans les cas de calculs. La malade, femme âgée de trente-six ans, avait reçu quelques semaines auparavant les soins du docteur Diver pour des symptômes douloureux semblant tenir à une obstruction du conduit biliaire. M. George Harley l'endormit et enfonça un trocart explorateur français de six pouces de longueur à mi-chemin de l'ombilic et du rebord du foie et à un pouce et demi à droite de la ligne médiane du corps. La pointe étant poussée dans la direction du conduit biliaire ne rencontra aucun obstacle résistant ; un liquide ascitique sortit par l'ouverture cutanée, et le trocart put être promené dans toutes les directions. L'instrument fut alors retiré et réintroduit à un pouce plus haut et à environ deux pouces à droite de l'ombilic ; en le poussant dans la même direction qu'avant, on rencontra, à une profondeur de six pouces, un corps dur qu'on présuma être un calcul biliaire ; on put alors apprécier son volume et sa forme. Les signes de l'obstruction disparurent rapidement, et il est à supposer que l'opération avait changé la position de la pierre dans le conduit et avait favorisé son passage dans le duodénum. La malade alla d'abord bien, mais bientôt elle présenta des symptômes de péritonite et succomba au vingt-septième jour. A l'autopsie on trouva treize calculs dans la vésicule biliaire.

Dans ses conclusions M. George Harley préconise l'usage du cathétérisme par ponction de la vésicule biliaire, qui, selon lui, n'expose pas à de plus grands accidents que la lithotomie (?).

Medical Society of London.

SÉANCE DU 28 AVRIL 1884.

Endocardite ulcéreuse, préparations microscopiques montrant des micrococcus.

M. *Cayley* lit une Note sur un cas d'endocardite ulcéreuse, qu'il a observé avec le docteur Hewage-Gibbes. Ce dernier montre des préparations microscopiques dans lesquelles on voit des micrococcus occupant les lymphatiques de l'endocarde et les fausses membranes qui le recouvrent; des colonies de ces petits organismes oblitèrent aussi les vaisseaux du foie et de la rate.

Une discussion s'engage sur la difficulté de diagnostic de l'endocardite ulcéreuse d'une part et sur la subordination de l'état clinique à la présence des micrococcus d'autre part.

REVUE DES JOURNAUX

Sur les formes d'obstruction intestinale qu'on peut observer après les hernies, par Frédérick Trèves. — L'auteur classe comme il suit ces formes d'obstruction intestinale.

I. Le rétrécissement de l'intestin peut être le résultat de la hernie. Il convient de distinguer deux sortes de sténose de ce genre; dans l'une le rétrécissement est purement cicatriciel et dû à une perte de substance de la tunique muqueuse; dans l'autre, l'intestin est étranglé par les reliquats d'une péritonite bien localisée. M. Trèves donne quelques exemples de ces deux formes et entre dans quelques considérations sur leurs causes, leurs symptômes et leur pronostic.

II. L'anse herniée vient après la réduction se fixer à la paroi abdominale.

III. Les deux bouts de l'intestin sont soudés ensemble par des adhérences.

IV. Les adhérences entre l'anse herniée et la paroi peuvent former une bride.

V. L'inflammation du péritoine au voisinage de l'orifice herniaire peut y fixer le grand épiploon et donner lieu à la formation d'une corde épiploïque. (*The Lancet*, juin 1884, p. 1021.)

Injection d'une solution de sublimé dans un cas de rétention d'urine de cause prostatique, par W. Roberston. — Plusieurs articles ayant récemment paru sur la valeur de certains agents employés en injection dans la vessie, l'auteur rapporte brièvement le cas suivant, qui sert à démontrer les avantages de la solution de sublimé au titre de 1 pour 1000. Le malade dont il s'agit, âgé de soixante et onze ans, avait subi déjà, quatorze mois auparavant, une ponction sus-pubienne pour une première attqaue de rétention; lorsqu'il fut vu par M. Roberston, sa vessie était de nouveau énormément dilatée; entre les autres symptômes de la rétention d'origine prostatique, il avait encore de la fièvre. Au moyen du cathétérisme, on donna issue à huit ou neuf onces d'urine décomposée, qu'on remplaça en partie par trois onces de la solution de sublimé chaude, qu'on laissa dans la vessie trois ou quatre minutes. La nuit suivante, la miction fut bien moins impérieuse, le lendemain les urines avaient repris plus de limpidité et avaient bien moins d'odeur. Peu à peu l'amélioration fut complète, aussi bien au point de vue de la qualité des urines que de leur émission. (*The British medical Journal*, 17 mai 1884, p. 949.)

Sur les fibromes récurrents du cou et leur relatio avec les arcs branchiaux, par M. Henry Freeman. — L'observation suivante est le point de départ de ce travail. Un laboureur fut admis le 1er mars 1883 à Bath United Hospital, il portait depuis six mois une tumeur sur le côté gauche du cou, au-dessous de la mâchoire inférieure. Cette tumeur était dure, arrondie, mobile, du volume d'un œuf de poule, située au niveau du corps de l'os hyoïde. On l'enleva sans difficulté, et le malade guérit très vite. En août 1883, huit mois après la première opération, le malade revint avec une récidive de sa tumeur, qu'on enleva avec autant de facilité et de succès que la première fois. A l'œil nu la tumeur avait l'aspect fibroïde; au microscope M. Terry constata qu'elle était constituée par des faisceaux ondulés de tissu fibreux jaune, avec de petites cellules fusiformes; nul doute qu'il ne s'agisse d'un sarcome à petites cellules, tumeur essentiellement maligne et qui récidivera encore très vraisemblablement. L'auteur insiste sur la pathogénie de ces tumeurs et leur relation avec les fentes branchiales. Suivant lui, c'est le tissu embryonnaire que l'on trouve dans cette région au niveau des fentes branchiales, qui devient le point de départ de ces néoplasmes. Ainsi s'appliquent à la pathologie les données embryologiques résultant des travaux de Rathke, Hannius, Balfour, etc. (*The British medical Journal*, juin 1884, p. 1083.)

Travaux à consulter.

Transmission du typhus exanthématique, par M. Brussilowski. — L'auteur a vu dans une ferme des environs d'Odessa une petite épidémie de maison (quatre cas) qu'il attribue à ce qu'on avait déplacé et transporté dans les champs un fumier à côté de la maison. A proximité, une femme tomba malade : elle avait reçu son lait de la ferme en question. (*Wratsch*, n° 2, 1884.)

De la suture nerveuse, par M. Johnson. — Expériences sur les animaux. Dans les cas de section simple suivie de suture, la motilité est rétablie, chez le chien, au trente et unième jour; chez le lapin, au quarantième, et chez la poule, au vingt-cinquième. La sensibilité n'a reparu dans aucun cas. Dans les expériences de transplantation, le rétablissement des fonctions du nerf se fait avec plus de difficulté, cependant l'opération peut avoir son utilité. (*Nord. medic. Arkiv*, t. XIV, n° 27.)

La bactérie de la morve, par M. Monastvrski. — L'auteur est partisan des doctrines de Nægeli. Dans un cas de morve chronique, il trouva dans le sang, non seulement des bactéries, mais des micrococcus, puis des filaments porteurs de spores. — On sait que, dans les idées régnantes, ces mélanges de microbes tiennent à des impuretés et non à des transformations d'un même organisme. (*St.-Petersb. med. Woch.*, 1884, n° 19.)

Des arthrites blennorrhagiques, par M. Kammerer. — Deux cas bien observés à la clinique de Fribourg. Dans les deux, le contenu de l'articulation était louche et contenait des globules de pus : dans l'un, on voyait distinctement des microbes semblables à ceux que Neisser considère comme pathognomoniques de la blennorrhagie. Au bout de dix-huit jours on dut pratiquer l'incision : le liquide ne contenait plus de microbes. — Pétrone avait trouvé deux fois dans des arthrites de ce genre des coccus spécifiques; l'exsudat avait de trois à cinq jours. D'après l'auteur, les nombreux résultats négatifs des auteurs s'expliquent parce qu'ils ont examiné des cas trop anciens. (*Cent. für Chirurgie*, 1884, n° 4.)

Diagnostic de la perforation intestinale, par M. Miljanitsch. — Dans la fièvre typhoïde, cet accident est souvent confondu avec la péritonite spontanée. Quelques-uns ont essayé de reconnaître, par l'auscultation, l'existence de la perforation, et trois cas ont été publiés. En voici un quatrième, observé à la clinique de Gerhardt. A la fin de chaque inspiration, l'oreille appliquée sur l'abdomen percevait « un bruit de râle à grosses bulles métallique et d'une tonalité fort élevée ». (*Thèse de Wurzbourg*, 1884.)

EXCISION D'UN CHANCRE INDURÉ DOUZE HEURES APRÈS SON APPARITION, par M. RASORI. — Un avocat de vingt-huit ans vint prier l'auteur d'examiner une femme avec laquelle il avait eu des rapprochements deux jours auparavant, et qui lui semblait suspecte. Cette femme présentait, en effet, des symptômes bien nets de syphilis. Mis sur ses gardes, l'avocat se surveillait avec le plus grand soin; il ne vit rien de suspect pendant vingt-sept jours. Le matin du vingt-huitième, il aperçut près du frein une petite tache d'un rouge violacé, légèrement élevée au-dessus de la muqueuse. Rasori pratiqua l'excision; la plaie guérit en vingt-cinq jours, laissant une cicatrice indurée. La roséole apparut au bout de quarante-huit jours. (*Giorn. ital. delle malatt. ven.*, 1884.)

DE LA NATURE DE L'AGENT TOXIQUE DES POISSONS, par M. WYSSOKOWITSCH. — Chez un malade mort en vingt-quatre heures à la suite de l'absorption de poisson décomposé, on trouva dans l'estomac et dans l'intestin (vingt-quatre heures après la mort) une grande quantité de microbes identiques aux vibrions septiques de Pasteur. En même temps, les muqueuses des voies digestives présentaient les traces d'une hémorrhagie interstitielle récente. L'auteur n'hésite pas à mettre en rapport les lésions générales et locales avec les bactéries, d'autant qu'il a vainement cherché les mêmes vibrions septiques dans cent autres intestins. — Observation à retenir : l'empoisonnement, en pareil cas, était plutôt attribué aux ptomaïnes. (*St.-Petersb. med. Woch.*, 1884, n° 20.)

EMPOISONNEMENT PAR LES POISSONS, par M. SCHREIBER. — Six cas dans une même famille. Symptômes cérébraux graves, difficulté singulière de la déglutition, dyspnée, etc. Longue durée de l'affection. Un décès. L'autopsie ne révéla rien de spécial.

L'auteur fait ressortir l'identité de cette intoxication avec le botulisme (empoisonnement par la charcuterie). Il admet sans hésiter l'action des ptomaïnes. (*Berl. klin. Woch.*, 1884, n°s 11 et 12.)

UNE ZOONOSE PARASITAIRE TRÈS RÉPANDUE, par M. WOLFF. — Cette affection exerce d'énormes ravages chez les perroquets gris transportés en Europe des côtes de l'Afrique. Ces oiseaux vivent à bord des bateaux dans des conditions déplorables. Ils présentent les signes d'une fièvre grave, et meurent dans une sorte de coma convulsif. A l'autopsie, on constate de la broncho-pneumonie, et dans le foie, la rate et les reins, des nodules miliaires blanchâtres. Ces nodules sont constitués par des amas parasitaires d'un micrococcus que l'on retrouve d'ailleurs dans les vaisseaux, où ils produisent de notables thrombus. Travail fort intéressant. (*Archiv für path. Anat. und Phys*, t. XCII.)

UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE CULTURE DES BACILLES DE LA TUBERCULOSE, par M. BAUMGARTEN. — Il suffit d'employer comme milieu de culture la chambre antérieure de l'œil d'un lapin vivant, et de transplanter successivement d'un lapin à l'autre au bout de périodes de six à huit jours. Le procédé est simple et infaillible, d'après l'auteur. D'aucuns le trouveront un peu coûteux et passablement bizarre. (*Centralblatt für die med. Wiss.*, 1884, n° 22.)

DE L'EMPLOI DU SUBLIMÉ POUR L'IRRIGATION PERMANENTE, par M. FREUDENBERG. — La solution employée varie de 1 à 2 pour 10 000. Procédé chaudement recommandé : deux faits à l'appui. (*Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 22.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité des déviations utérines, par M. le docteur B. S. SCHULTZE, professeur de gynécologie à l'Université d'Iéna. Traduit de l'allemand par M. le docteur F. J. HERGOTT, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Nancy. 1 vol. in-8° de 475 pages, avec 120 figures. — O. Doin. Paris, 1884.

Si l'étude de la gynécologie a pris, depuis un quart de siècle, une importance particulière bien justifiée, il faut cependant reconnaître que la question des déviations utérines est celle qui, peut-être, a fait les progrès les moins sensibles, et à laquelle les efforts persévérants des gynécologues ont fourni la solution thérapeutique la moins complète. On doit, dit le professeur Hergott, attribuer un semblable résultat à deux causes : l'incertitude de la base de la doctrine, l'absence d'une détermination exacte de la situation normale de l'utérus et des mouvements qu'il peut exécuter normalement pendant les fonctions d'excrétion des réservoirs intestinal et urinaire, enfin l'absence d'un moyen précis et exact de constatation des déviations pathologiques.

Ce sont précisément ces lacunes regrettables que vient combler, au moins en partie, le livre intéressant à plus d'un titre du professeur d'Iéna, dont les vues sont aujourd'hui presque universellement adoptées en Allemagne.

Le *Traité des déviations utérines* comprend deux parties principales; la première consacrée à la pathologie générale, renferme les chapitres relatifs à l'anatomie normale de l'utérus; la seconde comprend la pathologie spéciale.

La situation normale de l'utérus, la direction de son axe, et la variabilité physiologique de sa position suivant l'état de plénitude ou de vacuité de la vessie et du rectum, sont déterminées avec un soin tout particulier; comment, en effet, reconnaître une déviation pathologique si l'on n'a fixé tout d'abord sur des données certaines la situation de l'organe qu'il convient de considérer comme normale? Cette situation est, en grande partie, le résultat immédiat de la disposition des différents « moyens de fixation » de l'utérus : aponévrose pelvienne, replis péritonéaux, etc.; c'est, du reste, à ces ligaments que revient encore le principal rôle dans la plupart des déviations pathologiques. Il faut reconnaître que la situation utérine indiquée comme normale par le professeur Schultze, et déterminée soit par la palpation bimanuelle, soit par des procédés mécaniques assez compliqués, serait, à coup sûr, regardée en France par un grand nombre de gynécologues comme entachée d'un certain degré d'antéversion. Sur les schémas très nets joints au texte on peut, en effet, voir l'utérus *normal* occupant, lors de vacuité de la vessie, une situation exactement horizontale et faisant avec le vagin un angle à sinus antérieur très aigu.

Le redressement et la rétroposition, ou déplacement en totalité en arrière, par la réplétion de la vessie, sont du reste représentés d'une façon à peu près identique à celle qui est généralement admise.

Les déviations pathologiques de l'utérus peuvent se diviser en *déviations aiguës*, brusques, résultant d'une chute, d'un traumatisme, du développement rapide d'une tumeur dans le petit bassin, et en *déviations chroniques*, plus fréquentes, et produites par des causes multiples, parmi lesquelles les lésions des ligaments utérins, et en particulier des replis de Douglas, jouent un rôle prépondérant. C'est à cette dernière variété de déviations que s'attache surtout l'étude de l'auteur, car c'est à elle que doivent s'adresser tout spécialement les soins du gynécologue, c'est elle qui réclame une intervention thérapeutique particulière.

Il faut, d'ailleurs, distinguer avec soin deux grandes classes étiologiques, après avoir fait abstraction des déviations produites et entretenues par des tumeurs dont l'existence commande toute la thérapeutique, et cette distinction conduit immédiatement à des conséquences de première importance au point de vue du traitement; pour le professeur Schultze, la première classe renferme les déviations qui « *sont le résultat de fixations anormales de l'utérus* », la seconde, celles qui proviennent « *du relâchement de ses moyens de fixation normaux* ». Dans la première, les indications les plus nettes sont de combattre le processus inflammatoire, origine des adhérences anormales ou du raccourcissement des ligaments; dans la seconde, au contraire, si la tonicité de ces replis ne peut être rétablie, de recourir à la prothèse, aux moyens mécaniques.

C'est ainsi que les déviations en avant, antéversion et antéflexion, qui résultent, dans la plupart des cas, d'une paramétrite postérieure avec raccourcissement consécutif des

replis de Douglas, ne sont que rarement justiciables des moyens mécaniques de redressement : les divers instruments inventés pour y remédier sont, d'ailleurs, d'un emploi difficile dans cette variété de déviations.

Dans les déplacements en arrière, au contraire, dont la cause presque constante réside dans le relâchement des replis de Douglas, permettant au col de se porter en bas et en avant, tandis que la vessie refoule le fond de l'utérus, au moment où elle acquiert un certain degré de distension, dans ces déviations postérieures la contention mécanique du viscère, préalablement replacé en situation normale, donne des résultats excellents et fournit des succès à peu près certains.

Cette opération n'a, dans ses indications générales, rien de bien particulièrement intéressant, et elle est entrée dans la pratique courante, mais le procédé que préconise le professeur d'Iéna attire tout d'abord l'attention, et peut-être même la critique, sur deux points spéciaux nettement mis en lumière : la reposition bimanuelle et la rupture des adhérences.

Nous ne voulons nullement contester les assertions de l'auteur à l'égard de la facilité relative d'exécution qu'offre l'opération de la reposition utérine bimanuelle; mais peut-être faut-il tenir un certain compte de l'habileté spéciale du professeur Schultze, et aussi de la longueur de ses doigts, pour comprendre que l'on puisse aisément relever le corps de l'utérus en rétroflexion avec l'index et le médius introduits dans le cul-de-sac postérieur, de façon que l'autre main puisse aller, à travers la paroi abdominale déprimée, accrocher le fond de la matrice pour le ramener en avant derrière le pubis. Nous pensons, malgré tout, qu'avec l'hystéromètre, sagement manœuvré, ce redressement, cette reposition utérine, sera dans la majorité des cas plus facilement, plus sûrement obtenue.

Il nous semble, d'ailleurs, singulièrement hardi de préconiser, comme méthode générale, la rupture au moyen des doigts introduits dans le vagin ou dans le rectum, des adhérences fixant l'utérus dévié. Outre que cette opération paraît devoir offrir quelques difficultés, ne présente-t-elle pas bien des dangers? En France, la plupart des gynécologues sont portés à considérer l'existence de noyaux inflammatoires anciens, d'adhérences péritonéales enveloppant l'utérus, comme une contre-indication au redressement mécanique, ou tout au moins, comme une menace de péritonite grave, à la suite d'une manœuvre imprudente; aussi sommes-nous à bon droit surpris, au premier abord, par les conseils de Schultze, qui prétend, ainsi qu'Erich de Baltimore, n'avoir jamais eu d'accidents sérieux.

Signalons encore le pessaire inventé par l'auteur, dit pessaire en 8, et dont les malades retirent les plus grands avantages.

Bien d'autres points intéressants sont traités avec une grande autorité dans cet ouvrage, les latéro-versions, les torsions utérines, le prolapsus, l'inversion, l'hypertrophie sus et sous-vaginale du col, mais il nous est impossible de les analyser avec quelques détails, et d'ailleurs nous pensons avoir signalé les particularités les plus dignes d'attention qui donnent à l'œuvre de Schultze un cachet incontestable de personnalité. Ajoutons enfin que le style lui-même du traducteur conserve à ce livre une saveur tudesque rappelant l'idiome dans lequel est écrit l'original.

Nous sommes convaincu que le *Traité des déviations utérines* sera accueilli avec empressement par le public médical, et que l'intérêt que nous avons pris à sa lecture sera partagé par tous ceux que préoccupent plus ou moins directement les questions gynécologiques.

André Petit.

Manuel d'histologie pathologique, par MM. Cornil et Ranvier. 2e édition, tome II, 1er fascicule. In-8° de 360 pages et 125 figures. — Paris, Germer-Baillière.

Nous avons signalé cette nouvelle édition d'un livre dont le succès a été consacré à bon droit, et nous avons montré les progrès accomplis dans le premier volume (*Gazette hebdomadaire*, p. 124, 1881). Nous nous bornons aujourd'hui à rappeler la continuation de cette publication parce que nous avons l'espoir que, prochainement, nous pourrons signaler l'apparition du complément du tome II, et en faire l'étude détaillée que mérite un ouvrage dont la valeur est incontestée.

Ce fascicule comprend l'histologie pathologique et des notions d'histologie normale de l'appareil respiratoire, maladies du larynx, du poumon, de la plèvre, puis les maladies de l'appareil digestif : bouche, amygdales, glandes salivaires, pharynx et œsophage, estomac, intestins, avec les notions d'histologie normale correspondantes, résumées avec la précision et la netteté auxquelles les deux professeurs nous ont habitués dans leur enseignement.

Index bibliographique.

Le lendemain du mariage. Étude d'hygiène, par le docteur A. Coriveaud (de Blaye). Paris, 1884. J.-B. Baillière. — Malgré son titre, qui pourrait peut-être prêter à des interprétations diverses, ce livre doit être considéré comme une sérieuse étude d'hygiène. Bien connu par des articles de critique et par des ouvrages de vulgarisation très appréciés, le docteur Coriveaud a voulu, comme il le dit en sa préface, guider les jeunes mariées dans la vie nouvelle où elles s'engagent. Et, si nous exceptons de son nouveau travail quelques chapitres qui n'ont qu'un intérêt historique ou mondain, nous reconnaissons volontiers qu'il a réussi à leur donner d'excellents conseils. Nous approuvons donc sans restriction ce qu'il dit de l'hygiène de la jeune mère, des soins à donner au premier né, du rôle des parents et du médecin quand un jeune enfant est malade. En particulier, les chapitres consacrés à l'allaitement sont non seulement très précis, mais encore pleins de conseils utiles à suivre. Il en est de même de ce qui concerne l'évolution dentaire et les accidents dus à la dentition. Parmi les autres chapitres, il en est de moins utiles, mais il n'en est pas un seul qui ne puisse être lu avec intérêt. Riche en citations qui prouvent combien ont été fructueuses pour son esprit si cultivé les lectures de l'auteur, *honnêtement* pensé et très bien écrit, ce petit livre mérite donc de prendre place à côté de tous les ouvrages qui ont pour but d'apprendre aux gens du monde à diriger leur vie conformément aux règles de l'hygiène.

De l'hydrothérapie dans la broncho-pneumonie des enfants, par le docteur Pierre Lacour, ancien interne des hôpitaux de Lyon. Thèse de Paris, 1884. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — Après avoir étudié les indications principales du traitement de la broncho-pneumonie chez l'enfant, l'auteur établit que l'emploi de l'hydrothérapie répond, dans ce cas, au but thérapeutique que l'on se propose d'atteindre. C'est ainsi que les divers procédés de l'hydiatrie, et en particulier le bain tiède ou le drap mouillé, permettent d'obtenir des mouvements respiratoires puissants, capables de désobstruer les bronches, de chasser les mucosités et de rendre au poumon sa perméabilité. L'emploi de ces moyens présente d'ailleurs sur les vomitifs l'avantage de ne pas déprimer les forces des petits malades. Tout au contraire, ils agissent comme stimulants pour relever l'état général et réveiller les fonctions digestives; on remarque, en effet, que pendant la période de calme consécutive au bain ou à l'application du maillot humide, les enfants acceptent plus volontiers la nourriture. L'hydrothérapie remplit encore une indication d'importance majeure en abaissant la température, et l'expérience prouve que l'emploi fréquent et réitéré du drap mouillé est tout-puissant en semblable circonstance. Le traitement hydrothérapique n'est plus indiqué dans les dernières périodes de l'affection, alors que l'état

général est très mauvais, que l'enfant, plongé dans la torpeur, offre un teint plombé et de la cyanose des extrémités, en dépit de l'élévation de la température centrale. La thèse du docteur Lacour renferme de nombreuses observations avec tracés thermiques, sur lesquelles sont basées les conclusions formulées à la fin de cet intéressant travail.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LA TUBERCULOSE EXTERNE, par le docteur Lucien PETITOT. Thèse de Paris, 1884. G. Masson. — Dans un premier chapitre, le docteur Petitot trace les grandes lignes de l'évolution du processus tuberculeux, et traite d'une façon succincte la théorie de la nature parasitaire de la tuberculose, et la possibilité de la migration du parasite. Les chapitres suivants sont consacrés à l'étude de la question chirurgicale et à la discussion de l'intervention opératoire chez les sujets atteints de tuberculose externe. Toute intervention, pour l'auteur, est contre-indiquée par la grande intensité, et surtout l'acuité des lésions pulmonaires; de même, il juge inutile d'intervenir lorsque la lésion externe est bien limitée et d'un petit volume, lorsque son évolution est lente ou stationnaire : la guérison peut, en effet, survenir spontanément, alors même que le malade est atteint de tuberculose pulmonaire. Dans tous les autres cas, l'intervention chirurgicale est formellement indiquée, et c'est, suivant la gravité et l'étendue des lésions, soit au curage et au grattage, soit à l'évidement osseux, soit encore à la résection ou à l'amputation des parties malades, qu'il faudra recourir. L'opération doit, du reste, atteindre toute l'étendue de la lésion, car les cas de récidives peuvent être constamment mis sur le compte de l'insuffisance de l'intervention opératoire. Le traitement chirurgical n'a évidemment pour but que de détruire une manifestation locale; il est bien certain qu'il ne peut prétendre enrayer la marche de la tuberculose pulmonaire. Il a pour effet de supprimer un foyer de germes infectieux, et de mettre le malade en état de mieux résister à l'évolution des tubercules déjà existants dans le poumon.

VARIÉTÉS

STATUE DE J.-B. DUMAS. — *Avis.* — Une souscription publique est ouverte en France pour l'érection d'une statue A LA MÉMOIRE DE J.-B. DUMAS. La Faculté de médecine, à laquelle appartenait notre illustre maître, et dans laquelle son enseignement a brillé d'un éclat incomparable, tiendra à honneur de s'associer à ce témoignage de reconnaissance nationale. MM. les professeurs, agrégés, étudiants et fonctionnaires sont prévenus qu'un registre de souscription est déposé au Secrétariat (bureau de la comptabilité). On souscrit tous les jours de midi à quatre heures.

Le doyen de la Faculté : J. BÉCLARD,
Membre du Comité chargé de recueillir les souscriptions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décret en date du 12 juin 1884, M. Le Fort, professeur à la Faculté de médecine de Paris (opérations et appareils), est transféré dans la chaire de clinique chirurgicale à la même Faculté.

BUREAU CENTRAL. — Les candidats inscrits pour le concours qui doit s'ouvrir le jeudi 19 juin 1884 pour deux places de chirurgien du Bureau central sont au nombre de dix-sept. Ce sont : MM. les docteurs Bazy, Brun, Campenon, Castex, Garnier, Jalaguier, Jarjavay, Jullien, Labbé, Marchand, Nepveu, Petit-Vendol, Piequé, Ramonède, Redard, Rémy et Routier. Le jury, tiré au sort, se composera, sauf modifications, de MM. A. Guérin, Polaillon, Gosselin, Nicaise, Delens, Després, Périer, Lecorché et Ball.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — L'Assistance publique vient d'hériter d'une somme de plus de deux millions qui lui a été laissée par feu Mme la baronne Alquier. D'après le désir de la testatrice, cette somme devra être consacrée à la création d'un nouvel hospice pour les indigents de Paris.

BERCK-SUR-MER. — Le jury du concours pour la nomination à une place d'interne en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer se composera de MM. les docteurs Cadet de Gassicourt, Moizard et Richelot. Les candidats sont au nombre de huit : MM. Ircovescou, Gautier, Mation, Garnier, Revertégat, Regnault, Palach et Le Clerc.

COMITÉ D'HYGIÈNE. — M. le professeur Brouardel est nommé président du comité consultatif d'hygiène.

LABORATOIRES DÉPARTEMENTAUX ET MUNICIPAUX. — M. Berthelot, membre de l'Institut, a été nommé président du comité consultatif des laboratoires municipaux et départementaux, en remplacement de M. Würtz, décédé.

ÉPIDÉMIE. — La *Gazette de l'Allemagne du Nord* publie des renseignements de Téhéran desquels il résulte qu'il règne près de Bagdad, sur la rive droite du Tigre, une maladie épidémique qui dure très peu de temps et est mortelle. On croit qu'il s'agit de la peste à bubons, dont l'existence a été longtemps cachée par le gouvernement turc. Le gouvernement persan a interdit les pèlerinages à Kerbela et a pris des mesures de précaution à la frontière. On dit que la Turquie vient aussi d'ordonner une quarantaine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Morat, professeur de physiologie à la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Lille, est nommé professeur de physiologie à la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Lyon.

— M. Teissier, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie interne à la même Faculté.

LÉGION D'HONNEUR. — Ont été nommés :
Au grade d'officier : M. Gentil (Paul-Henri-Joseph), médecin-major de 1re classe.
Au grade de chevalier : MM. Baudot (Jean-Claude-Camille), médecin-major de 2e classe; le docteur Bécoulet, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Dôle.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Benicy (à Guignes); Rabutin (Seine-et-Marne); Bigaud (à Vesoul, Haute-Saône); Pouillet (à Lille, Nord); Vivant (à Beaufort, Jura).

— Nous recevons la nouvelle de la mort du docteur Laurent, ancien interne des hôpitaux, décédé à Altkirch (Alsace), le 14 juin, après une longue maladie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 27 juin). — *Ordre du jour :* M. Tenneson : Note sur le traitement local de la métrite chronique; présentation d'un instrument (porte-ouate utérin). — M. Dujardin-Beaumetz : Sur les faux cancers de l'estomac. — M. Du Castel : Méningite tuberculeuse du lobule paracentral (présentation de pièce anatomique). — M. Vallin : Rapport au nom de la commission nommée pour la prophylaxie de la tuberculose.

MORTALITÉ A PARIS (24e semaine, du 6 au 12 juin 1884). — Fièvre typhoïde, 23. — Variole, 2. — Rougeole, 34. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 46. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 11. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 40. — Phthisie pulmonaire, 178. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 48. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 58. — Bronchite aiguë, 21. — Pneumonie, 55. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 45; au sein et mixte, 20; inconnu, 5. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 88; de l'appareil circulatoire, 76; de l'appareil respiratoire, 65; de l'appareil digestif, 48; de l'appareil génito-urinaire, 18; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 7. — Morts violentes, 27. — Causes non classées, 3. — Total : 956.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE
L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 26 juin 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DES SUTURES DE L'UTÉRUS PENDANT L'OPÉRATION CÉSARIENNE. — DU CONVALLARIA MAÏALIS ET DE LA CONVALLAMARINE.

Académie de médecine.

Les déclarations si rassurantes et en termes si convaincus que M. Fauvel a faites successivement devant le Conseil d'hygiène et devant l'Académie de médecine paraissent recevoir, à un certain degré, confirmation. Ce ne serait pas une grande épidémie qui menacerait la France après Toulon, ce serait une poussée de choléra qui viendrait de se produire dans une localité exposée à de fâcheuses influences hygiéniques. Suivant M. Fauvel, la source en serait principalement dans le mauvais état de la vieille darse et dans les conditions — déplorables, a-t-il dit, — d'un casernement de vingt-cinq mille hommes. C'est une question réservée. La panique qui s'est emparée des habitants, qui a gagné en un instant l'Europe entière et a provoqué l'établissement de mesures sanitaires dans ses principaux ports ou sur ses frontières de terre, était, il faut le dire, assez légitimée par le caractère foudroyant d'un certain nombre de cas de la terrible maladie; mais le criterium de la gravité du mal en tant qu'épidémique, la base des conjectures permises sur sa marche future est moins la violence des cas particuliers que celle de la propagation du fléau. Or, dès les troisième et quatrième jours, il y eut lieu, sous ce rapport, de se rassurer un peu, et aujourd'hui on peut penser que le mal s'éteindra sur place et assez rapidement. Nous enregistrons, du reste, aux *Variétés* les détails reçus de Toulon jusqu'à aujourd'hui jeudi, et qui sembleront peut-être moins favorables qu'on l'espérait.

Un fait important dans la circonstance, c'est que les vaisseaux en rade de Toulon étaient tous arrivés avec patente nette et n'avaient pas eu de malades à bord. Il est vrai que, dans la supposition où l'un ou plusieurs d'entre eux auraient embarqué, dans les ports de la mer Rouge ou du canal, des objets contaminés, le temps nécessaire pour la traversée du canal à Toulon aurait pu ne pas suffire à la transmission et

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Les Universités italiennes et la loi Bacelli. — Centralisation et autonomie. — L'État et l'enseignement supérieur. — L'Université de Bari. — Prophylaxie du charlatanisme. Répression pénale de la réclame. — Les doctrines médicales régnantes en Italie il y a quarante ans. — Comment on compose à Rome une commission chargée d'examiner les projets de construction d'un hôpital. — Congrès des hygiénistes. Congrès des chirurgiens à Turin. — Un prix pour une biographie de Puccinotti.

La loi sur l'instruction supérieure proposée à la Chambre des députés d'Italie l'année dernière, et qu'on appelle dès maintenant la loi Bacelli, consacrera, si jamais elle est mise en vigueur, un principe oublié chez nous depuis bientôt un siècle. Avant la Révolution les Universités possédaient une autonomie véritable; c'étaient autant de petites républiques ayant leurs ressources, leurs privilèges, leur code disciplinaire. Le législateur de 1808 n'eut aucune réminiscence de cet état de choses; l'enseignement devint un service d'État, l'Université un département ministériel; dans de pareilles conditions, les mots franchises, autonomie, privilège, perdaient complètement leur sens; les établissements d'enseignement supérieur furent de simples écoles professionnelles entretenues aux frais de l'État; c'est lui qui établissait leurs programmes, choisissait leurs maîtres, réglait la discipline. Ce régime était d'accord avec les conceptions administratives de l'Empire et répondait merveilleusement à son besoin de centralisation à outrance. Les lois et décrets qui se sont succédé depuis lors n'ont modifié que très faiblement les choses. Les conditions dans lesquelles a vécu l'Italie n'ont pas permis l'application universelle et intégrale de ce système. Les fluctuations politiques ont eu leur retentissement dans les cercles universitaires; tantôt l'influence française a dominé, tantôt l'influence allemande a repris le dessus. Dans

au développement des germes transmis. M. L. Colin a insisté sur cette différence dans la durée de l'immunité, suivant que la contagion se fait par les individus ou par les hardes et autres objets. Le marin qui a succombé appartenait à un bâtiment-caserne des équipages de la flotte. Mais alors les premiers cas se seraient montrés sur les hommes des navires, et c'est précisément ce qui n'a pas eu lieu. A la rigueur encore, les germes auraient pu entrer par Marseille et ne se développer qu'à Toulon; mais rien n'est venu à l'appui de cette supposition; Marseille est resté indemne après l'invasion de Toulon. L'est-il encore en ce moment? Est-ce un cas de choléra nostras qu'on y vient de signaler? Il faut attendre les rapports.

Nous comptons, du reste, revenir sur ce grave sujet.

Des sutures de l'utérus pendant l'opération césarienne.

(Suite. — Voyez le numéro 25.)

II

Nous avons insisté sur la cause de la gravité du pronostic de l'opération césarienne. Elle est due à la présence dans la cavité péritonéale des lochies et du sang provenant d'hémorrhagie secondaire et aux modifications qu'ils subissent sous l'influence de l'air extérieur, qu'il arrive par la voie utéro-vaginale ou par la plaie abdominale, restée ouverte. La péritonite et la septicémie en sont la conséquence. Il y a bien plus lieu de s'étonner des succès que des insuccès consécutifs à des conditions aussi défectueuses. La guérison n'a pu être obtenue dans les cas où on a laissé la cavité utérine communiquer avec la cavité péritonéale que grâce à la formation rapide de fausses membranes qui ont agglutiné l'intestin ou les parois abdominales contre la plaie béante résultant de l'ouverture de l'utérus. La nature s'est chargée dans ces cas de la fermeture de l'incision utérine, négligée par les opérateurs. Ce n'est donc que consécutivement à une péritonite circonscrite avec tous ses dangers qu'a pu être obtenue une guérison auparavant fort problématique. Est-il donc possible d'obtenir une fermeture efficace de l'ouverture utérine? Nous le croyons et nous nous proposons d'étudier les procédés de sutures utérines qui ont été préconisés dans ce but. Cette opinion est loin d'être partagée par tous les accoucheurs; aussi se sont-ils souvent efforcés de frayer à l'extérieur une voie suffisamment ouverte pour l'écoulement du pus et accessible aux lavages. Ils ont poursuivi deux indications: la première est d'établir un drainage efficace par diverses voies en laissant béante et sans sutures la plaie utérine; la seconde consiste à suturer exactement les bords correspondants des plaies utérine et abdominale, bord droit de l'utérus avec le droit de l'abdomen, bord gauche de l'utérus avec le gauche de l'abdomen: c'est une variété de sutures utéro-abdominales.

Dans la première catégorie de ces procédés, on renonce à toute tentative pour empêcher la communication de la cavité utérine et de la cavité péritonéale; dans la seconde, on s'efforce d'empêcher cette communication tout en abouchant largement la cavité utérine avec l'extérieur par la paroi abdominale.

1° Les procédés de drainage varient quant aux drains employés, quant à la direction qu'on leur a donnée.

Nous rapprochons des drains non seulement les différents tubes en caoutchouc désignés sous ce nom, mais encore les mèches, tampons de charpie, tubes de métal ou de verre qui répondent à la même indication. Ils sont bien connus en chirurgie, et la supériorité des drains sur les mèches, bourdonnets de charpie est bien établie. L'expérience n'a pas encore tranché l'appréciation de la valeur des tubes de verre. Nous ne voulons pas d'ailleurs nous attarder à cette question.

On a donné aux drains les directions les plus multiples, on les a placés à travers le col utérin dans la cavité vaginale: *drainage utéro-vaginal;* à travers la plaie abdominale, ordinairement à son angle inférieur: *drainage abdomino-péritonéal;* à travers la paroi abdominale et l'utérus vers le vagin: *drainage abdomino-utéro-vaginal;* à travers le cul-de-sac péritonéal antérieur et postérieur: *drainage périto-néo-vaginal antérieur et postérieur.* Ces procédés entrent pour la plupart dans les plus anciens et les plus primitifs, nous pouvons bien dire les plus défectueux.

Nous accorderons une mention spéciale au procédé ingénieux qui a été conseillé par Cohnstein (*Zur sectio Cæsarea, Centralblatt für Gynækologie*, 1881, p. 289). Il consiste à faire l'incision de l'utérus non pas sur la paroi antérieure, mais en arrière, et à établir le drainage péritonéo-vaginal postérieur. L'auteur attribue à son procédé les avantages suivants:

L'oblitération de la plaie utérine serait mieux obtenue par l'application plus facile des anses intestinales; en cas d'hémorrhagie on pourrait faire la compression de l'aorte; les hémorrhagies secondaires seraient évitées parce que grâce

---

un voyage fait dans le royaume d'Italie, en 1811, le médecin prussien Loder constatait que les Facultés de Padoue, Bologne et Pavie étaient en pleine prospérité, mais qu'elles tendaient chaque jour à se rapprocher des institutions françaises de même ordre. Depuis l'unité la centralisation avait prédominé; la loi Bacelli est destinée à l'abolir. « Elle tend, dit le docteur D. Franco, à faire de l'Université un être à part, débarrassé de la tutelle de l'Etat, ayant une personnalité indépendante dans les sphères didactique, administrative et disciplinaire; une autonomie limitée seulement par les lois qui protègent l'ordre social et la liberté des citoyens. Cette loi abolit la nomination des dignitaires par l'Etat et laisse à chaque grand établissement le droit de se développer sans que l'autorité supérieure puisse imposer quoi que ce soit; il peut augmenter ou diminuer les Facultés selon ses forces. L'Etat ne fera plus d'examens spéciaux, mais seulement deux examens généraux, l'un pour reconnaître la capacité scientifique, l'autre pour la capacité pratique. Le projet, conforme aux vœux de la plupart des députés, a été accueilli par l'ordre du jour suivant: « La Chambre, considérant que le projet de loi qui lui est soumis est inspiré par les principes de liberté, d'autonomie et de décentralisation, passe à la discussion des articles. »

Cette opinion est celle de beaucoup de gens qui ont pu voir de près les défauts du système antérieur. « On ne peut pas déclarer, dit M. le professeur Errico de Renzi, que nos Universités jouissaient déjà de la liberté didactique. Un vétéran comme moi, qui compte cinq ans d'enseignement particulier et dix-sept ans d'enseignement officiel, peut affirmer sans crainte d'être démenti qu'elles n'en avaient que l'apparence. La peur des examens obligeait souvent les étudiants à suivre le cours d'un professeur qu'ils n'estimaient pas, et l'empêchaient d'assister à ceux d'un maître libre, plus brillant et plus instruit que le premier. Ce qu'il y a de pis, c'est que souvent, pour gagner les sympathies d'un juge, ils

à l'antéversion normale de l'utérus, la stase sanguine est moins à craindre (?); l'hémostasie y sera d'ailleurs mieux obtenue grâce à la richesse plus grande des fibres musculaires de l'utérus (?). Ces avantages ne sont nullement démontrés et sont compensés par des inconvénients manifestes.

L'oblitération de la communication de la cavité utérine et de la séreuse péritonéale constitue une indication pressante. Toute opération qui ne l'obtiendra pas d'une façon efficace, sera inférieure à l'opération de Porro.

2° Les sutures utéro-abdominales ont été conseillées pour la première fois par Pilore (*Courrier médical*, 31 décembre 1854). Il proposait d'établir une suture entortillée, unissant les deux bords de l'incision abdominale dans les deux tiers supérieurs et de ne laisser ouvert que le tiers inférieur. On devait alors faire une suture entrecoupée du bord droit de la plaie utérine avec le bord droit de la plaie abdominale et de même pour le côté gauche. Ce procédé n'a jamais été exécuté sur le vivant. Lestocquoy (Dusart, *De la suture viscéro-pariétale*, thèse de Paris, 1867) propose de suturer les bords droits de la plaie utérine et de la plaie abdominale dans toute leur étendue et de même pour le côté gauche. Le procédé de Lestocquoy a été exécuté une fois avec succès. Braxton Hicks (*Obst. Trans.*, London, 1870, vol. XI, p. 99) propose une suture utéro-abdominale bien moins bonne que ces auteurs. La femme qu'il opéra succomba.

Si la plaie abdominale est plus grande que la plaie utérine, le procédé de Lestocquoy doit céder le pas au procédé de Pilore, et force est bien de suturer la plaie abdominale dans la partie où elle dépasse la plaie utérine. Ces sutures sont ingénieuses, elles répondent à une des conditions qui s'imposent dans les cas de suture des plaies de la vessie et de l'intestin, c'est-à-dire qu'elles tiennent compte de l'adossement de la séreuse péritonéale à elle-même. Or l'agglutinement facile des surfaces péritonéales mises au contact et la facilité de la production des adhérences dans ces cas sont maintenant bien connues. Il y aura une très grande importance de ne point perdre de vue ce fait, lorsque nous discuterons la valeur des sutures utérines. C'est à ces auteurs qu'on doit surtout d'avoir bien mis en relief l'importance de cet adossement de la séreuse à elle-même dans l'opération césarienne. Mais, à côté de cet avantage, leurs procédés ont bien des inconvénients. L'utérus gravide ne doit pas conserver les dimensions qu'il a au moment de l'opération césarienne. Il revient sur lui-même, il involue, il diminue de volume. De plus il se contracte. Cette rétraction et cette contraction de l'utérus s'opposent bien certainement à l'affrontement exact et durable des bords correspondants de la plaie utérine et de la plaie abdominale, elles compromettent la solide tenue des sutures. La distension de la vessie est aussi gênée et doit d'ailleurs pour sa part contribuer aux inconvénients précédents. La guérison ne peut d'ailleurs se faire que par la production d'un tissu inodulaire de cicatrice qui tiendra l'utérus solidement fixé à la paroi abdominale.

Frank (*Beitrag zur Lehre von der Sectio Cœsarea. Centralblatt für Gynœk.*, n° 25, 1881, p. 593) a proposé un procédé de sutures bien plus compliquées. Il conseille de réunir le bord du ligament large d'un côté à celui du ligament large, de l'autre côté à la partie supérieure et plus bas, dans la partie où ces ligaments divergent, à la plaie abdominale de la façon suivante. En haut, la plaie abdominale serait réunie, elle ne resterait béante qu'à sa partie inférieure; c'est dans cette partie seulement que les bords libres des ligaments larges seraient unis aux lèvres correspondantes de la plaie abdominale. Les deux ligaments larges constitueraient ainsi une tente, dont les deux parois convergeraient en haut, s'ouvriraient en avant et en bas dans l'hiatus de la paroi abdominale. La cavité circonscrite entre les ligaments larges ainsi suturés ferait largement communiquer la cavité utérine avec l'extérieur. Elle pourrait être très facilement drainée, nettoyée, lavée par des injections antiseptiques. Mais on voit bien que cette cavité est ouverte en haut dans toute la distance qui sépare l'insertion des ligaments larges, en bas suivant le cul-de-sac utéro-vésical, au point où les ligaments larges divergent et permettent au ligament rond de s'introduire à travers l'orifice inguinal interne. Il pratique de plus des sutures de l'utérus à la partie supérieure de la plaie de cet organe et conseille vivement le drainage abdomino-utéro-vaginal et péritonéo-vaginal antérieur.

Cette opération compliquée ne répond donc pas à l'indication d'interrompre toute communication entre la cavité utérine et la cavité abdominale. Dans le seul cas où elle a été tentée, la femme a succombé.

Ces procédés de suture ne remplissent donc pas l'indication que nous considérons comme formelle de toute bonne opération césarienne, l'oblitération complète de la plaie résultant de l'incision utérine.

Porak.

(*A suivre.*)

étaient obligés d'étudier sur de vieux manuels renfermant autant d'erreurs que de mots...

» Pour les Napolitains la loi nouvelle aura un autre avantage; grâce à elle, le produit des inscriptions et des cours servira tout entier au bénéfice de l'enseignement; or l'Université de Naples compte plus de 4000 étudiants. Sans doute elle rencontrera de sérieux obstacles parce qu'on n'a pas raison du premier coup de préjugés invétérés; mais appuyée comme elle l'est sur des bases indiscutables, elle finira sûrement par en triompher. »

M. Franco ne partage pas tout à fait cet enthousiasme; sans doute le principe est excellent, il aura des résultats merveilleux, mais il y a des côtés vulnérables; cette loi est un retour vers les institutions du moyen âge, une transplantation des Universités germaniques dans un pays d'un caractère tout à fait différent de celui de l'Allemagne; elle laisse trop de latitude à l'arbitraire des ministres, puis il y a beaucoup à dire sur les détails; la liberté d'enseigner octroyée à tous laisse la porte grande ouverte au charlatanisme. L'auteur réprouve également le projet de fondation d'une Université à Bari proposé par une commission parlementaire : « Ceux qui y ont songé ont sûrement obéi à une mauvaise inspiration; nous n'avons pas à nous en occuper à Naples. On sait parfaitement, même à Bari, qui doit perdre à la concurrence, quand cette concurrence existe entre un grand et un petit établissement. Si jamais il vous vient à l'esprit de mettre près d'un arbre à végétation puissante une plante frêle et délicate, celle-ci n'aura qu'une vie précaire et misérable jusqu'à ce qu'elle succombe. »

— Le docteur Filippi propose dans une de ses intéressantes causeries du *Sperimentale* un procédé ingénieux et singulièrement original pour la répression de certaines réclames médicales qui s'étalent effrontément aux dernières pages des journaux politiques.

« Je mettrais dans notre Code professionnel, dit un

*

Du Convallaria maïalis et de la Convallamarine.

(Deuxième article.)

Le Convallaria, rappelant la digitale par ses propriétés pharmaco-dynamiques, devait nécessairement être étudié comme médicament cardiaque. La tradition nous éclairait du reste sur cette propriété spéciale, reconnue dès le seizième siècle.

Les médecins russes, qui venaient de s'assurer de ses puissants effets sur la circulation, le prescrivirent naturellement dans les affections du cœur.

Ici encore je retrouve les noms de Troitzky et Bogojawlenski au début des recherches cliniques, puis ceux de Botkin, l'éminent professeur de Saint-Pétersbourg, d'Alfayef, médecin militaire russe qui expérimenta le muguet du Caucase, Isaieff qui s'est servi de la convallamarine, Kalmykoff, Juk (de Kieff), Stiller (de Vienne), du professeur Sée, de Maragliano, du professeur Robinson (New-York), de Henry Ling Taylor, de Desplats (de Lille), Talamon, Bianchi, etc.

Tous s'accordent à vanter les mérites du *C. maïalis* et déclarent que c'est bien réellement un succédané de la digitale. Jusqu'à présent du reste l'accord reste presque unanime à quelques opposants près.

Les expériences physiologiques dont je viens de donner les principales conclusions me paraissent démontrer que le maïalis est un tonique du cœur, tout aussi bien qu'un tonique vasculaire.

Il est donc indiqué : 1° dans tous les cas où les contractions cardiaques sont troublées par défaut d'incitation nerveuse; 2° lorsqu'elles sont affaiblies, précipitées, irrégulières ; 3° quand enfin la tension vasculaire affaiblie ou défaillante a besoin d'être relevée.

Secondairement et dès que ces effets se sont produits, on peut espérer une action diurétique, s'il s'agit de cardiaques infiltrés ou d'hydropiques dont la circulation est défectueuse.

Enfin, peut-être pourra-t-on dans certains cas d'hyperthermie mettre à profit l'action spéciale du médicament sur la température qu'il abaisse, et l'expérimenter comme on l'a fait pour la digitale (Hirtz) dans les pyrexies et les phlegmasies avec température élevée.

Névroses cardiaques. — Quand il s'agit de troubles du cœur purement nerveux, sans lésions, se caractérisant par des palpitations et de la dyspnée, les préparations de *C. maïalis* agissent à merveille pour tonifier l'organe malade et lui rendre son fonctionnement normal.

Botkin va même jusqu'à considérer le muguet comme un véritable spécifique dans ces cas simples, supérieur même à la digitale.

Le professeur Sée en fait aussi un médicament puissant dans les palpitations paralytiques et les arythmies simples.

Enfin Bianchi le prescrit avec succès dans l'asthme cardiaque ou nerveux, l'unissant parfois à l'iodure de potassium qui renforce son action.

Maladies cardiaques avec lésions. — Ici les effets du maïalis sont ceux de la digitale, et ses indications ne diffèrent pas de celles qu'on a coutume d'attribuer à ce puissant médicament.

Généralement, toutefois, les auteurs n'ont pas choisi les cas; ils ont prescrit indistinctement les préparations de muguet à tous les sujets qui souffraient de troubles cardiaques, que ces troubles fussent sous la dépendance de lésions d'orifices : insuffisance et rétrécissement, ou bien qu'ils reconnussent pour origine la dilatation ou l'hypertrophie du cœur.

Le médicament a paru toujours merveilleusement supporté; il ne provoque pas de dégoût, de nausées, d'inappétence comme le font souvent les préparations de digitale; au contraire, d'après la remarque de Sée, il stimule plutôt l'appétit et facilite les garde-robes.

Quant à ses effets thérapeutiques, ce sont les suivants :

Il régularise les battements du cœur, fait disparaître les intermittences du pouls et les palpitations en très peu de temps et encore ces battements artériels à la tête, au cou et aux oreilles si pénibles pour certains malades; il rend la circulation meilleure dans les vaisseaux, plus régulière et facile, augmente l'énergie systolique, car les bruits du cœur sont mieux frappés, dissipe les stases sanguines dans les organes : foie, poumons, intestins, etc. C'est encore et surtout un modificateur de la respiration, qu'il rend plus facile et profonde.

Le professeur Sée le qualifie donc justement d'*eupnéique*, comparable sous ce rapport à l'iodure de potassium; et il conseille aussi comme très heureuse l'association des deux remèdes. Mais il n'a pas cependant sur la dyspnée l'effet remarquable de la morphine.

Secondairement le maïalis peut amener la diurèse chez les sujets infiltrés, quand il a fait disparaître le désordre circulatoire.

Je m'arrête un instant sur cette propriété diurétique du muguet admise par les uns, niée énergiquement par les

---

interlocuteur supposé, un article contre ceux qui se servent des feuilles publiques pour appeler la clientèle.

— Eh, mon cher ami, tu es vraiment trop naïf d'espérer avoir raison par ce moyen de pareilles impudences. Les menaces disciplinaires dénuées de sanction pénale sont simplement ridicules.

— Alors que ferais-tu ?

— Quelque chose de bien simple. J'enrichirais notre Code pénal d'une petite disposition comme celle-ci : « Sera puni de 1000 livres d'amende tout directeur d'un journal quotidien qui insère même une fois des avis relatifs à des procédés ou à des médicaments contre les maladies secrètes, la stérilité, etc., etc. » Tu verrais si nous frapperions juste.

— Par ma foi ton procédé me plaît. » Il est toutefois peu probable qu'il soit jamais mis en pratique en Italie ou ailleurs.

— Le 15 mai dernier, le professeur Gaetano Strambio a lu à l'Institut Royal lombard des sciences un éloge de son maître Giovanni Polli; l'étendue de ce travail ne nous permet pas d'en donner même une analyse dans une chronique; mais, avant d'aborder l'étude du personnage dont il veut retracer la physionomie scientifique, le professeur Strambio a donné un aperçu rapide et intéressant des doctrines dominant de l'autre côté des Alpes il y a quarante ans. « Lorsqu'en 1837, dit-il, G. Polli, alors âgé de vingt-cinq ans, fut nommé médecin et chirurgien de l'Université de Pavie, la médecine venait de secouer le joug des doctrines vitalistes ressuscitées chez nous avec le contro-stimulisme de Rasori et professées avec des modifications plus ou moins importantes dans les Ecoles de Parme et de Padoue par Tommasini et Giacomini.

» La vénérable Ecole hippocratique que Borsieri avait dirigée vers l'observation fine et l'induction scientifique n'existait plus; la méthode expérimentale apparaissait pourtant au-dessus des nuages vitalistes. Sans doute les erreurs pas-

autres, peut-être en raison de conditions expérimentales défectueuses, et qui, en réalité, est positive. Il n'existe pas à ma connaissance d'agent diurétique constant dans ses effets, et, si l'on exige cette constance d'action, il faut refuser ce titre même à la digitale et à la scille. Est-ce que le sulfate de quinine guérit à coup sûr la fièvre intermittente? Nul cependant ne lui refuse la qualité de fébrifuge.

On aurait donc tort à mon avis de nier l'effet diurétique du muguet. Signalée autrefois, retrouvée dans ces derniers temps, cette propriété est physiologiquement probable, et bon nombre de médecins la signalent dans leurs observations cliniques (Troitzky, Bogojawlenski, Kalmykoff, le professeur Sée, Alfayef, Maragliano, etc.

En résumé, le *Convallaria maïalis* est un puissant tonique du cœur, dont il relève les forces languissantes, et c'est par cette action tonique, qui résulte sans doute d'une stimulation du nerf pneumogastrique, qu'il rend de grands services aux malheureux malades affectés de troubles cardiaques résultant de lésions non compensées.

D'ailleurs il est généralement bien toléré, et tous les médecins qui l'ont expérimenté déclarent catégoriquement qu'il n'a pas les effets cumulatifs de la digitale et peut être manié en toute sécurité, car, suivant l'expression pittoresque de Sée, on n'a pas à craindre d'*action posthume*.

« Enfin, ajoute ce professeur, dans les cardiopathies avec hydropisies le maïalis surpasse toutes les autres médications, sans même qu'on soit obligé d'y associer d'autres diurétiques, comme le lait. »

Il est indiqué dans toutes les maladies cardiaques; mais il réussit surtout, comme la digitale, dans l'insuffisance mitrale, dans la dilatation simple.

On peut cependant, à l'exemple de Sée, le prescrire dans la maladie de Corrigan quand il n'y a pas d'hypertrophie compensatrice du ventricule gauche; dans le rétrécissement mitral sans compensation de la force contractile de l'oreillette.

On cite quelques *contre-indications*, qui sont, d'après Troïtzky : le catarrhe intestinal, les affections aiguës du foie, des reins et de la rate; les affections utérines et la grossesse; les dégénérescences graisseuses du cœur et les hémorrhoïdes.

Sée, au contraire, dit que « les contre-indications sont nulles, car le médicament s'applique à toutes les affections du cœur ».

C'est peut-être un peu trop simplifier notre rôle que d'opposer quand même le médicament à la maladie.

Comme la digitale, le maïalis doit avoir ses indications et ses contre-indications. Je l'ai vu pour mon compte très inférieur à la caféine dans un cas de dilatation du cœur sans lésions d'orifice, chez une dame arrivée à la période d'asystolie.

Affections diverses. — Ce médicament a été essayé dans d'autres maladies que les cardiopathies.

On l'a donné contre la *néphrite* ou plutôt pour combattre l'hydropisie qui en est le résultat habituel.

Henry Ling Taylor cite quelques cas où la maladie parut être améliorée. Desplats a été moins favorisé et n'a rien vu d'évident chez les brightiques hydropiques auxquels il faisait prendre le muguet.

Le même médecin américain n'a pas eu à s'en louer dans la *fièvre typhoïde*, mais ses essais ont porté sur des cas fort graves.

Polk a combattu avec succès par les injections sous-cutanées d'extrait fluide de maïalis, un cas de névrose du nerf vague (*New-York med. Record*, novembre 1882).

Enfin je signale quelques tentatives sans grands résultats dans la *pneumonie* et la *bronchite*.

De sorte que, en dehors des affections cardiaques, les données que nous possédons sur les applications thérapeutiques du muguet sont encore sans grande valeur.

Mais qu'à cela ne tienne, un médicament comparable à la digitale par ses effets toniques sur le cœur, mais plus inoffensif et maniable qu'elle parce qu'il est mieux toléré et n'offre pas d'action cumulative, un pareil médicament est une puissante arme dans la main des médecins.

Espérons que l'avenir confirmera ces données, qui reposent déjà sur la base solide de la physiologie expérimentale et sont de plus appuyées par de nombreuses observations cliniques.

Posologie. — On a prescrit quelquefois la poudre de muguet, *poudre de fleurs* ou de la plante complète; mais ce sont là des préparations ou sans valeur ou bien irrégulières dans leur action. La poudre de fleurs est simplement un bon sternutatoire et plutôt purgative (à la dose de 2 grammes) que sédative de la circulation.

Puis on a proposé la *teinture*, l'*alcoolature* et l'*extrait*.

Les deux premières, usitées plutôt en Russie, entrent rarement dans les formules françaises.

Le plus souvent c'est l'extrait que l'on ordonne ici, mais particulièrement celui qu'on obtient avec la plante complète : fleurs, tiges, feuilles et racines.

---

sées comptaient encore beaucoup de partisans, mais la jeune génération sentait le souffle des temps nouveaux et préparait par l'expérience, la merveilleuse évolution des sciences biologiques que des spéculations théoriques audacieuses avaient prétendu renouveler dans le premier tiers de notre siècle.

» Grâce à Panizza, les jeunes gens n'avaient jamais complètement oublié les études sérieuses et les voies scientifiques. Dans le silence de son cabinet anatomo-physiologique, ce savant expérimentait, il restait l'homme lige du véritable génie national, *provando* et *riprovando*, comme une protestation vivante contre les coryphées de la doctrine de Brown, présentée de nouveau au public avec une étiquette italienne.

» Ce cabinet fut une sorte de temple, dans lequel les dissections anatomiques minutieuses et les expériences physiologiques trouvèrent toujours des fidèles et des prêtres; c'est de là que sortit toute une génération de médecins, nourris aux saines méthodes de la philosophie naturelle, et qui ne démentit en rien la tradition glorieuse de notre pays. »

— A qui revient le dernier mot dans la construction d'un hôpital? Le sens commun et la logique n'admettent guère qu'une réponse : aux médecins. Il y a des pays en Europe dans lesquels cette solution paraît si simple, si naturelle, qu'on se garde bien de jamais la mettre en pratique. Un médecin est un brave homme que l'on consulte pour soi et les siens, un ami auquel on veut bien accorder un certain respect; mais c'est un personnage parfaitement incompétent dans toutes les affaires publiques et administratives; on a beau dire qu'un hôpital est destiné à recevoir des malades; que l'orientation, l'aération, les rapports des salles ou des pavillons sont des choses d'une importance sérieuse; que par la nature même de son art le médecin a été amené à s'occuper d'hygiène; peu importe ; il n'a ni rang, ni situation administrative. Ah! si c'était un directeur, un inspecteur ou

Le professeur Sée s'en est servi dans ses expériences et le recommande comme la préparation la plus sûre.

On peut l'administrer en nature, sous forme pilulaire, je suppose, ou bien incorporé à un sirop amer tel que celui d'écorce d'orange. La dose quotidienne varie de 1 gramme à 2 grammes, pour un adulte.

Langlebert, qui le premier à Paris a bien étudié cette question pharmaceutique et cherché à obtenir une bonne préparation de *Convallaria maïalis*, propose l'*extrait aqueux* préparé en associant aux fleurs et aux tiges du muguet, qui représentent les parties surtout actives de la plante, tandis que la racine est la moins active, un tiers de leur poids de feuilles (*Bull. de thérap.*, 1882). Le produit obtenu par son procédé, après avoir été privé du principe résineux purgatif, est solide, noir, brillant, d'une saveur très amère; il est soluble dans l'eau et l'alcool.

On le prescrira en *sirop*, *pilules* ou *soluté alcoolique*.

Les *injections sous-cutanées* peuvent être irritantes et n'ont guère été employées qu'en Amérique, où elles ont donné cependant d'assez bons résultats.

Malgré tout, je ne crois pas que les préparations homologues de muguet soient comparables entre elles, surtout prises dans des pharmacies différentes, vu que la plante a des qualités très variables suivant son lieu d'origine et le moment de sa récolte. C'est peut-être là ce qui nous a valu quelques dissidences dans les opinions exprimées sur la valeur thérapeutique du *Convallaria maïalis*.

La nécessité s'impose donc de recourir autant que possible à son principe actif, qui est très vraisemblablement la *convallamarine*, produit défini, susceptible de moins de variations que l'extrait même bien préparé, ou bien alors de doser la convallamarine dans les produits qui servent à préparer l'extrait, n'employant que les échantillons bien pourvus de ce principe.

Sur la convallamarine. — J'ai dit que, d'après les expériences de Marmé (1867), cette substance paraît représenter la partie réellement utile du muguet, puisqu'elle reproduit la pharmacodynamie de la digitaline; tandis que la convallarine ne serait qu'un principe secondaire simplement purgatif.

La convallamarine est un glucoside et non pas un alcaloïde, soluble dans l'eau et dans l'alcool, obtenu à l'état de poudre amorphe de couleur jaunâtre.

On l'obtient aujourd'hui facilement en suivant le procédé de Walz, rendu plus sûr par Tanret, qui a publié son étude dans le *Bulletin de thérapeutique* du 30 août 1882.

Mais, si la partie clinique relative à l'histoire de ce principe est un peu connue, il s'en faut que nous possédions des données bien positives sur ses effets physiologiques et ses propriétés thérapeutiques. En dehors de l'opinion de Marmé, qui compare la convallamarine à la digitale, je n'ai à signaler ici que les expériences (non publiées) de M. Bochefontaine, dont je dois la connaissance à l'obligeance de M. Langlebert : cette substance arrête le cœur en systole chez la grenouille et le cobaye.

Toutefois l'action serait moins prompte qu'avec l'extrait (?).

Et voici que dans ces expériences la convallarine devient sédative de la circulation et agent cardiaque, alors que chez l'homme elle n'avait produit que des effets cathartiques, sans impressionner le cœur. En définitive l'étude des deux principes du muguet est à peine ébauchée et reste à faire.

En terminant cette *revue*, il m'est bien difficile de conclure et de comparer, faute de faits assez nombreux. Le *Convallaria maïalis* aura-t-il l'importance thérapeutique de la digitale ou de la caféine, nos médicaments cardiaques par excellence? c'est ce que l'avenir décidera. En tous cas, d'après nos connaissances actuelles, il me paraît digne d'en être rapproché, et sa grande innocuité le recommande certainement à l'attention des médecins.

Ernest Labbée.

P. S. — Cet article était déjà composé quand est venu à notre connaissance un travail de M. Humbert-Mollière, médecin des hôpitaux de Lyon, sur les propriétés thérapeutiques du *Convallaria maïalis*. Il résulte des essais cliniques de l'auteur (voy. *Lyon médical*, 17 septembre 1882) que l'infusion de feuilles fraîches, administrée à des malades atteints d'affection organique du cœur et infiltrés, s'est montrée à peu près inactive, et qu'elle n'a pas mieux réussi entre les mains de plusieurs de ses collègues, MM. Aubert, Icard et du professeur Soulier. Depuis lors, M. Humbert-Mollière n'a guère été plus heureux dans ses tentatives nouvelles; aussi bien est-il arrivé à cette conviction que le maïalis n'est qu'un *médiocre diurétique*. Cette conviction est sans doute fondée; néanmoins je ne puis m'empêcher de faire ici la remarque que nos confrères lyonnais ont prescrit une préparation fort infidèle, l'infusion de feuilles fraîches. Nous ne serons, je le répète, bien fixés sur cette question de la valeur

---

un autre personnage en *eur* convenablement classé dans la hiérarchie, ce serait autre chose; mais le nom ne dit rien, le titre n'en est pas un. Donc, dans ces pays-là, quand on veut construire un établissement à l'usage des malades, on prend, un peu par acquit de conscience, l'avis de quelques-uns de ceux qui auront à les soigner; mais, quand cet avis est en opposition avec des idées préconçues, on a soin de ne pas le suivre. L'Italie n'est point un des pays fortunés dans lesquels les choses marchent avec cette merveilleuse simplicité; il est question de construire à Rome un hôpital pour l'enseignement clinique; on a commencé par ouvrir un concours : ailleurs on aurait probablement composé d'architectes le jury chargé d'examiner les projets; l'administration s'est fait un raisonnement singulier : elle s'est dit que si, dans la question esthétique, les architectes étaient d'excellents juges, ils n'avaient peut-être pas le même avantage pour la disposition, l'aménagement; qu'il y avait dans tout cela des détails importants au point de vue de la salubrité nosocomiale appris par la seule pratique; que, par conséquent, la rédaction du programme appartenait aux médecins, comme le jugement définitif.

Par suite de cette manière de voir, le jury a été composé de dix cliniciens ou anatomo-pathologistes et de trois architectes. Il y a eu des projets nombreux : deux, qui paraissaient irréprochables au point de vue esthétique, ont été réservés en dernier lieu. Cependant le jury n'a accordé le premier prix ni à l'un ni à l'autre; il a rendu justice au mérite des œuvres, mais il a prié les concurrents de retoucher leurs plans, pour mieux les conformer au programme, réservant pour plus tard son arrêt.

— La seconde session des hygiénistes italiens aura lieu à Turin les 2, 3 et 4 septembre prochain, dans la grande salle de l'Université. On annonce dès aujourd'hui des communications intéressantes sur l'administration sanitaire des eaux minérales, la transmissibilité de la tuberculose, l'inspection

thérapeutique du Muguet, que le jour où nous pourrons l'expérimenter en nous servant de produits bien définis : soit de son ou ses principes actifs, la convallamarine, par exemple, soit d'un extrait dosé quant aux dits principes.

E. L.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Du rôle pathogénique de la dilatation de l'estomac et des relations cliniques de cette maladie avec divers accidents morbides, par M. Ch. Bouchard, médecin de l'hôpital Lariboisière, mémoire lu à Société médicale des hôpitaux dans la séance du 13 juin 1884 (voy. p. 417).

(Fin. — Voy. le numéro 25.)

Un grand nombre de malades à dilatation de l'estomac s'enrhument facilement, toussent habituellement, ont une expectoration difficile, un peu de gêne respiratoire, des sibilances dans la poitrine.

La bronchite sibilante est fréquente chez eux, s'accompagne souvent d'emphysème aigu et d'accès dyspnéiques paroxystiques à caractère asthmatique pendant lesquels l'expectoration devient spumeuse abondante. Ces bronchites peuvent se prolonger pendant des mois et disparaissent rapidement quand l'estomac s'améliore. La proportion de la bronchite sibilante dans la dilatation de l'estomac est de 15 pour 100. Le coryza s'associe très fréquemment à cette bronchite et peut exister sans elle; c'est une des déterminations de la dyscrasie sur les muqueuses. Il montre quelquefois plus de ténacité encore que la bronchite sibilante. Les accès d'asthme véritable se rencontrent 4 à 5 fois sur 100.

Dans 8 cas de dilatation stomacale sur 100, j'ai constaté l'existence d'une lésion organique du cœur, mais je ne saurais dire s'il existe une relation entre les deux maladies, ignorant laquelle avait précédé l'autre.

J'ignore absolument si les artères peuvent être modifiées dans leur nutrition au cours de la dilatation de l'estomac; mais cinq fois j'ai observé la phlébite spontanée à l'un des membres inférieurs, dans des cas où la dilatation ne s'accompagnait ni de cancer, ni de phthisie, ni d'aucune maladie cachectique propice aux coagulations, sauf chez une malade atteinte de fièvre typhoïde. En défalquant ces cas, ce serait encore une proportion de 2 pour 100. Bien que minime, cette proportion donne à réfléchir. Quand, chez un homme de cinquante ans, présentant des troubles digestifs sérieux, on voyait apparaître une phlébite spontanée, on se croyait en droit d'affirmer avec Trousseau l'existence d'un cancer de l'estomac. Cette loi demande à être rectifiée; il faut savoir opposer à la thrombose du cancer, la phlébite de la dilatation de l'estomac.

Un autre indice de la détérioration des parois vasculaires, c'est le purpura qui s'observe 3 fois sur 100. Les individus atteints de dilatation de l'estomac semblent disposés au rhumatisme dont on peut observer les différentes formes. Sur 100 cas de dilatation j'ai rencontré le rhumatisme articulaire aigu 5 fois, le rhumatisme chronique partiel 3 fois, le rhumatisme musculaire 2 fois, le rhumatisme vague 9 fois, les nodosités d'Heberden 4 fois, les nodosités des secondes articulations des doigts 20 fois.

Ces nodosités des secondes articulations des doigts semblent appartenir en propre à la dilatation de l'estomac, elles m'ont permis souvent, avant tout interrogatoire du malade, de diagnostiquer une dilatation de l'estomac, dont j'ai ensuite pu vérifier la réalité à l'aide des signes physiques. Elles consistent parfois en saillies latérales proéminant à la face dorsale de la deuxième articulation, soit en dedans, soit en dehors. Plus souvent elles sont constituées par un élargissement de la deuxième articulation due à l'épaississement latéral de l'extrémité supérieure ou base de la deuxième phalange. A ces nodosités s'ajoutent fréquemment des changements de direction des phalanges, de telle sorte que l'axe du doigt en extension, au lieu d'être rectiligne, est constitué par une ligne brisée.

L'analyse de ces 220 observations me semble démontrer clairement que la dilatation de l'estomac n'est pas une simple curiosité anatomique, que cette lésion n'existe pas chez l'homme à l'état d'isolement, qu'elle est presque toujours associée à des accidents, à des maladies deutéropathiques qui sortent le plus souvent du domaine de l'appareil digestif. Il s'en faut que tous ces états morbides se trouvent réunis chez le même individu; mais ils n'apparaissent pas indifféremment et au hasard. Certains symptômes, certains accidents se manifestent de préférence avec certains autres symptômes, certains autres accidents; il se forme ainsi des groupes naturels qui constituent autant de formes symptomatiques de la maladie.

Il y a d'abord une forme latente. Non seulement, dans ces cas, la maladie ne s'accompagne ni de troubles dyspeptiques, ni d'accidents gastralgiques, mais aucune association symptomatique rappelant les symptômes dont nous avons donné l'énumération ne peut être découverte; aucun symptôme dominant n'attire l'attention du côté de la dilatation, qu'une exploration dirigée systématiquement dans ce sens peut seule faire reconnaître. Le malade — car il s'agit le plus souvent d'un malade — ne présente que les symptômes de la

---

médicale des écoles; un peu plus tard, le 20 septembre, un Congrès de chirurgiens aura lieu dans la même ville.

— Il est assez rare que la postérité s'intéresse beaucoup aux érudits : un admirateur de Puccinotti a créé un prix de 1000 livres pour l'auteur du meilleur travail biographique sur ce savant. Puccinotti a écrit différents travaux de pathologie et de médecine légale assez peu connus chez nous. En revanche, son histoire de la médecine, qui s'arrête malheureusement au commencement du moyen âge, renferme une quantité considérable de documents curieux et complètement inédits. La fortune ne sourit guère à ce savant : un journal annonçant les conditions du concours fait remarquer qu'il a laissé une fille qui vit encore aujourd'hui dans une condition voisine de la misère.

Dr L. Thomas.

Exposition internationale de Londres. — Le ministre du commerce, sur la proposition de la commission instituée pour organiser la participation de la France à l'exposition internationale de Londres, vient de nommer les membres français du jury international de cette exposition. Les médecins qui en font partie sont MM. Arnould (de Lille), Brouardel, Gariel, H. Gueneau de Mussy, Layet (de Bordeaux), Leblanc, médecin vétérinaire, Liouville, Napias, Proust et Vallin.

Congrès international d'hygiène et de démographie. — Le conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine a désigné MM. Brouardel, Hardy et Bezançon pour le représenter au Congrès international d'hygiène et de démographie qui s'ouvrira à La Haye le 17 août prochain. — Le ministre de la marine a désigné M. Rochard, inspecteur général du service de santé, pour représenter le département de la marine au même Congrès.

Service du traitement a domicile.—Le dimanche 6 juillet 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie du Ve arrondissement, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures,

maladie qui coexiste avec la dilatation, phthisie, chlorose, etc.

La seconde forme est la forme dyspeptique, les symptômes dominants intéressent le tube digestif et ses annexes. Le type le plus fréquent dans cette forme, c'est la dyspepsie stomacale, la dyspepsie flatulente. Souvent aussi on rencontre le type gastralgique où la lenteur des digestions ne fait pas défaut, mais où dominent les crampes, les aigreurs, le pyrosis. Dans le type entéritique, la lenteur des digestions ou l'endolorissement qui les accompagne cèdent le pas devant les accidents de constipation alternant avec des débâcles et s'accompagnant des signes habituels de l'entéro-colite glaireuse. Enfin un autre type qui donne lieu à de nombreuses erreurs, c'est le type hépatique. La congestion plus ou moins fréquente et douloureuse du foie, avec ou sans ictère, fait croire à la lithiase biliaire, et l'endolorissement de l'estomac deux ou trois heures après les repas est considéré comme la pseudo-gastralgie des calculs de la vésicule. C'est surtout chez ces malades qu'on observe l'ectopie rénale droite.

J'admets enfin les formes larvées qui comprennent des types nombreux et très divers.

Le type névrosique se présente sous les aspects les plus variés, prenant le masque de la migraine, du vertige, de la paralysie, même de l'aphasie, des névroses psychiques, de l'irritabilité spinale, de la névrose cérébro-cardiaque, de l'hypochondrie avec ses expressions multiples.

Le type cardiaque, à côté des troubles fonctionnels dont l'intensité varie depuis la palpitation ou l'intermittence jusqu'à l'accès de fausse angine de poitrine et à la syncope, englobe ces désordres des circulations locales qui font souvent soupçonner l'insuffisance aortique et qui ne manquent pas d'analogie avec les accidents cardiaques et vasculaires de l'intoxication des fumeurs.

Dans le type asthmatique rentrent le coryza fréquent et rebelle, la bronchite sibilante, l'emphysème aigu avec bronchorrhée mousseuse et enfin l'accès d'asthme avec tous ses symptômes gastriques et respiratoires.

Dans le type rénal peuvent rentrer trois états morbides distincts et indépendants. Je cite en première ligne l'ectopie du rein droit, qui se relie à la dilatation de l'estomac par l'intermédiaire de la congestion du foie, chez ceux qui emprisonnent dans un corset ou dans une ceinture la base de leur thorax, chez la femme et chez les militaires. La luxation du rein droit doit désormais appeler l'attention sur l'état anatomique de l'estomac. Je signale également comme type rénal de la dilatation larvée, les sédiments urinaires habituels et même la lithiase rénale; mais j'insiste surtout sur la variété albuminurique. Le mal de Bright, si fréquent dans la dilatation de l'estomac, provoque les symptômes habituels des néphrites et ces symptômes détournent généralement de la recherche et de la constatation de la lésion gastrique.

La dilatation de l'estomac peut également se cacher derrière quelque dermatose. Chez l'enfant, même chez l'enfant à la mamelle, la dilatation gastrique n'est pas rare; elle est, bien plus souvent que l'engorgement des glandes mésentériques, la cause de ce qu'on nomme le *gros ventre*. Elle détermine chez ces enfants des fermentations acides, qui se prolongent dans toute la longueur du tube digestif. Dans ces cas il est très fréquent qu'on voie survenir l'eczéma et l'impétigo généralisés ou limités à la face et au cuir chevelu. Les gourmes sont fréquentes chez les enfants gloutons, chez ceux dont la nourrice a un lait trop riche ou trop abondant, chez ceux qui reçoivent trop tôt les aliments solides en même temps que le lait de la nourrice, chez ceux aussi auxquels on impose le sevrage prématuré; elles sont, je crois, l'expression d'une dilatation de l'estomac qu'on soupçonnait rarement jusqu'à ce jour. Sur 38 cas de dilatation de l'estomac observés chez l'enfant, M. Comby a noté les gourmes dans le sixième des cas. Chez l'enfant comme chez l'adulte, l'urticaire est souvent en rapport avec l'ectasie gastrique, et le purpura n'est pas rare. Mais ce qui domine chez l'adulte, c'est l'eczéma, l'acné rosée, le pityriasis simple, le pytiriasis versicolore.

Dans le type rhumatismal, je fais rentrer la phlébite, puis diverses manifestations attribuées généralement au rhumatisme chronique, et par-dessus tout, les nodosités des deuxièmes articulations des doigts.

Un type particulièrement difficile à débrouiller, dans la forme larvée, c'est le type consomptif, qui peut se montrer à l'état aigu ou à l'état chronique. Certains malades affirment qu'ils sont malades seulement depuis trois semaines ou un mois, qu'ils se sont sentis accablés, qu'ils ont dû garder la chambre et bientôt prendre le lit; ils sont sans force, sans énergie, sans vigueur intellectuelle, n'arrivent que péniblement à faire un effort d'attention, comprennent difficilement, répondent lentement, n'ont généralement pas de fièvre, n'éprouvent aucune souffrance en aucun point, et, soumis à l'exploration organopathique habituelle, ne laissent découvrir aucune lésion.

Pour de tels malades, j'ai entendu formuler le diagnostic « fièvre nerveuse »; j'ai entendu parler aussi de période de germination d'une tuberculose qui ne s'est pas réalisée. Ces malades ont une dilatation gastrique méconnue dont on parvient souvent par l'interrogatoire à reconstituer la symptomatologie déjà ancienne et dont on trouve facilement les signes objectifs.

On rencontre plus souvent le type consomptif chronique. Ce sont ces malades qui, dans les hôpitaux, restent sans diagnostic ou avec le diagnostic : paresse, anémie, soupçon de tubercule; ce sont les chlorotiques sans souffle vasculaire, les prétendus hypochondriaques dont on déclare le mal imaginaire parce qu'on ne sait pas le découvrir. Ils sont pâles, le teint est souvent terreux, les forces ont diminué, ils sont sans énergie; il est parfois impossible de découvrir des troubles dyspeptiques notoires, mais on provoque dans une étendue considérable de l'abdomen le clapotage stomacal.

J'ai tracé le tableau clinique de la dilatation de l'estomac tel qu'il ressort de l'analyse de 220 cas observés personnellement. Ces associations symptomatiques et ces coïncidences pathologiques existent dans les faits et non dans mon esprit; elles résultent de la constatation empirique des choses. En recherchant le pourquoi de cet enchaînement, nous entrons dans la théorie, nous quittons le terrain solide de l'observation pour le domaine peu sûr de l'hypothèse. Avec cette réserve, je vais dire ce qu'est mon hypothèse et quelle est provisoirement mon interprétation.

L'un des effets, non pas nécessaire, mais fréquent, de la dilatation, c'est de troubler les métamorphoses que subit normalement la matière dans le tube digestif. En effet, la dilatation s'observe dans les sept huitièmes des cas chez les dyspeptiques, et la dyspepsie ne s'observe que dans le tiers des cas chez les malades atteints de dilatation : ce qui veut dire que généralement la dyspepsie résulte de la dilatation, et que la dilatation ne résulte qu'exceptionnellement de la dyspepsie.

Or c'est cette dyspepsie, conséquence de la dilatation qui provoque la plupart des accidents morbides, qu'on voit s'associer à la dilatation gastrique.

Cette dyspepsie, en élaborant incomplètement ou imparfaitement la matière alimentaire, crée une sorte d'inanition, appauvrit la constitution, diminue la résistance de l'organisme et sa plasticité, ce qui veut dire, dans le langage habituel de l'étiologie, que, par le fait de cette dyspepsie, l'homme sera plus vulnérable aux causes de maladie et que les maladies ainsi développées chez lui à l'occasion des causes banales, auront moins de tendance à guérir spontanément et seront ainsi plus exposées à devenir chroniques. C'est ce qui fait comprendre comment la dilatation, relativement rare chez l'homme sain, est si fréquente chez l'homme malade (30 pour 100) et surtout chez l'homme atteint de maladie chronique (60 pour 100).

Dans la production des maladies provoquées par les causes banales, dans la production surtout des maladies chroniques, la dilatation de l'estomac agit, par l'intermédiaire de la dyspepsie secondaire, à la façon de toute cause de détérioration de l'organisme. C'est ainsi qu'elle peut être une cause de phthsisie, de scrofule, de rachitisme, etc.

Ce n'est pas tout : si la dilatation rend imparfaites les fermentations qui doivent s'accomplir à l'aide des ferments digestifs normaux, elle est éminemment propice au développement de fermentations anormales qui se produisent non plus à à l'aide des ferments solubles formés par l'organisme, mais à l'aide de ferments figurés, de microbes, de parasites. Ces fermentations, qui ne sont plus empêchées par un suc gastrique normal, trouvent dans l'estomac dilaté des conditions exceptionnellement favorables.

Elles détruisent une partie des aliments non digérés, une partie aussi des aliments déjà chymifiés, augmentant ainsi l'insuffisance de l'alimentation. Elles ont surtout pour effet de fabriquer des substances, les unes éminemment toxiques, les autres au moins nuisibles, qui seront résorbées à la surface du tube digestif et qui pourront, en imprégnant toutes les cellules, vicier leur nutrition ou troubler le fonctionnement de quelques-unes, et déterminer des phénomènes irritatifs sur les surfaces d'émonction à la façon de tant d'autres poisons. Ainsi s'explique comment les symptômes, les accidents morbides, les deutéropathies, dans la dilatation de l'estomac portent sur la nutrition générale, sur le système nerveux, sur les reins, sur la peau et sur les bronches. Commencées dans l'estomac, ces fermentations et ces putréfactions se poursuivent dans toute la longueur de l'intestin ; elles donnent naissance à l'acide lactique, à l'acide butyrique et à divers autres acides gras volatils, à l'indol, au phénol, à l'acide sulfhydrique, à l'ammoniaque, à la triméthylamine, au gaz des marais et à ces alcaloïdes semblables aux ptomaïnes que j'ai découverts et signalés en 1882 (*Revue de médecine*, octobre 1882). Chacune de ces substances est toxique ; prises dans leur ensemble, elles donnent aux matières intestinales un haut degré de toxicité puisque l'injection de l'extrait de 17 grammes de matières fécales suffit pour empoisonner 1 kilogramme d'animal. Dans la dilatation de l'estomac, les chances d'intoxication augmentent, car les fermentations, au lieu de commencer dans les dernières portions du tube digestif, s'accomplissent déjà dans l'estomac ; elles sont continues, non interrompues, portent sur une plus grande quantité de matière et fournissent en plus forte proportion des produits toxiques, qui peuvent pendant plus longtemps et sur une plus grande surface être puisés par l'absorption.

Il n'est donc pas inadmissible, — car ce n'est encore qu'une hypothèse, — que l'introduction dans l'économie de ces produits toxiques vicie la nutrition et trouble le fonctionnement nerveux, ou que l'élimination de ces substances, fixes ou volatiles amène l'inflammation des reins, de la peau, des bronches. Je ne sais pas quelle part doit être réservée aux réflexes, mais je soupçonne qu'une part doit être faite aux intoxications, au moins dans les symptômes nerveux de la dilatation gastrique. Je pense aussi que la production exagérée de l'acide lactique dans l'estomac des enfants joue un rôle dans la production du rachitisme, et je me sens confirmé dans cette supposition par le résultat de recherches que m'a communiquées M. Comby. D'après cet observateur, chez les enfants, la dilatation de l'estomac s'accompagnerait de rachitisme neuf fois sur dix.

On a pu être frappé de rencontrer fréquemment parmi les symptômes ou les accidents de la dilatation de l'estomac certains phénomènes pathologiques qu'on a coutume d'observer chez les arthritiques. C'est sans doute cette constatation qui a fait formuler plus d'une fois cette proposition : La dilatation de l'estomac est un accident de l'arthritis.

Chez les hommes à estomac dilaté, on observe souvent les migraines, les névralgies, l'eczéma, les bronchites sibilantes, les hémorrhoïdes, les sédiments uratiques, l'obésité et enfin des déformations articulaires, comparables à certaines formes du rhumatisme chronique. Mais ce n'est que la menue monnaie de l'arthritisme; à part l'asthme, vous ne pouvez pas rattacher par des liens étroits la dilatation gastrique aux grandes maladies arthritiques, au diabète par exemple ou à la goutte. Le diabète et la goutte sont très rares chez les malades à dilatation gastrique et la dilatation s'observe plus rarement chez les diabétiques et chez les goutteux que chez les phthisiques.

Enfin, si la dilatation de l'estomac était une manifestation habituelle de l'arthritis, elle devrait être rare à l'hôpital. Au contraire, elle est plus fréquente dans la population qui est épargnée par l'arthritis et relativement plus rare dans les classes de la société auxquelles semblent presque exclusivement réservées les maladies arthritiques.

Trois hypothèses seules pouvaient être formulées pour expliquer les relations de la dilatation avec tant de maladies disparates : 1° la dilatation est cause prédisposante ou efficiente de ces maladies ; 2° ces maladies sont causes de la dilatation ; 3° ces maladies, comme la dilatation, sont produites par une cause plus générale, un état diathésique par exemple. On voit que je me rattache à la première hypothèse.

La dilatation engendre certaines maladies et, en détériorant l'organisme, le rend capable de contracter d'autres maladies.

La dilatation gastrique constitue donc une prédisposition morbide; elle réalise une diathèse acquise.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 16 JUIN 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

Le professeur Bouisson. — M. *Larrey* lit une notice sur M. Bouisson, correspondant de l'Académie, mort le 18 mai dernier.

Sur les substances antiseptiques et des conséquences qui en résultent pour la pratique chirurgicale. Note de M. *B. Ratimoff*. — Les microbes que l'auteur a choisis pour ses expériences sont principalemet des microbes pathogéniques bien définis, et qui se distinguent très clairement par les caractères de leur vie biologique : l'un aérobie, la bactéridie charbonneuse, et l'autre anaérobie, la bactérie de la septicémie aiguë des animaux.

Première série d'expériences. — Ces expériences ont montré que l'addition, par exemple, de 1/400 d'acide phénique à du bouillon de veau prévient tout développement des microbes (microbes communs de la terre); mais, pour obtenir le même résultat dans le sang, il faut augmenter la quantité jusqu'à 1/250, et dans la chair musculaire jusqu'à 1/160. Cette différence de doses des antiseptiques est encore plus frappante pour le sublimé, l'azotate d'argent et l'iode; le premier empêche la reproduction des germes dans le bouillon à la dose 1/13300, et dans la chair à 1/500, l'azotate d'argent empêche à 1/10000 dans le bouillon et à 1/225 dans la chair, et l'iode à 1/8000 dans le bouillon et à 1/225 dans la chair; ainsi il faut 26,44 et trente-cinq fois plus de substance antiseptique pour la chair que pour le bouillon.

Deuxième série. — Un bouillon additionné de 1/800000 de sublimé ne cultive pas les bactéridies charbonneuses, qui meurent rapidement, tandis que des proportions plus faibles, comme 1/1000000, retardent leur développement sans l'entraver absolument. En parcourant la Table de mes résultats, on voit que, pour tuer les bactéridies, il faut prendre, par exemple, du thymol à la dose de 1/35000, c'est-à-dire qu'elle

sera dix-sept fois moindre que pour prévenir le développement des microbes communs; l'azotate d'argent à 1/200 000, ou vingt fois moins; le sulfate de cuivre à 1/23 520, ou vingt et une fois moins. Parmi les substances actives examinées, l'iode seul fait exception; il ne tue qu'à la même dose que nous avons obtenue dans la première série d'expériences, c'est-à-dire à 1/8000. D'autres substances, telles que l'acide phénique, le chloral hydraté, etc., possédant en général les plus faibles propriétés antiseptiques, ne présentent pas dans ce cas une grande différence d'action sur les bactéridies.

D'après cela, il résulte que, pour tuer les bactéridies, la quantité d'antiseptique est toujours moindre que pour empêcher le développement des microbes communs de la terre...

Troisième série. — Expériences sur les bactéries septiques. L'auteur a opéré avec le sang septique que lui avait fourni M. Pasteur, le sang très virulent qui tue le cobaye dans l'espace de vingt-quatre heures. Les expériences ont montré que le sublimé tue les bactéries septiques à la proportion de 1/66 700, l'azotate d'argent à 1/50 000, le sulfate de cuivre à 1/2000, et l'acide salicylique à 1/1000. En comparant ces doses à celles pour les bactéridies, on voit que les bactéries septiques sont plus résistantes que les bactéridies charbonneuses. Toutes ces expériences prouvent encore une fois que les divers microbes morbides diffèrent distinctement dans leurs résistances envers les agents antiseptiques.

Dans la pratique ordinaire, il est inutile de chercher à tuer les microbes ou leurs germes : il suffit d'empêcher leur reproduction. C'est ainsi qu'il faut expliquer les bons résultats obtenus de nos jours par les divers pansements antiseptiques : acide phénique, alcool, chlorure de zinc, thymol, bichlorure de mercure, etc., pansements dans lesquels les solutions antiseptiques ne sont pas suffisantes pour tuer les germes, mais suffisantes pour prévenir le développement des organismes.

On voit de plus, pour les bactéridies charbonneuses et la bactérie septique, que les doses qui empêchent leur développement dans le bouillon sont plus faibles que pour les organismes communs; les expériences n'ont pas été faites dans le sang pour ces derniers organismes, mais, par analogie, on peut compter que les doses seraient beaucoup plus fortes, et, dans la pratique ordinaire, il sera bon de prendre la moyenne, comme nous venons de l'indiquer précédemment.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 24 JUIN 1884. — PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

L'Académie reçoit : 1° une *Note* de M. le docteur *Henri Bergeron sur un procédé de traitement de la diphthérie;* 2° un *Rapport sur les vaccinations et les revaccinations au 79e régiment d'infanterie à Neufchâteau (Vosges) en* 1883-1884, par M. le docteur *Octave Lallemant*, médecin-major ; 3° *Considérations sur une épidémie de diphthérie observée à Marseillan*, par M. le docteur *Ernest Durand;* 4° une *Note* de M. le docteur *Artance* (de Clermont-Ferrand) *sur les opérations de la vaccine dans le Puy-de-Dôme en* 1883; 5° une lettre de M. Pasteur relative à l'érection d'une statue à J.-B. Dumas ; 6° les articles SURDITÉ et SURDI-MUTITÉ, de M. *Ladreit de Lacharrière*, extraits du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales;* 7° brochures de M. *H. Martin, sur la tuberculose*, pour le prix Godard ; *Recueil des travaux du laboratoire municipal de chimie*, pour le prix Vernois, etc.

DU CHOLÉRA. — M. *Fauvel*. Des bruits de choléra à Toulon ont beaucoup préoccupé l'opinion publique depuis ces derniers jours. Je n'avais pas l'intention de prendre la parole sur ce sujet; je pensais qu'il était opportun d'ajourner à huitaine toute discussion le concernant, parce qu'à ce moment les faits dont il s'agit seraient mieux connus, mais le Bureau en a pensé autrement. Il a cru que je devais faire une très courte communication sur la question, de manière à éclairer l'Académie sur la situation, et c'est pour obéir à ce désir que je monte à la tribune.

On sait que j'ai déjà exprimé une opinion très nette, très affirmative sur les caractères de l'épidémie qui règne en ce moment à Toulon. Cette opinion, qui a été exposée au Comité consultatif d'hygiène, et dans un rapport au ministre, est la suivante :

Cette épidémie n'est pas le choléra asiatique ; tous les faits connus qui s'y rattachent prouvent, selon moi, qu'elle est née de circonstances locales, au milieu d'une agglomération énorme de troupes (Toulon renfermait 25 000 hommes, soit dans les navires, soit dans les casernes), placées dans les conditions d'hygiène déplorables. On a accusé à tort des navires arrivés de plages lointaines. Ce n'est pas sur des hommes de ces navires que la maladie a frappé.

Ces conditions spéciales répondent tout à fait à celles qui, dans certains pays, en Angleterre notamment, ont suffi parfois à déterminer des épidémies très mortelles. Il est vrai que ce n'est pas là une règle, et qu'en général ces épidémies sont éphémères, et ne se prolongent pas plus que le temps pendant lequel durent les conditions qui les produisent. Elles s'éteignent sur place, ne se propagent pas.

Telle a été l'opinion émise au sein du Comité, elle a été appuyée de considérations qui la motivaient.

Je ne suis pas étonné cependant que cette opinion soulève des objections, mais je me permets de rappeler à l'Académie que toutes les fois que j'ai émis une prédiction, cette prédiction s'est toujours vérifiée, justement parce qu'elle était appuyée sur l'expérience, parce que ce n'était pas une opinion de fantaisie.

Ainsi donc je demande à l'Académie de vouloir bien me faire un crédit de huit jours sur cette question, parce qu'une semblable discussion aurait des inconvénients très grands que j'ai exposés au Bureau et qu'il m'est impossible de répéter devant l'Académie. Dans huit jours nous aurons reçu les rapports des médecins partis pour Toulon et l'on pourra discuter en connaissance de cause.

Je n'ai pas de doute sur le résultat, mais je n'ai pas la prétention d'être infaillible, je puis m'être trompé, je puis avoir été trompé par des faits qui m'ont échappé et, s'il en est ainsi, je me rendrai à l'autorité de ces faits. Mais je répète que jusqu'à présent la marche de l'épidémie, la manière dont elle s'est développée, dont elle a évolué, n'est pas en rapport avec l'hypothèse du choléra asiatique.

Quand le choléra asiatique frappe une grande agglomération d'hommes, il la frappe avec une violence extrême, et se dissémine avec une grande rapidité, si bien que la maladie acquiert son maximum d'intensité au bout de quelques jours, après avoir atteint tous les individus susceptibles d'être atteints. Cette marche est surtout facile à observer à bord des navires : en trois ou quatre jours, tous les hommes capables de tomber malades, tombent malades ; ils meurent ou guérissent; et comme ceux qui guérissent ont acquis l'immunité, il en résulte que l'épidémie cesse de suite.

La même chose se voit dans les grandes villes atteintes par le choléra asiatique; or ce n'est pas ainsi que les choses se sont passées à Toulon.

LE FARCIN AIGU CHEZ L'HOMME. — M. *Bucquoy* rend compte d'un cas curieux de farcin qu'il vient d'observer à l'hôpital Cochin. Il s'agit d'un homme de dix-neuf ans, cocher, qui depuis quinze jours avait perdu l'appétit, se plaignait de la tête et d'une grande lassitude dans les membres. On crut d'abord qu'il avait la fièvre typhoïde; cependant, comme malgré le début relativement ancien de la maladie on ne constatait aucun des symptômes pathognomoniques de cette affection, on mit en doute ce diagnostic. M. Bucquoy découvrit alors sur la jambe droite une petite ulcération arrondie et sur la cuisse du même côté un petit abcès. Le diagnostic de cette lésion restait obscur, lorsque le malade fut pris d'un frisson; sa température atteignit et dépassa 40 degrés. Les articulations du cou-de-pied et du genou devin-

rent le siège d'abcès et le corps se couvrit d'une éruption bulbeuse. Pensant qu'il avait affaire à une septicémie de forme spéciale, M. Bucquoy recueillit sur le malade des humeurs dont il devait faire l'essai. A l'autopsie on trouva un gros abcès du foie; les fosses nasales et les poumons étaient sains.

L'examen microscopique des humeurs recueillies sur le malade ne permit pas de découvrir le microbe de la morve, mais les inoculations qui furent pratiquées sur l'âne et le cobaye produisirent une morve parfaitement caractérisée.

D'autre part, il résulte d'une enquête faite par M. Leblanc que le loueur chez lequel travaillait le malade avait dans son écurie un cheval qu'il cachait et qui était atteint de morve chronique. Dans une lettre adressée de Londres à M. Bucquoy M. Leblanc fait remarquer à ce propos que la surveillance des chevaux morveux ne peut plus s'exercer depuis que le Conseil général a supprimé les inspecteurs du service sanitaire. (La communication de M. Bucquoy sera discutée dans la prochaine séance.)

Sages-femmes de colonisation. — M. *De Villiers* lit un rapport sur deux mémoires de Mme Paquereau, sage-femme à Alger, demandant la création, en Algérie, de sages-femmes de colonisation.— Ce rapport sera discuté dans la prochaine séance.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 11 JUIN 1884.— PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Traitement du cancer de l'utérus; suite de la discussion : MM. Verneuil, Després, Trélat. — Des anévrysmes inguinaux; leur traitement par la ligature de l'iliaque externe; rapport : M. Berger. — Splénectomie : M. Terrier.

M. *Verneuil* donne le résultat de sa pratique dans le traitement du cancer de l'utérus. L'ablation partielle, quand elle est possible, donne de bons résultats. Des vingt amputations du col pratiquées par M. Verneuil, il convient de distraire trois cas dans lesquels on est intervenu pour d'autres affections que du cancer; restent donc dix-sept opérations. Sur ces dix-sept opérations, la mort est survenue rapidement dans un cas à la suite de l'ouverture du péritoine; dans les seize autres cas, on a observé une survie de six mois au minimum à sept ans au maximum, soit une moyenne de dix-sept à dix-neuf mois. Comme on le voit, la statistique de l'opération partielle est bien plus favorable que celle de l'extirpation totale, qui donne une mort sur trois.

Quatre fois M. Verneuil a pratiqué le curage pour de gros fongus du col, mollasses, saignant facilement, donnant lieu à un écoulement fétide abondant; une de ces malades a vécu un an, une seconde a été considérablement soulagée, la troisième eut une poussée de péritonite et la quatrième des accidents rénaux.

Sans rejeter d'une façon définitive l'extirpation totale de l'utérus, M. Verneuil n'en saurait être partisan actuellement; il voudrait, avant qu'on intervînt, avoir un criterium qui renseignât très exactement sur la nature du néoplasme. Si, par exemple, il est démontré par l'histologie qu'on est en présence de cette variété d'adénome bien décrite par M. Robin, qui remonte dans la cavité du corps de l'utérus et se rencontre assez souvent chez les jeunes femmes, dans ce cas on peut intervenir, l'hystérectomie étant presque toujours alors suivie d'absence de récidive.

M. *Després* a pratiqué quatre fois l'amputation du col utérin pour des dégénérescences cancéreuses, il n'a pas obtenu une survie plus longue que celle qu'on obtient en n'intervenant pas. Il est donc opposé à toute intervention palliative; les cautérisations hebdomadaires au fer rouge, préconisées par Jobert de Lamballe, ne donnent pas de meilleurs résultats.

M. *Trélat* rappelle ce qu'il a dit dans la dernière séance, à savoir que les pansements, dans le traitement du cancer de l'utérus, sont bien autrement avantageux que les opérations proprement dites, aussi complètement et aussi soigneusement qu'on les fasse. Il est étonné que M. Verneuil ait eu aussi souvent l'occasion d'amputer le col utérin; quant à lui, il a eu bien souvent l'occasion de cautériser, racler, curer des cols utérins, afin de remédier aux hémorrhagies et aux pertes; dans deux cas seulement il a été conduit à amputer le col pour des dégénérescences limitées.

M. *Verneuil* a cinq ans de plus de pratique que M. Trélat; il a été le premier, après Chassaignac, à se servir de l'écraseur, c'est ce qui explique qu'il a enlevé beaucoup plus de cols utérins et de langues que d'autres chirurgiens. De plus, dans certains cas, il a fait de propos délibéré des ablations incomplètes.

— M. *Berger* fait un rapport sur un mémoire de M. *Kirmisson*, comprenant deux parties, l'une sur les anévrysmes inguinaux, l'autre sur la ligature de l'iliaque externe. Une même observation a été le point de départ de ce travail.

Un homme de trente-huit ans constate un jour la présence d'une tumeur dans la région de l'aine, et vient douze jours après consulter M. Kirmisson à l'hôpital. Dès le premier examen on reconnaît tous les signes d'un anévrysme. Le malade avait eu, quelques mois auparavant, une attaque de rhumatisme articulaire aigu et offrait les signes d'une insuffisance aortique. On essaya successivement et sans succès la compression élastique à l'aide de la bande d'Esmarch et la compression digitale. M. Kirmisson pratiqua alors la ligature de l'iliaque externe suivant le procédé d'Astley Cooper et la méthode antiseptique. Le succès fut complet et le malade, parfaitement guéri, ne présente plus comme trace de son anévrysme qu'une petite tumeur dure, sans battement, du volume d'une noisette.

Cette observation offre d'abord un premier point intéressant, à savoir le développement d'une tumeur anévrysmale chez un rhumatisant. Le travail de M. Kirmisson, s'appuyant sur cinquante-trois cas, envisage en premier l'étiologie des anévrysmes inguinaux et montre que cette affection se rencontre chez des syphilitiques, des rhumatisants, des individus portant d'autres anévrysmes, chez des malades ayant présenté à un moment donné des suppurations du pli de l'aine, ces suppurations pouvant agir, soit en déterminant une ulcération de l'artère, soit en provoquant une inflammation lente, qui modifie la nutrition et la résistance des parois du vaisseau.

En second lieu, l'auteur du mémoire s'occupe de l'efficacité du traitement par la ligature. Tandis que les autres moyens échouent presque constamment, la ligature donne d'excellents résultats, surtout depuis la méthode antiseptique. C'est ainsi qu'il résulte des statistiques que la mortalité, autrefois de 30 pour 100, s'est abaissée de nos jours à 18 pour 100. L'antisepsie, en effet, prévient l'infection purulente d'une part, et d'autre part diminue les chances d'hémorrhagies secondaires en amenant très rapidement la cicatrisation presque sans suppuration. La ligature doit porter de préférence sur l'artère iliaque externe, à cause de l'éloignement du sac anévrysmal et de l'absence des collatérales.

Des procédés opératoires de Bogros, d'Astley Cooper, d'Abernethy, de Marcellin Duval, celui d'Astley Cooper est le meilleur suivant M. Kirmisson; c'est aussi l'avis de M. Berger. Ce procédé consiste à inciser la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose du grand oblique, suivant une ligne courbe à concavité supérieure, commençant un peu au-dessus de l'épine iliaque et se terminant au-dessus du bord interne de l'anneau inguinal. On laisse alors le bistouri de côté et on relève à l'aide du doigt le petit oblique, le transverse et le

fascia transversalis, sans crainte de pénétrer dans le péritoine.

M. *Farabeuf* rappelle quelques principes généraux des ligatures d'artères, et en particulier des ligatures de l'artère iliaque externe. En premier lieu, dit-il, lorsqu'il s'agit de lier une artère quelconque, il faut toujours arriver sur le vaisseau par le chemin le plus court et le plus direct. C'est pour cela que le procédé d'Astley Cooper, longtemps méconnu parce que Malgaigne, en le faisant connaître, a confondu l'anneau inguinal externe avec l'anneau inguinal interne, l'emporte sur les autres. Le procédé de Marcellin Duval, bon dans certains cas, n'est en définitive que la combinaison des procédés d'Astley Cooper et d'Abernethy.

M. *Verneuil* ne fait jouer au contact du pus avec les vaisseaux qu'un rôle tout à fait accessoire dans les hémorrhagies secondaires. Elles sont la conséquence de la septicémie; c'est là un fait bien acquis à la science.

M. *Berger* reconnaît l'exactitude de l'observation de M. Verneuil. Dans son rapport il a voulu indiquer, en faisant ressortir les avantages de la méthode antiseptique, que l'antisepsie, en diminuant les chances de suppuration, diminuait d'autant les risques d'hémorrhagies.

M. *Terrier* a pratiqué dernièrement la splénectomie à une femme encore jeune, qui mourut vingt-quatre heures après l'opération à la suite d'une hémorrhagie interne lente. Cette femme avait une hypertrophie considérable de la rate et une leucocythose légère; son sang présentait 1 globule blanc pour 263 globules rouges. M. Terrier la soumit pendant près d'un an à un régime reconstituant; mais, comme la proportion des globules blancs n'augmentait pas et que la malade réclamait l'opération, il se décida à intervenir. L'extirpation, un peu laborieuse, se fit sans accidents graves; mais vingt-quatre heures après la malade succombait à une hémorrhagie interne. L'autopsie montra qu'aucune ligature n'avait cédé. L'hémorrhagie capillaire doit probablement être mise sur le compte de la leucocythose. Cette observation confirme ce précepte que l'augmentation des globules blancs du sang est une contre-indication à toute intervention chirurgicale. Cependant Franzollini aurait enlevé avec succès la rate chez une femme dont le sang renfermait 1 globule blanc pour 30 globules rouges.

SÉANCE DU 18 JUIN 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Statistique d'hystérectomie : M. Demons (de Bordeaux). — Conicité des moignons d'amputation; rapport : M. Verneuil; discussion : MM. Farabeuf, Trélat, Berger, Polaillon. — Traitement des fistules vésico-vaginales : M. Hergott (de Nancy). — Blépharostat; présentation d'instrument : M. Terrier.

M. *Demons* (de Bordeaux), en réponse au vœu exprimé par M. Verneuil dans la dernière séance, au sujet des résultats fournis par l'hystérectomie, adresse une Note renfermant les observations résumées de sept extirpations totales de l'utérus par le vagin; pratiquées soit par lui-même, soit par d'autres chirurgiens bordelais, MM. Dudon et Maudillon.

Ces observations, au nombre de sept, donnent les résultats suivants : trois morts par péritonite immédiate; trois survies avec récidives, cinq mois, neuf mois, un an après l'opération; une seule malade vit encore après dix-huit mois et ne présente pas de traces de récidive.

Bien que cette petite statistique ne soit pas brillante, M. Demons ne croit pas cependant qu'on soit en droit de proscrire d'une façon absolue l'hystérectomie dans les cas de cancer de cet organe. On devra préférer les pansements, les opérations palliatives chaque fois que ces moyens pourront procurer quelque soulagement aux malades. De même, on devra se contenter de l'amputation du col toutes les fois que la section pourra dépasser les limites du mal.

L'extirpation totale ne devra être entreprise que dans les cas où le cancer étendu au corps de l'organe menace la vie de la malade à courte échéance. On voit, en effet, que, si dans certains cas la mort est survenue rapidement après l'opération, soit par péritonite, soit par récidive du néoplasme, dans d'autres, par contre, la vie a été manifestement prolongée, et les malades ont eu leurs derniers jours tranquilles et exempts de ces affreuses douleurs qui empoisonnaient leur existence.

— M. *Verneuil* dépose un travail de M. Dudon (de Bordeaux) sur le même sujet. Renvoyé à une commission composée de MM. Verneuil, Terrier et Terrillon.

— M. *Verneuil* fait un rapport sur un travail de M. Kirmisson touchant la conicité physiologique des moignons d'amputation.

Un jeune homme de vingt ans a subi, à l'âge de quatre ans, l'amputation de la jambe. Jusqu'à sept ans il marche avec des béquilles, et de sept à quatorze il se sert d'un appareil. A cet âge les os commencent à s'allonger; à seize ans, des douleurs vives existent dans les moignons; les os croissent encore jusqu'à dix-huit ans, puis leur accroissement s'arrête, mais les douleurs au lieu de disparaître ne font qu'augmenter. Le malade est âgé de vingt ans lorsque M. Kirmisson le voit; il vient le consulter pour des douleurs qui rendent tout travail impossible. Deux saillies en forme de petits cylindres, que l'on voit très bien sur un moule pris à cette époque, dépassent les parties molles; elles sont dures et facilement reconnues pour le tibia et le péroné. M. Kirmisson en pratique la résection sur une étendue de 10 centimètres, et cherche à obtenir la réunion par première intention. Il n'y parvient pas; la plaie suppure longtemps, mais finalement elle se cicatrise, et le résultat est en définitive très satisfaisant.

M. Verneuil rappelle que cette question de la conicité des moignons a été depuis longtemps bien étudiée par la Société de chirurgie. La première discussion à ce sujet date de 1855; Denonvilliers, Guersant, Bouvier, M. Marjolin ont émis leurs idées à cet égard à différentes reprises. M. Ollier, par ses travaux sur le rôle des cartilages de conjugaison dans l'accroissement des os en longueur, a donné la clef du mécanisme de cette conicité. M. Verneuil, appliquant ces données à l'interprétation des faits, a montré que, si sur certains segments de membre, la cuisse, par exemple, la conicité physiologique des moignons est rare, parce que l'allongement de l'os se fait surtout aux dépens du cartilage diarthrodial inférieur, sur d'autres, par contre, la jambe par exemple, cet accident est fréquent pour la raison inverse.

D'après cela, M. Kirmisson tire les conclusions suivantes : on ne doit amputer dans le jeune âge qu'à la dernière extrémité; on doit alors tailler des lambeaux très longs.

M. *Farabeuf* a examiné à différentes reprises des moignons coniques, et il a constaté que la distension porte exclusivement sur leur extrémité. Pour lui, il arrive que fréquemment, lorsqu'on recherche la réunion par première intention, les téguments seuls se réunissent, tandis que les tissus musculaires et fibreux se rétractent sans même adhérer à l'os; il est dès lors facile de comprendre comment se forment les moignons coniques.

M. *Trélat* ne peut accepter l'explication de M. Farabeuf, accusant la réunion par première intention. Lorsqu'on recherche la cicatrisation des lambeaux d'amputation dans toute leur étendue, on l'obtient toujours à condition de se conformer exactement aux principes des pansements actuels; il arrive même que parfois les parties profondes se réunissent avant les parties superficielles. Les moignons coniques que l'on observe actuellement proviennent d'amputations pratiquées il y a quinze à vingt ans; or, à cette époque, l'antisepsie n'était pas connue, et bien rares étaient les réunions par première intention. Il est probable que, dans une

vingtaine d'années, les moignons de nos amputés ne présenteront plus l'accident aujourd'hui en question.

M. *Berger* fait remarquer que ce n'est pas seulement chez les amputés du jeune âge qu'on observe la conicité des moignons, mais qu'on la rencontre aussi chez les amputés adultes. Ses causes sont signalées dans un travail paru dans les *Archives de Langenbeck;* elles consistent dans la production d'ostéophytes à l'extrémité de l'os amputé. M. Berger en a observé un cas chez un amputé pour gangrène spontanée. Malgré la conservation d'un très long lambeau de peau, au bout de deux mois l'os dépassait les parties molles de 7 à 8 centimètres. On a conseillé, pour éviter cet accident, l'enlèvement du périoste sur une petite étendue de l'os.

M. *Polaillon* croit que l'on ne connaît pas encore toutes les causes de la conicité des moignons; mais, suivant lui, un bon moyen de la prévenir serait de faire la suture profonde des muscles.

M. *Verneuil* ne pense pas que la conicité des moignons relève de la forme ni de l'épaisseur des lambeaux, pas plus que des réunions par première ou seconde intention. Pour lui, un seul élément intervient dans la pathogénie de cet accident, c'est l'inflammation. Il ne cherche jamais dans ses amputations la réunion par première intention, cependant il obtient toujours de très beaux moignons.

— M. *Hergott* (de Nancy) donne les résultats de dix opérations de fistules vésico-vaginales qu'il a pratiquées d'après la méthode de Boseman. Il fait ressortir les avantages de cette méthode, dont les points principaux sont : la préparation des tissus à l'opération par diverses manœuvres préliminaires; la position genu-pectorale des opérées indispensable au succès dans certains cas; l'emploi du spéculum univalve, etc.

— M. *Terrier* présente un blépharostat construit par M. Collin sur les indications de M. Fancher. Ses avantages sont de prendre ses points d'appui sur l'arcade orbitaire et la pommette, et d'éloigner ainsi du globe de l'œil les arcs qui maintiennent les paupières.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 21 JUIN 1884. — PRÉSIDENCE DE M. PAUL BERT.

Action de l'acide salicylique sur la température : M. Bochefontaine. — Étude des dents des Fuégiens : M. Galippe. — Variabilité des névrites cutanées des tabétiques : M. Déjerine. — Hallucinations bilatérales inverses : MM. Dumontpallier et Bérillon. — Solution gastrique anticoagulante : M. Gley. — Classification des faits d'idéoplastie : M. Ochorowicz. — Cœur et larynx du cachalot : M. Beauregard. — Formation et développement des cellules nerveuses de la moelle : M. Vignal. — Dosage du chloroforme dans les mélanges anesthésiques : M. P. Bert. — Élection.

M. *Bochefontaine* dépose une note sur les effets qu'exerce l'acide salicylique sur la respiration chez l'homme sain et chez l'homme atteint de fièvre typhoïde. Il rappelle d'abord que les effets hypothermiques de l'acide salicylique, douteux pour beaucoup d'auteurs, sont cependant réels, comme il a pu s'en convaincre dans des expériences faites avec M. Blanchier : il a obtenu, avec des doses non toxiques, un abaissement de la température variant entre 1 degré et 4 dixièmes de degré. Recherchant alors si des modifications de la respiration ne coïncidaient pas avec cet abaissement de la température, il a fait sur les animaux des expériences dirigées dans ce sens et a observé une diminution du nombre des respirations variant de trois à cinq par minute, avec modification de forme et d'amplitude des mouvements, qui gagnaient en étendue, et se caractérisaient surtout par une durée beaucoup plus grande de l'inspiration. Etendant ses recherches aux malades atteints de fièvre typhoïde, et chez lesquels il avait noté un état saccadé des mouvements respiratoires avec faible amplitude de chacun d'eux, il a vu les respirations reprendre leur amplitude, leur forme normales, sans diminuer notablement de fréquence.

— M. *Galippe* fait une communication sur la forme, le mode d'implantation, la constitution chimique des dents chez les Fuégiens, en insistant sur les conditions particulières qui impriment aux dents de ces individus des caractères spéciaux. (Voy. les *Mémoires* de la Société.)

— M. *Déjerine* étudie la variabilité des névrites cutanées qui se présentent chez les tabétiques et chez un même malade, suivant les points de la peau qu'on examine. Dans le fait qu'il rapporte, les névrites cutanées étaient *beaucoup plus marquées que l'altération des racines postérieures et rigoureusement correspondantes aux troubles de la sensibilité* observés pendant la vie : cet exemple est le premier qui montre que les différences dans l'état de la sensibilité chez un même malade sont dues à une variabilité très grande dans le degré de développement des névrites cutanées. De plus, la nature périphérique de ces névrites, que M. Déjerine a établie dans un travail antérieur, est ici encore parfaitement nette, étant donnée l'intégrité des ganglions spinaux.

— MM. *Dumontpallier* et *Bérillon* rendent compte des expériences qu'ils ont pratiquées sur des sujets hypnotisés chez lesquels ils ont provoqué des hallucinations simultanées inverses les unes des autres et persistant à l'état de veille. Jusqu'ici les hallucinations bilatérales du goût, de l'odorat et de la vue avaient été obtenues par l'un des deux auteurs (M. Dumontpallier) par l'intermédiaire de l'appareil auditif. Ils montrent aujourd'hui qu'il est possible d'obtenir chez une hystéro-épileptique en état de somnambulisme provoqué, des hallucinations de la vue, en agissant directement sur la rétine. En plaçant perpendiculairement à la face du sujet, un écran qui vient pour ainsi dire couper le visage en deux et est disposé de telle sorte que chaque œil ne puisse voir que les objets placés du côté correspondant, on évoque d'un côté une sensation plaisante, de l'autre une sensation terrifiante : il suffit pour cela de montrer un objet ridicule à droite et à gauche un tableau repoussant. Chaque moitié du visage prend alors une expression différente : très gaie d'un côté, terrifiée de l'autre. Cette double physionomie persiste après le réveil; il se produit en outre « un mélange bizarre d'éclats de rire et de cris d'horreur, qui se confondent de telle sorte qu'il n'est pas possible de douter qu'il existe dans le cerveau du sujet réveillé deux hallucinations de la vue, de nature différente, dont le point de départ a été une excitation rétinienne et dont le siège appartenait à un hémisphère cérébral différent ». On fait disparaître ces hallucinations en endormant de nouveau le sujet et en faisant le geste de supprimer les objets qui avaient évoqué les impressions inverses, causes des hallucinations.

— M. *Gley* a eu l'occasion d'employer, dans des expériences manométriques comparatives sur le bout central et le bout périphérique de la carotide, des solutions de peptone dans le but de retarder la coagulation. Le résultat n'ayant pas été aussi avantageux qu'il l'espérait, il a remplacé la peptone du commerce par un liquide complexe obtenu avec la macération de la muqueuse gastrique divisée et additionnée de sable, dans un litre d'eau contenant 3 à 4 grammes d'acide chlorhydrique, à la température de 25 degrés pendant vingt-quatre heures (procédé de Ch. Richet pour l'étude du suc gastrique). En ramenant ensuite le liquide à l'alcalinité par addition de carbonate de soude, il a pu injecter sans inconvénient cette préparation dans les veines des animaux et obtenir une prolongation beaucoup plus grande de l'expérience.

— M. *Ochorowicz* expose une classification des faits d'*idéoplastie*, c'est-à-dire de réalisation physiologique d'une idée [mot créé par le docteur Philips (lisez *Durand de Gros*) en 1860]. L'idéoplastie comprend tous les faits connus sous le nom de *suggestion* (extérieure), ainsi que ceux d'auto-suggestion ou suggestion spontanée. D'ordinaire, c'est la sensation qui provoque l'idée : dans l'idéoplastie, c'est l'idée qui provoque la sensation. Les faits connus rentrent dans trois catégories : l'idéoplastie motrice, l'idéoplastie sensitive et l'idéoplastie matérielle, cette dernière correspondant aux phénomènes *organiques* qu'il est possible de provoquer par suggestion (chaleur d'une main, rougeur localisée, tuméfaction par œdème, etc.). C'est sur cette dernière série de faits qu'insiste surtout l'auteur, convaincu qu'il est possible, par une simple suggestion à l'état de monoïdéisme, de rendre le sujet complètement réfractaire à une forte dose d'eau-de-vie, d'opium, de morphine, etc. « J'ose même, dit-il, supposer qu'une dose mortelle de poison pourrait être tout au moins atténuée... » (?)

— M. *Beauregard* communique le résultat de ses études anatomiques sur le cœur et le larynx du cachalot. (Voy. les *Comptes rendus*.)

— M. *Vignal* dépose une nouvelle note sur la formation et le développement des cellules nerveuses de la moelle épinière. (Note non communiquée et acceptée pour les *Comptes rendus*.)

— M. *P. Bert*, après avoir insisté sur l'intérêt que présente la substitution de l'appareil Dubois-Tatin au gazomètre pour les anesthésies par les mélanges titrés (voy. le précédent compte rendu), annonce qu'il a obtenu des anesthésies très prolongées en entretenant le titre du mélange anesthésique à un degré moitié moins élevé. Il développe ensuite les résultats de ses expériences sur le dosage des quantités de chloroforme qui restent associées à l'air dans l'appareil, après que les animaux ont respiré le mélange un certain temps. Cette recherche est entourée de difficultés, qui ont arrêté même les chimistes; après avoir essayé de différents procédés, M. Paul Bert s'est arrêté à l'emploi de la chaux sodée, préparée à chaud avec beaucoup de précautions. Il est arrivé ainsi à cette formule que, « quand un animal est en pleine résolution, il a fait baisser le titre du mélange, de façon à avoir consommé une quantité de chloroforme variant entre 1 et 2 grammes par kilogramme ».

— Le dépouillement du scrutin pour l'élection d'un membre titulaire se termine par la nomination de M. *Vignal*.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 25 JUIN 1884. — PRÉSIDENCE DE M. DELPECH.

De la folliculite blennorrhagique : M. Martineau. — Présentation d'ouvrage : M. Campardon. — Du régime sec dans les maladies de l'estomac : M Huchard. — Présentation d'ouvrages et d'instrument : M. Dujardin-Beaumetz. — Sulfo-carbol : M. F. Vigier.

M. *Martineau* fait hommage à la Société, au nom de l'un de ses élèves, M. Bouchet, d'une thèse sur la *folliculite blennorrhagique chez la femme*. Il rappelle à ce propos que la localisation de la blennorrhagie sur les follicules de la vulve et de l'urèthre est extrêmement fréquente; on peut même dire qu'il n'y a pas de blennorrhagie vulvaire et uréthrale sans que les follicules péri-uréthraux soient atteints par l'inflammation spécifique. Il en résulte souvent de petits abcès, donnant lieu par leur ouverture dans les conduits voisins à des fistules complètes ou incomplètes ano-vulvaires ou uréthro-vaginales. M. Martineau a constaté très nettement l'existence du *gonococcus* blennorrhagique dans les follicules intéressés; ce fait vient jeter toute lumière sur l'interprétation des cas de transmission de la blennorrhagie virulente par des femmes paraissant n'être atteintes d'aucun écoulement. Elles *donnent ce qu'elles ont*, et communiquent la blennorrhagie localisée dans les follicules enflammés et remplis de gonococcus. La guérison de cette folliculite blennorrhagique présente de grandes difficultés; on a tour à tour proposé les scarifications des follicules, leur cautérisation avec une tige chauffée, ou avec le nitrate d'argent; tous ces moyens ne peuvent atteindre la profondeur du follicule, et sont inefficaces. M. Martineau a eu recours à la destruction du follicule au moyen du galvano-cautère, appliqué froid sur le follicule enflammé, et rendu subitement incandescent par le passage du courant électrique. Ce moyen est fort peu douloureux, d'un emploi facile et a fourni d'excellent résultats : la guérison est complète en quinze à vingt jours. Cette petite opération ne peut être pratiquée qu'à la vulve; dans l'urèthre, M. Martineau se sert des injections de sublimé à la dose de 1 pour 500. L'injection doit être poussée dans le canal avec beaucoup de précautions, car elle détermine, lorsqu'elle pénètre dans la vessie, des accidents de cystite fort pénibles. L'eau oxygénée n'a donné aucun résultat; la résorcine a fourni quelques succès, mais il faut l'employer à la dose de 5 à 10 grammes pour 100 d'eau. M. Martineau a recours aux injections de sublimé, même pendant la période aiguë de la blennorrhagie.

M. *Créquy* pense que l'on pourrait injecter la solution de sublimé dans les follicules au moyen d'une seringue de Pravaz, et éviter ainsi l'emploi du cautère actuel.

M. *Martineau* fait observer que ce procédé est impraticable à cause des faibles dimensions et de la structure anatomique des follicules de la muqueuse.

M. *Blondeau* demande s'il ne serait pas préférable, afin d'écarter tout danger de cystite, de remplacer l'injection uréthrale de sublimé par l'introduction dans le canal d'une pommade ou d'un glycérolé renfermant le bichlorure de mercure.

M. *Martineau* craindrait que le contact trop prolongé de la pommade n'amenât une irritation excessive; le liquide de l'injection s'écoule assez rapidement pour qu'il n'y ait rien à craindre d'analogue.

— M. *Campardon* offre à la Société son traité intitulé : *Généralités sur les eaux minérales*. Il a joint aux chapitres consacrés aux eaux minérales, une sorte de *Guide aux bains de mer*.

— M. *Huchard* donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Du régime sec dans les maladies de l'estomac, et en particulier dans la dyspepsie des liquides*. Il démontre, tout d'abord, qu'il est nécessaire de modérer jusqu'à un certain point l'enthousiasme inspiré par le régime lacté dans la thérapeutique des affections de l'estomac; il peut, en effet, dans quelques cas, ainsi que Gubler l'avait indiqué, devenir la cause de complications et d'accidents, digestion pénible, dilatation gastrique, diarrhée, etc.; surtout lorsque le lait est ingéré par doses rares et trop considérables; ces faits ont été récemment mis en lumière par M. Gueneau de Mussy et M. Debove. A l'appui de cette manière de voir, M. Huchard rapporte plusieurs observations dans lesquelles les phénomènes dyspeptiques, non modifiés ou même aggravés par le régime lacté, ont rapidement disparu sous l'influence du régime sec. La plupart sont relatives à des individus arthritiques atteints de dyspepsie, et en particulier de cette forme si bien décrite par Chomel sous le nom de dyspepsie des liquides. Dans un cas il s'agit d'une dame de trente-six ans, arthritique, qui souffrait d'une toux répétée, accompagnée d'étouffements et d'accès de pseudo-angine de poitrine. Les accidents ayant été rapportés par M. Huchard à la dyspepsie, il prescrivit les amers et le régime lacté, mais sans résultat satisfaisant; pensant alors que l'emploi du régime sec était

indiqué, il fit appeler en consultation M. Bouchard, dont l'opinion fut en tout point semblable à la sienne. Mise au régime sec, la malade fut rapidement guérie.

Une autre dame de trente-cinq ans, arthritique, ayant souffert de coliques hépatiques à plusieurs reprises, était depuis un an atteinte de dyspepsie très prononcée, ayant déterminé pendant un séjour aux eaux de Pougues une sorte de crise syncopale, attribuée à tort à l'hystérie. Les accidents gastriques s'étaient depuis lors beaucoup aggravés, et l'estomac présentait une dilatation manifeste. La dyspepsie semblait marquée surtout à l'égard des liquides, et la malade eut un jour une nouvelle attaque syncopale après avoir bu un verre d'eau purgative. M. Huchard, d'accord avec M. Bouchard, prescrivit le régime sec, et l'amélioration se produisit presque aussitôt : la malade est aujourd'hui guérie.

Ces faits démontrent nettement que l'ingestion des liquides, même en petite quantité, peut déterminer, chez certains individus, des accidents dyspeptiques plus ou moins graves, auxquels le régime sec peut seul apporter remède. La dyspepsie des liquides, signalée par Hippocrate et un grand nombre d'auteurs anciens, a été remarquablement bien étudiée par Chomel, qui a décrit ses symptômes cliniques, a signalé le bruit de clapotement perçu par l'exploration méthodique chez les malades atteints de dilatation gastrique consécutive, et a indiqué le traitement par le régime sec.

Ce traitement consiste dans la suppression presque complète des liquides dans l'alimentation; on ne doit permettre qu'un seul verre de boisson à chaque repas, et aucun liquide pendant l'intervalle qui s'écoule d'un repas à l'autre et doit être de huit heures. Les potages doivent être très épais, ainsi que les purées de légumes; les fruits aqueux, et en particulier le raisin, doivent être proscrits. Tous les aliments solides peuvent être autorisés; et, dans un grand nombre de cas, la poudre de viande donnera de bons résultats.

Ce régime sec ou *xérophagie*, procure des guérisons rapides et inespérées chez les malades atteints de dyspepsie atonique, ou de dyspepsie des liquides; ses effets sont également excellents, ainsi que M. Huchard se réserve de le démontrer prochainement, lorsqu'il existe un excès de tension dans le système artériel, avec tendance aux hémorrhagies, dans la néphrite insterstitielle, par exemple. — Dans un cas de cancer stomacal latent, le résultat n'a été nullement satisfaisant, mais, sans doute par suite d'une sorte de rétraction du viscère, préalablement dilaté, la tumeur néoplasique est devenue tout à coup facilement appréciable à la région épigastrique. M. Huchard ne veut pas encore poser de conclusion définitive, et rappelle qu'il faut se défier de l'enthousiasme immodéré qu'inspirent souvent, au début des essais, des méthodes de traitement auxquelles on est bientôt conduit à renoncer entièrement.

M. *Dally* fait remarquer qu'en Suisse on donne parfois, avant le lait, quelques cuillerées de bouillon, comme principe peptogène; peut-être serait-ce un moyen de rendre le régime lacté plus facile à supporter pour tous les malades. D'autre part, certains individus digèrent parfaitement la plupart des liquides, même certaines eaux minérales à haute dose, et ne peuvent digérer tel autre liquide, telle autre eau minérale; est-il nécessaire dans des cas semblables de prescrire le régime sec? — Enfin certaines attitudes, en particulier la station accompagnée de cambrure des reins, d'une sorte d'ensellure exagérée, diminuent l'élasticité de la paroi abdominale antérieure distendue, et permettent le développement plus facile de la dilatation gastrique; il est alors nécessaire de recourir à l'usage d'une ceinture qui supplée à la tonicité perdue des parois abdominales.

M. *Huchard* fait observer que les individus qui digèrent bien certains liquides, mais ne digèrent pas certains autres, ne sont pas atteints de dyspepsie des liquides; cette forme de dyspepsie est relative à tous les liquides ingérés, et non spéciale à une eau minérale quelconque. La cause prochaine n'en est d'ailleurs pas encore déterminée; si la dilatation gastrique semble pouvoir être parfois incriminée, il est, par contre, des cas où elle fait entièrement défaut.

M. *Dujardin-Beaumetz* est également d'avis que la flaccidité de la paroi abdominale facilite l'ectasie gastrique; il rappelle qu'une gymnastique méthodique, et surtout l'exercice du mur, consistant à faire adosser l'individu à un mur qu'il doit s'efforcer de toucher par tous les points de la face postérieure de son corps, permet de combattre en partie cette atonie des muscles abdominaux et la dilatation gastrique qui en est la conséquence.

M. *Huchard* rapproche de ces faits la constipation de certains individus atteints de flaccidité de la paroi abdominale, et qui ne peuvent aller à la selle qu'en suppléant par une ceinture à l'insuffisance des muscles abdominaux.

— M. *Dujardin-Beaumetz* offre à la Société au nom de l'auteur, M. Moncorvo, deux brochures, sur *la sclérose en plaques des enfants* et sur *le traitement du spina-bifida par les injections iodo-iodurées*.

Il présente également, au nom de M. Bourgeois, l'appareil à vaccination sous-épidermique dont il est l'inventeur; — enfin la thèse de M. Coudray sur l'*action physiologique de la paraldéhyde*. Il rappelle que c'est un hypnotique excellent, bien qu'inférieur au chloral. Il agit d'abord sur le cerveau, puis sur la moelle et le bulbe; sous son influence, la respiration se ralentit, les battements cardiaques et la pression artérielle diminuent en même temps, ce qui est un fait exceptionnel, enfin la température s'abaisse. La paraldéhyde n'a pas sur les globules l'action nocive que lui avait attribuée Quinquaud, et ne décompose pas l'hémoglobine ; d'autre part, elle ne s'oppose pas, comme le prétend Hénocque, à la formation de méthémoglobine sous l'influence du nitrite de sodium. L'antagonisme de la paraldéhyde et de la strychnine a été vérifié de nouveau et rendu incontestable. Un lapin de poids moyen est tué par deux dixièmes de milligramme de strychnine; soumis à l'action de la paraldéhyde, il supporte sans succomber une dose trente fois plus forte.

— M. *F. Vigier* présente un échantillon de *sulfo-carbol* ou acide oxyphénique sulfureux. C'est un désinfectant et un antiseptique puissant, qui possède le grand avantage de n'être pas toxique à des doses trois et quatre fois plus fortes que l'acide phénique ou l'acide salicylique. On le retrouve dans les urines, comme l'acide salicylique, au moyen du perchlorure de fer.

A cinq heures trois quarts la séance est levée.

André PETIT.

Clinical Society of London.

SÉANCE DU 23 MAI 1884.

Pyélo-lithotomie. — Corps étranger du larynx.

M. *William Anderson* lit une note sur un cas de pyélolithotomie. Un malade, âgé de vingt ans, fut vu pour la première fois en juillet 1883. Pendant neuf mois il avait souffert de douleur dans les lombes et d'hématurie provoquée par l'exercice; l'urine avait toujours été trouvée exempte de pus et de débris de calculs. Au moment de son admission, on ne trouva rien à l'examen de la vessie et de la région des reins. A la fin d'août le malade accusa une très vive douleur dans le côté gauche et une très grande sensibilité. Le 10 septembre, on pratiqua l'opération suivante. Le rein fut mis à découvert avec toutes les précautions antiseptiques; l'existence d'un calcul dans le bassinet étant révélée par le toucher, on fit une incision de sa paroi, à travers laquelle fut

enlevé le calcul sans que le parenchyme de l'organe fût touché. Aucun accident ne survint pendant l'opération; l'urine s'écoula d'abord par la plaie, puis reprit le chemin de l'uretère douze ou dix-huit heures après. La guérison survint en cinq semaines.

M. *F. Taylor* lit l'observation qui suit. Un homme, âgé de soixante-trois ans, vint pour se faire soigner d'une toux qui le gênait depuis plus de cinq mois. Il ne se plaignait pas de la gorge, mais l'examen du larynx fit découvrir un corps étranger ressemblant à un os enclavé entre les cordes vocales. En questionnant le malade, on apprit que quatre mois auparavant il avait pris du bouillon de tête de mouton et avait avalé un morceau d'os. Pour l'enlever, M. Golding-Bird pratiqua la laryngotomie. Divisant horizontalement la membrane cricothyroïdienne et introduisant dans la trachée un dilatateur, il enleva la plus grande partie du corps étranger avec la pince auriculaire de Toynbee; une plus petite portion, du volume d'un pois, enclavée dans la muqueuse, fut aussi enlevée. Le malade se rétablit rapidement, et quand il se présenta à l'examen deux ans après, le larynx était normal, les cordes se mouvaient librement. Cette observation est intéressante, parce qu'elle montre quel siège curieux le corps étranger est venu occuper et quelle tolérance le malade a montrée malgré le volume assez considérable de ce corps irritant.

SÉANCE DU 9 MAI 1884.

Obstruction intestinale par un diverticulum; opération, guérison. Fractures de la rotule; traitement.

M. *Clutton* rapporte le cas suivant. Un garçon, âgé de dix ans, présentait depuis quatre jours des signes d'obstruction intestinale avec douleur et vomissements. Après anesthésie, on ouvrit l'abdomen; une portion de l'intestin paraissait vide et affaissée; en l'amenant à l'extérieur, on put constater l'existence d'une bride enserrant son calibre. Cette bride fut soulevée avec deux pinces et sectionnée; ses deux extrémités furent liées avec du catgut. On ne put que faire un examen très rapide de la nature de la bride, vu l'état de collapsus du malade. Il semble cependant qu'on ait eu affaire à un diverticulum reste du conduit vitellin ou de la vésicule ombilicale. L'enfant se rétablit d'ailleurs très promptement.

M. *Christophed Heath* montre trois malades atteints de fracture de la rotule, traités immédiatement par l'appareil plâtré. Il émet l'opinion que c'est l'épanchement de liquide dans la jointure qui est la plus sérieuse difficulté au rapprochement des fragments. Il est dans l'habitude de l'évacuer par aspiration et n'en a jamais éprouvé le moindre accident, mais il préfère, quand cela est possible, prévenir l'épanchement par l'immobilisation dans une gouttière plâtrée. L'appareil est renouvelé à la sixième semaine, et à la fin du troisième mois une genouillère de cuir maintient la jointure. Les malades qu'il présente, deux femmes et un homme, ont été traités ainsi; ils offrent un cal fibreux très court.

Pathological Society of London.

SÉANCE DU 6 MAI 1884.

Trois cas de tumeur du poumon.— Un cas supposé d'actinomycose. Dégénérescence syphilitique de la capsule surrénale.

M. *Samuel West* montre trois pièces anatomiques de tumeur du poumon et donne sur elles les renseignements suivants. Un jeune homme de dix-huit ans, qui avait eu la cuisse amputée pour un ostéosarcome quelques mois auparavant, vint consulter, se plaignant de douleurs dans la poitrine, de dyspnée, de palpitation; environ 50 onces de liquide sanguinolent furent enlevées de la plèvre par l'aspiration. A l'autopsie on trouva plusieurs tumeurs dans les deux poumons; elles étaient de même nature que celles qui avaient nécessité l'amputation de la cuisse. Aucune trace de récidive dans le moignon. Un homme de trente-neuf ans était malade depuis un mois et semblait avoir eu une pneumonie; à son entrée à l'hôpital on trouva un léger épanchement à la base du poumon droit; son évacuation n'amena aucun soulagement. A la nécropsie on découvrit à la partie inférieure du poumon droit une masse néoplasique comprimant les bronches et les vaisseaux, que l'examen microscopique montra être un squirrhe. Le dernier cas, analogue au précédent, a été observé chez un homme de soixante-deux ans. Les dégénérescences secondaires du poumon ne sont pas absolument rares, il n'en est pas de même des dégénérescences primitives, telles qu'en ont présenté les deux derniers malades. Un autre point intéressant dans ces deux cas, c'est l'unilatéralité de la lésion; on doit aussi noter l'extension du néoplasme de la racine des bronches vers leurs extrémités, déterminant ainsi des lésions et des symptômes, dont le diagnostic avec la phthisie et les tumeurs du médiastin présente les plus grandes difficultés.

M. *Trères* montre un dessin d'un homme de quarante-six ans, atteint d'actinomycose. Il y a deux ans ce malade vit se former une tumeur sur le côté gauche de la mâchoire inférieure; on l'incisa il y a environ un an, et depuis la plaie ne s'est jamais cicatrisée. D'autres nodules se sont développés sur la poitrine; ils évoluaient de la façon suivante: de petites tumeurs se développaient; elles s'accroissaient graduellement, suppuraient et formaient des ulcérations. Ce sont bien là les symptômes de la maladie décrite par Ponfick et appelée actinomycose. Tous les nodules furent enlevés et grattés; les plaies guérirent bien. A quelque temps de là on enleva un certain nombre des mêmes tumeurs de l'aisselle; à la suite de l'opération se déclara une hémorrhagie; le malade mourut accidentellement un mois après. A l'autopsie on trouva des dépôts secondaires dans le poumon, le foie, le rein et la rate. M. Cheyne ne découvrit aucun micro-organisme et les inoculations restèrent négatives.

M. *Turner* montre la capsule surrénale d'un homme âgé de trente-quatre ans. Elle est augmentée de volume, non lobulée et présente quelques fissures naturelles. Son centre est traversé par de nombreux canaux vasculaires dilatés, correspondant à la portion médullaire; leurs parois sont épaissies. Pour l'auteur de la présentation, c'est là un exemple de dégénérescence syphilitique ayant envahi la capsule surrénale.

M. *Percy-Kidd* met sous les yeux des membres de la Société un fibro-myome de l'estomac. Cette tumeur n'avait donné lieu à aucun symptôme pendant la vie; elle fut trouvée à l'autopsie d'un malade mort à la suite d'un abcès du foie. Elle est dure, blanchâtre, de figure uniforme, elle semble développée dans le tissu sous-muqueux de l'estomac et n'avoir aucune connexion avec la tunique musculaire. Elle entoure partiellement l'œsophage, sans le rétrécir. L'estomac est sain. Les caractères microscopiques de la tumeur sont ceux d'un fibro-myome, les éléments musculaires l'emportant sur les autres. De semblables tumeurs sont rares, elles sont ordinairement petites et situées vers l'extrémité cardiaque de l'estomac.

Alfred Pousson.

REVUE DES JOURNAUX

De la désinfection par le chlore et le brome, par MM. Fischer et Proskauer. — Expériences pratiquées à l'Office sanitaire de Berlin. Des matières virulentes de toute espèce, des levures, des sarcines, etc., furent exposées sous une cloche à l'action du chlore naissant. Il fut reconnu, après des essais multipliés, que dans une atmosphère saturée d'humidité on peut obtenir la destruction de tous les microbes par une proportion de chlore déterminée, à condition que les objets virulents ne soient pas enveloppés, ni en couche trop épaisse. Cette proportion a été fixée en moyenne à 3 pour 100 en volume lorsque la durée de l'expérience ne dépasse pas une heure, à 4 pour 100 lorsqu'elle se continue pendant vingt-quatre heures.

Lorsqu'il s'agit d'étendre ces résultats à la pratique de la désinfection, on se buta à d'énormes difficultés. On aménagea spécialement un petit caveau voûté, dans lequel on fit dégager du chlore après y avoir placé une collection des objets que l'on désinfecte habituellement. L'opération n'est pas exempte de dangers pour les voies respiratoires; les vêtements et les tentures sont mis hors de service; les frais sont relativement considérables. Par surcroît, l'action du chlore reste très imparfaite et ne détruit que les micro-organismes de la superficie. En résumé, le chlore constitue un désinfectant difficile à manier et infidèle. On peut en dire autant du brome. Wernich avait annoncé (*Centralbl. f. med. Wiss.*, 1882) des résultats avantageux que les auteurs ne peuvent confirmer que partiellement. (*Mittheil. aus dem kais. Gesundheitsamte*, 1884, p. 228.)

De l'histogenèse de la fibrine, par M. Hlava. — 1° La coagulation du sang est due à une nécrose coagulatrice des leucocytes, par laquelle devient libre le ferment qui doit amener la réunion des substances fibrinoplastique et fibrinogène.

2° Les petites plaques sanguines (de Bizzozero) des mammifères ne participent pas à cette coagulation, ou du moins n'y prennent qu'une part insignifiante. On ne peut leur attribuer une vertu fibrinogène que dans les cas pathologiques où ils se sont multipliés; mais même dans ces cas, la majeure partie de la fibrine est fournie par les leucocytes.

3° Les plaques sanguines des reptiles qui représentent une sorte de leucocytes participent à la coagulation; toutefois cette participation est peu importante.

4° La fibrine est d'abord granuleuse; puis, après la mort des noyaux, fibreuse; il en résulte que la fibrine granuleuse est de la fibrine vraie.

5° Le ferment est lié, non au protoplasma des leucocytes, mais à leur noyau.

Ces conclusions sont contraires à la théorie récemment soutenue par Hayem et Bizzozero. Hlava reconnaît que les plaques sanguines du dernier ne sont que les hématoblastes du premier. (*Archiv für experiment. Path.*, t. XVII, p. 392.)

Des épistaxis spontanées, par M. Kiesselbach. — Au début de sa pratique, l'auteur a perdu un malade d'épistaxis; depuis lors il étudie avec le plus grand soin les cas de ce genre, et il a pu chaque fois découvrir la source de l'hémorrhagie. Dans la grande majorité des cas, elle siégeait dans la partie antérieure et inférieure de la cloison cartilagineuse médiane, plus rarement dans le cornet médian ou inférieur. Pour arrêter l'écoulement de sang, il faut agir directement sur le point malade, et y placer un tampon de ouate de Bruns. On apprendra au malade le point exact où il devra lui-même placer le tampon; de cette façon, on arrive peu à peu à diminuer la tendance aux hémorrhagies. Dans les cas plus sérieux, l'auteur emploie le perchlorure de fer mélangé avec peu d'eau et déposé en bouillie sur l'endroit où se fait l'hémorrhagie. Si, malgré le perchlorure de fer, les hémorrhagies continuent, il faut employer le fer rouge. En général, le traitement direct des épistaxis fournit des résultats très avantageux. (*Berlin. klin. Woch.*, 1884, n° 24.)

Les facteurs de la sexualité, par M. Diesing. — D'après l'auteur, les enfants mâles sont procréés par des spermatozoaires jeunes, ce qui correspond à un appareil génital fortement surmené. Un mâle peu occupé procrée plus d'individus femelles. La même règle s'applique aux femelles. La nutrition insuffisante agit comme le surmenage. Cette théorie est en rapport avec les observations de Thury, Tellair et Fiquet.

Un individu arrivé à l'apogée de ses facultés sexuelles a le minimum de chances de faire passer son sexe à l'ovule. Enfin, dans l'abondance de nutrition, toutes choses égales d'ailleurs, il y a surabondance de femelles procréées, parce que la femelle dépend beaucoup plus de l'alimentation que le mâle (Ploss). De sorte que l'état de la procréation se règle automatiquement à l'avantage du sexe dont la multiplication est plus avantageuse pour l'espèce. (*Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 22.)

Travaux à consulter.

De la pénétration des spores de champignons dans les voies aériennes; maladies qui en résultent, par M. Schutz. — Mémoire des plus remarquables sur un groupe de maladies particulières aux oiseaux. On y trouvera l'historique fort bien fait de toute cette question, ainsi que des expériences personnelles sur une maladie des oies et la teigne des poules. Non seulement l'auteur a démontré qu'une fièvre grave qui décimait les oies d'une basse-cour était due à la pénétration de l'*Aspergillus fumigatus*, mais il est parvenu à reproduire expérimentalement la maladie. Quant à la teigne des poules, son origine parasitaire était connue. (*Mittheil. aus dem kais. Gesundheitsamte*, 1884, p. 208.)

De la pneumonie migratrice, par M. Kuessner. — Petite monographie d'une affection dont la marche clinique est bien connue; elle est assez souvent dénommée en France : *pneumonie érysipélateuse*, en raison de ses migrations inattendues d'un lobe pulmonaire à l'autre. L'auteur rapporte trois observations dont il fait ressortir avec le plus grand sens clinique les particularités intéressantes. (*Deutsche med. Woch.*, 1884, n°s 7-8.)

De l'action de l'antipyrine, par M. Falkenheim. — A la clinique de Kœnigsberg, on a obtenu des résultats semblables à ceux de Filehne. Le nouvel agent paraît sans action sur les fièvres intermittentes. (*Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 24.)

Un cas de foie flottant, par M. Kispert. — Observation avec figures. L'étiologie de cette affection fort rare est attribuée aux grossesses, à l'anémie, à des dégénérescences des appareils ligamenteux du foie. (*Berlin. klin. Woch.*, 1884, n° 24.)

Le virus charbonneux, par M. Osol. — L'auteur, qui a travaillé sous la direction de Semmer, à Dorpat, revient à l'ancienne conception de la nature liquide du virus charbonneux. Et cependant, s'il est un virus pour lequel cette idée ne puisse être soutenue, c'est précisément celui du charbon, et précisément les expériences présentées à l'appui démontrent le contraire. (*Centralb. f. med. Wissensch.*, 1884, n° 23.)

Nouvelle méthode de préparation des cristaux d'hémoglobine, par M. von Stein. — Une goutte de sang placée sur une plaque est exposée à l'air jusqu'à ce que les bords commencent à sécher. On ajoute ensuite du baume du Canada, dans lequel les cristaux se forment en conservant leur couleur. Il faut prendre de préférence du baume jaunâtre, que l'on ramène par le bain-marie à une consistance telle que la baguette de verre en tire des fils transparents. On laisse la cristallisation se terminer pendant quelques jours, on enlève au moyen d'un couteau

trempé dans l'éther la partie superficielle de la préparation, et on monte au moyen de l'asphalte. (*Centralb. f. die med. Wiss.*, 1884, n° 23.)

Influence du volume du corps sur les échanges intra-organiques, par M. Rubner. — Expériences sur des chiens. Plus le poids du corps est faible, plus l'intensité des combustions internes augmente. Cela tient simplement à ce que les organes présentent, chez les petits animaux, une surface relativement plus considérable. Rübner constate que les chiens de petite taille consomment plus de matières albuminoïdes et moins de graisse que les gros chiens. (*Zeitsch. f. Biologie*, t. XIX.)

Des injections sous-cutanées de sels de fer, par M. Glœvecke. — Des expériences sur le lapin ayant démontré que le citrate de fer injecté sous la peau ne détermine pas de réaction, qu'il passe dans la circulation générale et est résorbé sûrement, l'auteur pratique les mêmes expériences sur l'homme. La dose est de 1 décigramme de citrate de fer au 1/10. Les résultats thérapeutiques seraient encourageants. (*Arch. für exp. Path.*, t. XVII, p. 466.)

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de diagnostic médical, par le docteur Paul Spillmann. 1 vol. in-18 diamant. Paris, G. Masson, 1884.

Il est diverses manières de comprendre le plan et l'utilité d'un manuel ou d'un traité de diagnostic. On peut se préoccuper d'offrir aux médecins et aux étudiants un guide pratique leur permettant d'arriver rapidement à reconnaître, dans la plupart des cas, par l'analyse de ses symptômes les plus frappants, une maladie bien déterminée. On peut aussi se borner à décrire les procédés d'exploration qui peuvent servir au médecin, puis, en passant en revue les divers appareils de l'économie, à énumérer et à décrire les diverses lésions qui les atteignent et les symptômes auxquels ces lésions donnent naissance. La première méthode expose à de nombreuses redites. Elle nécessite une étude minutieuse et attentive de tous les signes objectifs et subjectifs des maladies; elle oblige l'auteur à tenir un grand compte des manifestations pathologiques si variées que présentent les malades, de les envisager en elles-mêmes d'abord, puis dans les associations multiples qu'elles présentent, de les étudier dans leurs modalités diverses, et, ce travail fait, de rechercher comment les symptômes observés peuvent conduire au diagnostic de la lésion qui les détermine; enfin, arrivant à la notion capitale, à celle de la maladie, de montrer comment un symptôme quelconque peut être le résultat, la conséquence des maladies les plus diverses, comment les symptômes les plus variés peuvent dépendre d'une seule et même maladie. Dans une étude de ce genre, il importe de tenir un grand compte des *prodromes*, et un traité de diagnostic, pour être vraiment utile, vraiment pratique, devrait s'appliquer avant tout et surtout à discerner, parmi les premières manifestations d'un état maladif, celles qui doivent être retenues, considérées comme pathognomoniques de celles qui se produisent toutes les fois que la santé est profondément altérée. Le médecin praticien qui se trouve en face d'un mouvement fébrile intense, d'une céphalée vive, d'une douleur thoracique ou abdominale localisée en une région déterminée, etc., etc., aimerait à trouver ainsi dans une sorte de table dichotomique analogue à celle que fournissent les ouvrages de botanique le fil conducteur qui le conduirait sinon à une certitude, du moins à une probabilité. Mais nous ne nous dissimulons point les difficultés que présenterait une œuvre de ce genre.

M. Spillmann a préféré adopter la méthode didactique. Aussi son *Manuel*, qui résume d'ailleurs son enseignement à la Faculté de Nancy, s'adresse-t-il plutôt aux étudiants qui ont besoin d'apprendre à examiner les malades qu'aux médecins qui se trouvent dans l'embarras devant un symptôme ou un processus insolites. Nous plaçant au même point de vue que l'auteur, nous devons louer le soin qu'il a apporté à la rédaction de ses leçons de diagnostic médical. Après quelques pages consacrées à établir les règles qu'il convient de suivre dans l'examen des malades, il examine les procédés d'exploration depuis l'inspection, la palpation et l'auscultation jusqu'à la thermométrie et à l'examen du sang, puis il passe en revue les divers appareils de l'économie : système nerveux, appareils respiratoire, circulatoire, digestif, génito-urinaire. Quelques pages consacrées à montrer comment, dans un cas déterminé, il faut apprécier les symptômes pour arriver au diagnostic, terminent le volume. « Pour être complet, dit M. Spillmann, nous aurions dû faire ici ce travail de synthèse qui aboutit au diagnostic nosologique, réunir tous les éléments du problème, agencer tous les signes que nous avons appris à rechercher, à analyser... Donner ici, comme dans certains manuels, un résumé, un tableau des signes de chaque maladie nous semblerait superflu, fastidieux. Ce serait empiéter sur le domaine de la pathologie spéciale et rendre de plus un mauvais service aux élèves qui se contenteraient souvent de ces indications forcément incomplètes. » On voit, par ces paroles, le but spécial que s'est proposé l'auteur. Ce but, nous n'hésitons pas à l'affirmer, il l'a pleinement atteint. Considéré comme un traité d'exploration médicale, comme un livre destiné à apprendre aux élèves comment ils doivent s'y prendre pour arriver, par l'étude méthodique d'un malade, à explorer tous ses organes et à en rechercher les manifestations pathologiques, ce nouveau manuel peut être loué sans réserves. Il est bien au courant de la science. Il contient même en divers chapitres des indications nouvelles et qui méritent d'appeler l'attention. Très méthodique et très précis, il doit être recommandé à tous ceux qui veulent apprendre l'art d'examiner les malades, à tous ceux qui ont pour tâche d'exercer les élèves à la pratique du diagnostic.

L. L.

Les aliénés en Italie, établissements qui leur sont consacrés, organisation de l'enseignement des maladies mentales et nerveuses, par M. le docteur E. Billod, médecin honoraire des asiles d'aliénés de la Seine, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc. 1 vol. in-8°. G. Masson, Paris, 1884.

En 1881, M. Billod reçut mission du ministre de l'instruction publique d'aller étudier en Italie l'organisation de l'enseignement des maladies mentales et nerveuses. Une pareille étude ne peut guère se faire utilement, sans la visite des établissements d'aliénés, servant d'hôpitaux d'instruction. Notre savant confrère l'a compris et a élargi volontairement le cadre de ses recherches. Les lecteurs français et sans doute aussi nos confrères italiens ne le regretteront pas ; car, grâce à cette manière extensive d'entendre sa mission, nous devons à M. Billod un livre du plus grand intérêt sur les aliénés en Italie, sur les établissements qui leur sont consacrés, et sur le mode d'organisation qui y existe de l'enseignement des maladies mentales et nerveuses.

L'assistance publique des aliénés en Italie n'était encore, il y a une vingtaine d'années, qu'à l'état rudimentaire, quelque chose d'analogue à ce qui existait en France avant les réformes produites par la loi du 30 juin 1838. Mais depuis que ce beau pays, cessant d'être une simple expression géographique, selon la parole d'un diplomate, est devenu un royaume uni, la face des choses a bien changé. Nous pouvons en croire M. Billod, qui, à plus de trente ans d'intervalle, a visité les asiles de la Lombardie, comme ceux

de Gênes et de Rome, et a pu ainsi faire la comparaison et constater les progrès accomplis.

L'Italie possède, répartis dans 62 manicomes, près de 18000 aliénés (le chiffre exact au 31 décembre 1880 est de 17471); ce qui donne un aliéné pour 1634 habitants.

Les manicomes se divisent en établissements publics et en établissements privés. Il en est de même en France; mais ce qui diffère sensiblement de ce qui existe dans notre pays, c'est l'organisation du service médical de ces manicomes. Là, pas de directeur auquel les médecins sont en quelque sorte subordonnés; on ne trouve qu'un médecin en chef, réunissant à ses fonctions celles de directeur, mais sans attributions administratives. Quant à l'administration, elle est du ressort d'une commission, dans laquelle le médecin-directeur a entrée avec voix consultative. Pour compléter le service, chaque asile possède des médecins assistants en nombre indéterminé. Quant au corps de l'internat, c'est un rouage qui n'existe nulle part en Italie, pas plus dans les manicomes que dans les hôpitaux ordinaires.

Ce mécanisme, qui paraît si simple, est-il sans défauts? N'y trouve-t-on aucun de ces frottements, quelque léger qu'il soit, qui puisse, sinon en arrêter la marche, du moins la troubler plus ou moins profondément? M. Billod ne nous dit rien sur ce point; il ne juge pas, il constate seulement.

Quant à l'enseignement de la psychiatrie, il a reçu en Italie les plus grands développements. Il n'est pas une Faculté de médecine où ne se fasse un cours, soit théorique, soit clinique, des maladies mentales. Parmi les maîtres qui professent cette spécialité, on compte un grand nombre d'hommes distingués, qui ne sont pas des inconnus pour nous; citons entre autres Verga à Milan, Bini à Florence, Morselli à Turin, Tamburini à Modène, etc., etc. Grâce aux efforts de ces savants, la patrie de Chiarugi occupe une place des plus honorables dans le mouvement scientifique de notre époque.

La partie la plus considérable du livre de M. Billod est consacrée à la description des différents établissements d'aliénés. Nous avons dit qu'ils sont au nombre de 62; les visiter tous l'un après l'autre n'eût pas été un mince travail. L'auteur, laissant de côté les manicomes de second ordre sur lesquels il ne nous donne que des renseignements de seconde main, s'est attaché surtout à nous faire connaître dans les moindres détails les grands asiles, et il nous démontre que, quels que soient les progrès accomplis dans nos établissements d'aliénés, nous aurions bien des choses à emprunter aux grands manicomes de l'Italie, tels que ceux de Pavie, de Reggio-Emilia, etc.

Les travaux, tels que celui de M. Billod, d'une lecture si attachante et si instructive, échappent à l'analyse; ce sont des livres essentiellement documentaires, et il appartient seulement à celui qui réunit les documents de les mettre en œuvre. M. Billod n'a pas cru devoir le faire, il n'a pas jugé à propos de nous donner en forme de conclusion — ce qui n'eût pas été sans intérêt — un tableau général de ce qu'il a observé, un résumé de ses impressions, distribuant à qui de droit l'éloge et même le blâme; et cependant personne mieux que lui, avec la somme de connaissances théoriques et pratiques qu'il possède, n'était en mesure de remplir ce programme et de nous fournir des jugements d'une incontestable compétence. Tout en regrettant cette lacune, nous reconnaissons que M. Billod a fait œuvre utile et nous exprimons le désir qu'il trouve des imitateurs, qui, en publiant des renseignements précis sur le service des aliénés des différents pays civilisés, nous permettent d'intéressantes comparaisons. La méthode comparative, si nécessaire dans les sciences biologiques, ne l'est pas moins pour la connaissance précise des institutions sociales et en particulier pour l'appréciation des meilleurs modes d'organisation de l'Assistance publique.

Ant. Ritti.

Index bibliographique.

Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, t. XIX, 2e série, année 1882. Paris, 1883. Asselin et Cie. — Ce fascicule renferme un assez grand nombre de mémoires intéressants : Rapports du tympanisme sous-claviculaire avec les autres signes physiques au point de vue du pronostic des épanchements pleuraux, par M. Grancher; Recherches sur l'alimentation artificielle, la suralimentation et les poudres alimentaires, par M. Debove; Études sur quelques troubles de la maladie de Bright, par M. Dieulafoy; Des altérations produites par le *distoma hæmatobium* dans le gros intestin et dans les voies urinaires, mémoire accompagné de planches microphotographiques, par M. Damaschino, etc. Des communications fort instructives sur divers points de la pathologie et de l'épidémiologie sont disséminées dans les procès-verbaux des séances; une des plus curieuses est relative à l'étiologie de l'épidémie typhoïde qui a éclaté à Auxerre en septembre 1882, et qui a été relatée par M. Dionis des Carrières.

Traitement de l'engorgement du col utérin par les cautérisations avec le caustique Filhos (caustique de Vienne solidifié), par le docteur J. Richelot. Paris, 1884. G. Masson. — Se basant sur une longue pratique et un grand nombre d'observations personnelles, l'auteur démontre le peu d'efficacité du traitement général pour combattre l'engorgement du col utérin, dont il retrace à grands traits la marche et les symptômes, et attribue une puissance bien plus considérable au traitement local par les cautérisations. Parmi tous les caustiques, successivement préconisés par les divers gynécologues, il place en première ligne le caustique Filhos, qu'il préfère même au fer rouge, comme étant d'un emploi plus commode, moins effrayant pour la malade, et fournissant des résultats plus faciles à proportionner à l'intensité des lésions. Dans un dernier chapitre, essentiellement pratique, le docteur Richelot décrit avec soin, dans ses plus minutieux détails, le procédé opératoire grâce auquel on peut manier, sans aucune crainte d'accidents, un caustique aussi énergique : mode d'application, durée de la cautérisation, intervalle entre les séances successives, etc. Il termine par une recommandation des plus sages : « Je ne saurais trop répéter, dit-il, que le repos et de grands ménagements sont de haute utilité pendant toute la durée d'un pareil traitement, surtout pendant les premiers jours qui suivent les cautérisations. »

VARIÉTÉS

NOUVELLES DU CHOLÉRA.

Les médecins envoyés à Toulon pour y étudier la nature et la marche de l'épidémie cholérique ont eu de nombreuses conférences. Tout d'abord les médecins de Toulon, entre autres M. Gestin, directeur du service de santé de la marine, et M. Barthélemy, médecin en chef de la marine, ont déclaré que l'on avait affaire au choléra épidémique. MM. Brouardel et Proust, au contraire, faisant remarquer que l'on n'avait pu constater aucun foyer épidémique, inclinaient à penser, comme M. Fauvel, qu'il ne s'agissait que de choléra sporadique. Nous apprenons au dernier moment que MM. Proust, Brouardel, Rochard et Dupré, dans un rapport télégraphique adressé au ministre du commerce, déclarent qu'il est impossible de se prononcer en ce moment sur le caractère de l'épidémie, mais qu'il s'agit probablement du choléra nostras. Cependant les villes du continent et la plupart des nations voisines ordonnent les mesures de préservation les plus complètes.

Toulon, le 25 juin, midi 50 m. — Depuis hier soir, 6 h. 45 m., il y a eu 2 décès cholériques, l'un en ville, l'autre dans les faubourgs.

Le général commandant le 15e corps d'armée télégraphie au ministre de la guerre le bulletin sanitaire suivant de Toulon, du 24, de minuit à 6 h. 40 m. du soir :

2 décès civils; 23 entrées aux hôpitaux de la marine; la plupart pour des cas peu graves. Aucun cas cholérique nouveau; aucun décès dans l'armée de terre.

Toulon, le 25 juin. — Dans les vingt-quatre heures, 4 entrées

à l'hôpital principal, pas de décès; à Saint-Mandrier, 11 entrées, 1 décès. Il n'y a en traitement que 3 malades dont l'état paraisse grave. Presque tous les autres cas sont très légers.

Toulon, le 25 juin. — La municipalité vient de prendre un arrêté ordonnant la fermeture et l'évacuation immédiate de tous les entrepôts d'os, de chiffons, etc., etc.

Marseille, le 25 juin. — On mande de Toulon : Hier matin, l'état sanitaire était satisfaisant. Dans la journée d'avant-hier, il y a eu 7 décès cholériques. A l'hôpital de la marine, le nombre des cholériques était de 17, mais le caractère de la maladie est très bénin. Hier, il n'y a eu qu'un seul décès : 2 malades seulement à l'hôpital civil et à l'hôpital maritime...

Toulon, le 26 juin. — On signale un cas suivi de mort la nuit dernière en ville. Un malade gravement atteint est entré hier soir à l'hôpital maritime. A Marseille, l'état sanitaire continue à être excellent.

— Dans la journée du 25, il y a eu 6 décès. Le nombre des cas survenus dans la population civile reste douteux; dans la population militaire, il y a eu 14 nouveaux malades. Dans la matinée du 26 il y a eu un seul décès.

On signale à Marseille un cas de choléra regardé comme sporadique, bien qu'il ait été rapidement suivi de mort. A Paris, rue Saint-Georges, un cas très bénin de *choléra nostras* a aussi été relevé.

En résumé, il y a jusqu'à ce jour, à Toulon, 30 décès répartis comme il suit : 20 juin, 2 décès; 21, 3 décès; 22, 13 décès, sur lesquels 4 semblent non cholériques; 23 juin, 5 décès; 24, 1 décès; 25, 6 décès.

— La commission nommée hier par le maire de Marseille a constaté, dans sa réunion de ce matin, que l'état sanitaire était excellent, et que deux malades que l'on avait considérés comme cholériques étaient en voie de guérison.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — Une violente épidémie de fièvre typhoïde règne en ce moment à la caserne de la Pépinière. Le 4e de ligne a évacué cette caserne, où il ne reste plus que deux compagnies, celles dans lesquelles la maladie s'est déclarée tout d'abord et qui ont le plus souffert.

EXPÉRIENCES SUR UN SUPPLICIÉ. — La tête de Campi, qui a tout récemment subi le dernier supplice, a été apportée au laboratoire de la rue Vauquelin à M. Laborde, assisté de M. Gley, qui ont fait quelques expériences sur le cadavre *une heure et demie* environ après l'exécution. Les résultats de ces expériences peuvent se résumer ainsi :

1° Contraction extrême du cœur, des cavités droites comme des cavités gauches. 2° Du sang de chien ayant été transfusé dans le crâne par la carotide, la face passa du livide à la coloration ordinaire, et alors les muscles de la face se contractèrent sous l'influence de courants électriques. 3° Après avoir mis à nu les muscles intercostaux internes et externes, M. Laborde a lancé sur leurs attaches les courants électriques; il a observé alors que chaque excitation électrique des muscles intercostaux internes, et par conséquent chaque contraction musculaire de ces muscles, déterminait l'abaissement des côtes supérieures vers les inférieures, tandis qu'elle amenait l'élévation des muscles intercostaux externes. M. Laborde en conclut que les muscles externes servent à l'inspiration et les muscles internes à l'expiration. 4° On a étudié les mouvements du cerveau dans les conditions où l'avait déjà fait M. Luys, c'est-à-dire la cavité aérienne communiquant avec l'extérieur, et l'on vit la masse cérébrale se séparer des parois du crâne dans les diverses inclinaisons de la tête.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décret en date du 21 juin 1884, M. Duplay, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris, est transféré, sur sa demande, dans la chaire d'opérations et appareils à ladite Faculté, en remplacement de M. Le Fort, appelé à d'autres fonctions.

— Par arrêté en date du 21 juin 1884, une chaire de pathologie externe est déclarée vacante à la Faculté de médecine de Paris. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Par arrêté en date du 21 juin 1884, la chaire de chimie médicale de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

NÉCROLOGIE : LETIÉVANT. — Le docteur Letiévant, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu (de Lyon), professeur de pathologie externe à la Faculté, vient de succomber à une attaque d'apoplexie. Il avait été nommé en 1873 chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu, où il avait introduit avec un grand succès les méthodes de pansement de Lister. On lui doit un ouvrage fort estimé sur les sections nerveuses, et il est le véritable inventeur de *la résection costale dans l'empyème*.

— La ville de Nîmes vient de faire une grande perte dans la personne d'un médecin qui, dans le cours de sa longue carrière, s'était attiré la confiance et l'estime générales. M. le docteur Jean-André Ballager n'était pas seulement un praticien expérimenté, c'était un penseur et un écrivain; et nous nous sommes fait un plaisir et un devoir, en 1879, de signaler les sérieux mérites de son *Traité d'hématologie dynamique*, qui, dans la pensée de l'auteur, devait « servir de fondement à un système de pathologie vitaliste ». (2 vol. in-8°. Montpellier, 1878.)

— Le corps médical d'Aix-les-Bains vient de faire une perte sensible dans la personne de M. le docteur Frenoy, ex-chirurgien militaire, à peine âgé de quarante-quatre ans; il a succombé mercredi dernier à une lente affection des organes digestifs, contractée, selon toutes probabilités, pendant son séjour en Afrique.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Alphonse Gratiot, décédé à Paris, le 11 juin, à l'âge de soixante-douze ans.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — L'administration de l'Assistance publique a créé récemment un nouvel hôpital temporaire, l'Hôpital des Mariniers. Situé dans le quartier de Montrouge, sentier des Mariniers, d'où son nom, cet hôpital contient 200 lits. Le service médical en a été confié à M. le docteur Tapret. L'Hôtel-Dieu annexe a été également ouvert de nouveau temporairement, il y a quelque temps; les trois services de médecine ont été placés sous la direction de MM. les docteurs Chauffard et Danlos, médecins du Bureau central.

BUREAU CENTRAL. — Le jury du concours pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central, qui s'est ouvert le jeudi 19 juin 1884, est composé de MM. les docteurs Guyon, Desprès, Horteloup, Terrillon, Théophile Anger, Gillette et Ball.

NOTRE CONFRÈRE LE PRINCE CHARLES-THÉODORE. — Les journaux de Munich publient l'avis suivant, signé par le frère de l'impératrice d'Autriche, dont nous avons déjà signalé l'habileté ophthalmologique et la pratique spéciale à Menton :

« Toutes les personnes aveugles ou souffrant d'une maladie des yeux seront reçues dans l'établissement très confortable, nouvellement construit à Tegernsée (Bavière). Les personnes indigentes, munies de certificats constatant leur situation, seront recueillies gratis dans l'établissement.

» *Signé* : CHARLES-THÉODORE,
docteur en médecine. »

MORTALITÉ A PARIS (25e semaine, du 13 au 19 juin 1884). — Fièvre typhoïde, 32. — Variole, 1. — Rougeole, 27. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 31. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 8. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 53. — Phthisie pulmonaire, 206. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 68. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 51. — Bronchite aiguë, 30. — Pneumonie, 65. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 35; au sein et mixte, 18; inconnu, 3. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 90; de l'appareil circulatoire, 59; de l'appareil respiratoire, 61; de l'appareil digestif, 13; de l'appareil génito-urinaire, 30; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 15. — Morts violentes, 27. — Causes non classées, 7. — Total : 1000.

CORRESPONDANCE. — *A monsieur le docteur P..., à Berlin.* — La *Gazette hebdomadaire* n'accepte, comme *travaux originaux*, que des mémoires écrits en français et n'ayant pas encore paru dans d'autres journaux. Ces mémoires ne sont pas rétribués.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

THÉRAPEUTIQUE

Médication martiale d'après les travaux scientifiques les plus récents.

« Le fer, dit M. le professeur Hayem (1), est un des principes les plus importants de l'organisme et le seul métal dont la présence soit indispensable au maintien de la vie. Il existe dans toutes les parties de l'économie, mais nulle part il n'acquiert autant d'importance que dans le sang. »

Le sang d'un individu bien portant contient approximativement 3 grammes de fer et, lorsqu'il vient à diminuer, il y a dépérissemement, l'appétit disparaît, les forces s'affaiblissent, le sang perd sa belle couleur naturelle et toutes ses qualités.

Dans un grand nombre de maladies, telles que l'anémie, la chlorose, les hémorrhagies, la débilité, etc., il arrive parfois que le sang a perdu la moitié de son fer et pour guérir ces maladies, il faut absolument restituer au sang le fer qui lui manque.

Le problème à résoudre était de trouver une préparation présentant le fer sous la forme qu'il doit revêtir pour pénétrer dans l'organisme sans fatiguer les voies digestives et sans rien enlever des qualités essentielles du suc gastrique (2).

Le docteur Rabuteau (3) a résolu le problème en préparant des dragées contenant le fer à l'état où il doit être amené par l'estomac avant de passer dans le système circulatoire.

Ces dragées contiennent chacune très exactement 25 milligrammes de sel ferreux; elles doivent être prises à la dose de deux à trois, matin et soir aux repas.

Les ingénieux appareils imaginés par les professeurs Potain, Hayem et Malassez, pour l'examen microscopique du sang (4), ont permis aux médecins d'étudier comparativement la valeur des ferrugineux.

Il résulte de ces études comparatives que le Véritable Fer Rabuteau est le plus physiologique de tous les ferrugineux, puisqu'il présente le fer sous la forme la plus normale pour pénétrer dans le sang et y être complètement assimilé.

En outre, n'étant ni styptique, ni caustique, et ne possédant aucune action coagulante et constrictive sur la muqueuse gastro-intestinale, ce ferrugineux ne provoque ni la constipation, ni la diarrhée; comme il ne demande, pour être absorbé, aucun travail digestif, il ne détermine jamais la pesanteur d'estomac, ni les accidents gastralgiques et dyspeptiques inhérents aux autres préparations.

(1) G. Hayem, professeur à la Faculté de médecine de Paris, *Recherches sur l'anatomie normale et pathologique du sang*. Paris, 1878. *Leçons de thérapeutique*. Paris, 1880.
(2) Ch. Richel, *Du suc gastrique chez l'homme et les animaux*. Paris, 1878.
(3) A. Rabuteau, *Traité de thérapeutique et pharmacologie*. Paris, 1884.
(4) Robert Moriez, *La chlorose* (thèse d'agrégation). Paris, 1880.

Les effets thérapeutiques sont rapides et énergiques : chez des femmes dont les règles avaient cessé depuis un grand nombre de mois, l'aménorrhée disparut; chez d'autres, atteintes d'un état chloro-anémique persistant depuis longtemps, et d'autant plus grave que les ferrugineux ordinaires n'étaient pas supportés, les Dragées de Fer Rabuteau, prises à la dose de quatre par jour, ramenèrent en peu de temps les fonctions digestives à leur état normal. Il devait en être ainsi, puisque ce fer n'a pas besoin de l'intervention du suc gastrique pour être rendu assimilable. Dans les chloro-anémies graves où le suc gastrique est très pauvre en acide chlorhydrique, les effets sont remarquables.

« En résumé, dit l'*Union médicale*, à laquelle nous » empruntons cette étude, les observations cliniques re- » cueillies dans les hôpitaux de Paris ont démontré que la » médication martiale par le Fer Rabuteau est la plus ration- » nelle de la thérapeutique. »

Des effets thérapeutiques du bromure de camphre.

Plusieurs fois déjà le *Progrès médical* a eu l'occasion de résumer les travaux publiés sur le *bromure de camphre*, complétant en les confirmant les recherches de MM. Bourneville et Launder Brunon. Laissant de côté toute la partie physiologique, nous allons exposer les documents publiés sur les propriétés thérapeutiques de cette substance. Nous emprunterons ces documents à la dernière édition du mémoire de M. le docteur Pathault (1), à la thèse de M. Petrowitz (2), à la thèse de M. Hublé (3), ainsi qu'à différents recueils périodiques.

Parmi les maladies qui ont été traitées par le bromure de camphre, nous rappellerons le *delirium tremens* (Deneffe, O' Hara), le *tremblement alcoolique* (Rosenthal, Penalver), l'*insomnie*, les *convulsions de l'enfance* (Hammond), les *névralgies* (Desnos, Tomasi, Vacherie), la *chorée* (Desnos, Gallard, des Brulais, Hammond); aux observations anciennes concernant cette dernière maladie, nous sommes heureux d'ajouter la suivante, due au regretté Clozel de Boyer.

M... Anne, vingt ans. Cette jeune fille a été déjà atteinte il y deux ans d'une *hémichorée gauche* survenue à la suite d'une grande frayeur, et dont elle est restée souffrante pendant six semaines environ; elle avait été traitée par des pulvérisations d'éther et par les pilules de Méglin; olle n'avait conservé de cette première atteinte, ni lésion cardiaque, ni troubles mus-

(1) *Du bromure de camphre et de ses usages thérapeutiques*. In-8° de 50 pages, 1857.
(2) *Étude clinique sur le bromure de camphre*. Thèse de Montpellier, 1875.
(3) *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie*. Thèse de Paris, 1881

culaires; depuis, elle était bien portante et n'avait pas de douleurs rhumatismales. En mars 1878, elle fut reprise d'une nouvelle attaque sans pouvoir en préciser la cause. Nous la voyons, le 20 mars : hémichorée gauche complète, les muscles de la face participent du désordre musculaire; la malade est fort impressionnable, aussi les secousses l'exaspèrent facilement et elle ne peut, ni se servir, ni même quitter son lit. Soumise au traitement par les *capsules Clin au bromure de camphre* à la dose de quatre, puis de six par jour, elle devient en peu de temps capable d'exécuter des mouvements volontaires sans trop de maladresse; au bout de huit jours, elle pouvait marcher; après trois semaines, la guérison était à peu près complète, la petite malade n'avait gardé de sa chorée que quelques faux mouvements quand on l'intimidait un peu. En un mois, tout avait disparu et elle put aller passer quelques jours à la campagne pour achever sa convalescence.

Mais c'est contre l'*épilepsie* que les essais les plus nombreux du bromure de camphre ont été faits dans ces dernières années. Ce médicament avait en effet sa place toute marquée, contre cette maladie, parmi les succédanés du bromure de potassium, et il a paru ici même, en 1874, une analyse des premières tentatives faites à la Salpêtrière. Ces essais avaient donné de bons résultats, et ils ont attiré l'attention des praticiens sur le bromure de camphre. Ainsi, nous trouvons dans un journal espagnol, *El anfiteatro anatomico* (février 1878), l'observation d'un épileptique malade depuis douze ans qui, après avoir été soumis inutilement au bromure de potassium et au musc, vit ses accès diminuer assez rapidement et disparaître sous l'influence du bromure de camphre administré à dose relativement modérée. Depuis, ces essais ont été repris à la Salpêtrière, dans le service de MM. Charcot, Delasiauve, Bourneville, et nous en trouvons le résultat consigné dans la thèse de M. Hublé. Donné d'une façon continue et prolongée à la dose de 1gr,50 à 2 grammes par jour (1), le bromure de camphre ne paraît pas avoir d'effets bien nets contre les accès proprement dits; mais il a produit une diminution rapide des vertiges, principalement de ceux qui viennent en série; or, si l'on se rappelle que depuis Trousseau la forme vertigineuse est généralement considérée comme la plus propre à déterminer rapidement la démence, on comprendra de quelle importance deviendra ce médicament si ces effets sont confirmés ultérieurement. Il a été donné aussi contre l'état de mal épileptique, mais à doses plus fortes, 8 à 9 grammes en trois lavements; ces quantités considérables ont pu être administrées sans accidents, et ont produit un abaissement notable de température et le retour du sommeil, ce qui est en rapport avec ce que l'on sait des propriétés physiologiques du bromure de camphre; il semble aussi avoir diminué la fréquence des accès, qui perdent rapidement le caractère subintrant. Il a été employé enfin contre les *accès de manie aiguë* qui suivent et compliquent souvent l'état de mal et là aussi il paraît avoir produit de bons effets.

Ces résultats (et les propriétés sédatives que possèdent les deux substances qui composent le bromure de camphre) devaient engager à l'employer contre l'*hystérie*. Jusqu'ici, les observations publiées sont trop peu nombreuses pour qu'il soit possible de juger ce médicament d'une façon définitive, et il serait à désirer que les essais fussent repris plus en grand dans un service spécial. M. Dujardin-Beaumetz ne le croit utile que quand il se produit en même temps des excitations génitales; cependant dans quelques-unes des observations publiées par M. Pathault et recueillies dans divers services de la Pitié, de Necker, de Beaujon, les résultats obtenus sont véritablement encourageants; il en est de même pour les cas cités dans le travail espagnol dont nous parlions plus haut, et nous ne pouvons que nous rallier à la conclusion du docteur Enrique Gabaldon, son auteur : « le bromure de camphre n'aurait-il pour effet que d'interrompre les attaques pendant un temps plus ou moins long ou même de les espacer, sa valeur n'en serait pas moins inappréciable. »

Nous rappellerons aussi que le bromure de camphre a donné des résultats satisfaisants dans certaines formes de *dyspnée nerveuse* (Pathault, Potain), et même dans certains troubles qui accompagnent fréquemment les lésions organiques du cœur et de l'aorte. Assurément, en pareille occurrence, on ne peut prétendre à autre chose qu'à faire disparaître momentanément les accidents concomitants; la lésion persiste; mais, malgré cela, on peut procurer au malade un soulagement réel.

Quelques affections des organes génito-urinaires, et en particulier les *pollutions*, la *spermatorrhée*, sont influencées par le bromure de camphre. Il en est de même de l'*onanisme;* un travail publié dans *The medical and surgical Reporter* et résumé dans *The Canadian journal of medical science* (mai 1877, p. 405) vient corroborer les résultats antérieurs. L'auteur, M. Walter Shermann, formule ainsi son opinion : « Je me suis servi du bromure de camphre dans un grand nombre de cas d'affections nerveuses et je me suis trouvé très bien de son usage. J'ai particulièrement rencontré en lui un remède utile et efficace contre la *masturbation.* »

Nous devons ajouter encore que le *priapisme* simple ou symptomatique, ainsi qu'en fait foi une observation de M. Longuet recueillie dans le service de M. Gallard, que la *nymphomanie*, que divers symptômes comme la *micturition*, le *ténesme*, que l'*irritation de la vessie a frigore* ou par rétention d'urine, disparaissent par l'usage des *Capsules Clin* au bromure de camphre; mais il est nécessaire de continuer l'usage du médicament pendant quelque temps; de plus, chez les sujets nerveux, on note de la plénitude de la tête, due vraisemblablement à l'action du brome, mais cet accident est passager (Rosenthal). Dans toutes les observations auxquelles nous faisons allusion, c'est toujours sous la forme de capsules que le bromure de camphre a été prescrit. Les malades le prennent d'autant plus aisément qu'ils savent que très communément on a recours à cette forme de préparation pharmaceutique dans les affections des organes génito-urinaires.

Il ressort de cette analyse que le bromure de camphre est un agent thérapeutique qui rend des services incontestables dans un grand nombre de cas, à la condition d'être absolument pur; à cet égard, on aura toute garantie en employant les *Capsules du docteur Clin;* chaque capsule contient 20 centigrammes de bromure de camphre pur.

---

(1) Le médicament a toujours été donné sous forme de capsules du docteur Clin.

THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi du lactate de fer.

L'efficacité de l'emploi du fer dans l'anémie, la chlorose, la chloro-anémie n'est pas contestable; la seule chose qui puisse encore être discutée, c'est le mode d'emploi. Il est évident que ce que l'on doit rechercher avant tout, c'est de rendre le fer facilement assimilable, et pour atteindre ce résultat, il faut qu'il soit soluble.

Le nombre des préparations ferrugineuses est très grand, mais il y n'en a que fort peu qui soient solubles, et encore parmi celles qui ont cette qualité, s'en rençontre-t-il beaucoup qui doivent être écartées en raison de leur altérabilité, de leur saveur désagréable, de la difficulté que le malade éprouve à les digérer, parfois même des accidents qu'elles occasionnent.

Il ne faut pas perdre de vue qu'un des symptômes de l'anémie, c'est la faiblesse de l'estomac et le dégoût des aliments; il importe donc beaucoup de n'offrir au malade rien qui lui répugne, aucun médicament qui exige de son estomac des efforts dont il est incapable.

Il est aujourd'hui parfaitement reconnu que c'est sous la forme de lactate que le fer est le plus facilement assimilable. En effet, l'acide lactique est abondamment répandu dans l'économie, il se retrouve dans les muscles et dans toutes les sécrétions, sueurs, sang, urine; ce n'est donc pas introduire dans le corps un élément étranger que de lui fournir l'acide lactique sous la forme de lactate de fer, et il est présumable que c'est seulement quand il a revêtu cette forme que le fer commence à agir d'une manière efficace.

C'est en partant de cette idée que MM. Gélis et Conté ont cherché une préparation qui introduisît directement le lactate de fer dans l'économie. Dès lors en effet, le rôle de l'estomac devait se réduire à un simple travail d'absorption, et l'action des médicaments n'était plus subordonnée à l'acidité plus ou moins grande du suc gastrique. Ils ont donc créé les Dragées et Pastilles de lactate de fer qui portent leur nom, et très rapidement ce médicament a pris une place importante dans la thérapeutique.

L'Académie de médecine, saisie de l'examen de ces préparations par l'envoi qui leur en a été fait par MM. Gélis et Conté, a nommé une commission pour les étudier. M. Bouillaud, le rapporteur, s'est livré, ainsi que M. Fouquier, le président de la Commission, à des expériences nombreuses; il a constaté que le médicament était parfaitement supporté par tous les sujets, et qu'il n'était aucun des malades auxquels il l'avait administré qui ne s'en fût bien trouvé et n'eût ressenti une amélioration notable. Il terminait son rapport par les lignes suivantes :

« La Commission sait avec quelle réserve il convient de se » prononcer toutes les fois qu'il s'agit de préparations médi» camenteuses nouvelles; mais elle n'ignore pas non plus » que cette réserve a des bornes, et qu'elle ne doit pas aller » jusqu'à refuser de rendre aux auteurs de ces préparations » la justice qui leur est due.

» D'après les faits dont nous venons d'avoir l'honneur de » vous exposer un résumé succinct, nous croyons, Messieurs, » qu'il serait difficile de ne pas porter un jugement favo» rable sur la nouvelle préparation ferrugineuse proposée par » MM. Gélis et Conté, et de ne pas reconnaître que les » recherches cliniques permettent dès à présent de placer au » rang des plus utiles préparations ferrugineuses le sel nou» veau dont ils viennent, d'après un heureux et ingénieux » rapprochement, d'enrichir la matière médicale. »

Ce jugement, vieux aujourd'hui de quarante-quatre ans, a été ratifié par le corps médical : MM. Andral, Bouillaud, Fouquier, Bally, Nonat, Beau, etc., ont constamment employé les Dragées de Gélis et Conté dans leurs services, et aucun médicament nouveau n'est venu détrôner cette excellente préparation. Son emploi se signale immédiatement par le réveil de l'appétit, et c'est au bout de très peu de jours que les anémiques ressentent les changements qui leur rendent le courage et bientôt les forces.

Les Dragées de Gélis et Conté sont employées avec succès dans tous les cas où les ferrugineux sont indiqués, notamment l'anémie, la chlorose, la chloro-anémie, l'aménorrhée, la disménorrhée, la leucorrhée chronique; pour les enfants de complexion délicate et les convalescents de longues maladies.

Chaque dragée contient 5 centigrammes de lactate de fer; la dose habituelle varie de six à douze par jour.

(*Union médicale.*)

BIBLIOGRAPHIE.

La librairie de G. Masson commence, avec le concours des professeurs les plus autorisés, une collection spécialement destinée à l'enseignement des jeunes filles, et conçue dans un esprit absolument approprié au but qu'elle poursuit.

L'an dernier, les *Premières Leçons d'histoire littéraire* (littérature française, littérature grecque, littérature latine) de MM. Petit de Julleville, Croiset et Lallier, ont dignement inauguré cette série.

Nous sommes heureux d'annoncer aujourd'hui quelques volumes nouveaux dont le succès ne sera pas moindre, et nous les signalons tout particulièrement à nos lecteurs; car ils ne conviennent pas seulement aux jeunes filles, mais à tous les amateurs éclairés de littérature. Des exemplaires, avec un élégant cartonnage anglais, sont mis à la disposition de cette classe spéciale d'acheteurs.

Histoire de la civilisation, par Ch. Seignobos, docteur ès lettres, maître de conférences à la Faculté de Dijon. — I. Les âges préhistoriques.—Histoire ancienne de l'Orient. — Histoire des Grecs. — Histoire romaine. — Le moyen âge jusqu'à Charlemagne. — 1 vol. in-18 avec 105 figures dans le texte, cartonné.

Leçons de littérature française, par L. Petit de Julleville, professeur à la Sorbonne. — Première partie (4e année de l'enseignement). Les origines de la langue française : onzième, douzième, treizième, quatorzième, quinzième et seizième siècles, *les poètes;* seizième siècle, *les prosateurs;* dix-septième siècle jusqu'à Corneille. 1 vol. in-18, cartonné : 2 francs.

Histoire nationale et notions sommaires d'Histoire générale depuis l'époque gauloise jusqu'au milieu du quinzième siècle, par J. Corréard, professeur au lycée Condorcet. 1 vol. in-18 (1re année de l'enseignement), cartonné : 2 fr. 50.

Leçons de littérature grecque, par Alfred Croiset, professeur adjoint à la Faculté des lettres.

Les origines. — L'époque didactique et le lyrisme; les premiers prosateurs.

L'époque attique. — La tragédie; la comédie; l'histoire; la philosophie, l'éloquence.

L'hellénisme. — Littérature alexandrine; littérature gréco-latine. 1 vol. in-18 (quatrième année de l'enseignement), cartonné : 2 francs.

Les *Leçons de littérature grecque* sont destinées à compléter la partie grecque des premières Leçons d'histoire littéraire. Les deux volumes se font suite. Mais, tandis que le premier, rédigé pour répondre au programme de la troisième année de l'enseignement secondaire des jeunes filles, donnait, en trois cents pages environ, l'histoire des trois littératures classiques, celui-ci, conformément aux instructions du programme de la quatrième année, est consacré uniquement à la littérature grecque. La principale différence entre les deux volumes est dans l'abondance et l'étendue des citations. Il s'agissait surtout, dans le premier, de présenter sous une forme claire et le plus brièvement possible l'enchaînement général des faits à un jeune public obligé par les programmes de parcourir très vite l'ensemble des trois littératures. Les citations, dans ces circonstances, devaient être réduites à ce qui paraissait strictement nécessaire pour que l'exposé des faits ne fût pas inintelligible ou rebutant. Ce second volume s'adresse à des lecteurs moins pressés : on a donc pu faire une place beaucoup plus grande aux analyses et aux extraits des chefs-d'œuvre grecs. La partie d'exposition, au contraire, bien qu'elle ait reçu quelques développements nouveaux, n'a pas été profondément modifiée. Il n'est pas difficile, je crois, de justifier ce plan. Ce volume est essentiellement destiné à l'enseignement des jeunes filles. Peut-être est-il de nature à rendre quelques services à l'enseignement des garçons, soit dans les premières classes des lycées, soit dans l'enseignement spécial ou même à des lecteurs plus âgés, mais en tous cas il s'adresse à des lecteurs que l'on suppose étrangers à la connaissance de la langue grecque et qui n'ont aucun besoin des curiosités de l'histoire littéraire. Ce qui leur importe au contraire beaucoup, c'est d'avoir une idée juste et précise des grands noms et des grandes œuvres qui sont une partie essentielle du patrimoine de l'humanité, et qui ont agi plus ou moins directement sur la formation de notre esprit. Or, en matière littéraire, rien ne supplée à la connaissance personnelle des œuvres. D'autre part, les textes antiques, même traduits, sont inabordables pour une foule de raisons aux lecteurs que j'avais en vue, et des extraits détachés ne donnent en général qu'une idée très insuffisante de l'ouvrage auxquels ils appartiennent. De là, le plan suivi dans ce volume. J'ai voulu faire l'histoire de la littérature grecque surtout sur les textes, mais par des textes choisis avec soin et reliés entre eux. C'est ainsi que je me suis attaché de préférence pour chaque auteur à une œuvre capitale, dont j'ai essayé de donner une idée juste, plutôt que de multiplier des extraits pris de toutes parts, sans rapports entre eux, et par là même moins intéressants. Quant à la place tout à fait prépondérante qui a été faite dans ce choix de morceaux aux poèmes d'Homère, personne, je pense, parmi les juges compétents ne s'étonnera.

J'ai fait moi-même la traduction d'un certain nombre de morceaux cités dans ce volume, mais beaucoup aussi sont empruntés à des traductions justement estimées; dans ce cas le nom des traducteurs a toujours été cité en note. Ces passages, d'ailleurs, ont tous été revus avec attention, et j'y ai fait parfois quelques changements motivés surtout par les résultats des travaux critiques les plus récents.

Mon objet serait pleinement atteint si mes lecteurs, après avoir étudié ce volume, en tiraient non seulement les connaissances de quelques noms et de quelques dates, mais aussi un certain nombre d'impressions littéraires vives, sincères, vraiment personnelles, et déjà quelque pressentiment de ce charme exquis et raisonnable qui donne aux œuvres grecques une place unique dans l'histoire de la littérature et de l'art.

Notions élémentaires de géographie générale, par Marcel Dubois, chargé des cours d'histoire et de géographie à la Faculté de Nancy. — Le globe terrestre; les mers; les continents; l'atmosphère; l'homme et la nature; étude sommaire des cinq parties du Monde; l'histoire sommaire des découvertes. 1 vol. in-18 (1re année de l'enseignement), cartonné : 1 fr. 50.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

TRENTE-ET-UNIÈME ANNÉE N° 27 4 JUILLET 1884

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 26 juin 1884.

Académie de médecine: Le choléra.

Le respect que nous inspirent la grande expérience, la science incontestée de M. Fauvel et les services éminents qu'il a rendus à notre pays, ne peut nous empêcher d'exprimer ici les réserves avec lesquelles il convient d'accueillir les paroles que nous avons entendues mardi dernier. Avec une grande précision, une entière franchise et une autorité que l'Académie a consacrée par ses applaudissements, M. Brouardel venait en son nom, et au nom de son collègue M. Proust, d'exposer les motifs pour lesquels il croyait devoir considérer l'épidémie cholérique qui sévit à Toulon comme une épidémie de choléra asiatique. On trouvera plus loin (p. 454), et l'on pourra lire *in extenso* au *Bulletin de l'Académie* ce rapport si net et si éloquent dans sa concision.

Nous ne nous arrêterons donc pas à l'analyser. MM. Brouardel et Proust étaient partis pour Toulon avec le désir et l'espoir de n'y rencontrer qu'une épidémie de diarrhée saisonnière compliquée de quelques cas de choléra-nostras. L'examen clinique des malades qu'ils observaient, contredisant l'hypothèse qu'avait émise M. Fauvel, ils se sont appliqués à rechercher, par l'étude épidémiologique de la maladie, s'il ne s'agissait point d'un choléra importé. Cette preuve, toujours difficile à donner, leur ayant échappé, ils ont attendu, avant de conclure, que la propagation de la maladie à Marseille et dans la banlieue de Toulon vînt affirmer son caractère envahissant. Et lorsque, convaincu par les faits qu'il avait observés et par ceux qui lui étaient transmis, M. Brouardel est venu dire en concluant : « Le choléra que nous avons vu à Toulon est un choléra meurtrier; il tue en quelques heures; il s'étend et se propage par contagion; il a déjà causé cinquante décès; des cas intérieurs ont été observés dans les hôpitaux; des accidents mortels ont été constatés sur des sujets qui n'ont pas été à Toulon; c'est donc un choléra épidémique et contagieux », personne, ce nous semble, ne pouvait mettre en doute ce résultat d'une enquête aussi impartiale que bien conduite.

A ces assertions, M. Fauvel a cru cependant devoir répondre: Vous n'avez pas le droit de conclure comme vous venez de le faire. Il vous a été impossible, dites-vous, de trouver le navire qui a apporté le choléra à Toulon. Aussi longtemps que vous n'aurez pas démontré d'une manière irréfutable que la maladie que vous avez observée a été *importée*, qu'elle provient directement d'un pays où règne le choléra épidémique, je maintiendrai que vous n'avez en affaire qu'à un choléra sporadique. M. Fauvel a même été plus loin. Il a parlé du dommage qu'avaient causé au commerce français des mesures de préservation prises par les pays voisins, et il s'est élevé avec véhémence contre les prohibitions quarantenaires. Nous n'insisterons pas sur cet argument. S'il est démontré que le choléra qui règne à Toulon est bien le choléra épidémique, M. Fauvel, qui n'a pas été le moins ardent, au mois de juillet 1883, à déclarer que les quarantaines les plus rigoureuses devaient être opposées à l'épidémie d'Egypte, reconnaîtra sans doute que, si la France est aujourd'hui victime du régime quarantenaire, ce ne sont point les dépêches ou le rapport de M. Brouardel qu'il convient d'incriminer.

Examinons donc aussi succinctement que possible ce qu'il faut penser aujourd'hui des documents qui nous sont fournis. L'étude de l'épidémie de Toulon peut être faite à deux points de vue: au point de vue clinique et au point de vue épidémiologique.

Au point de vue clinique, le choléra dit *nostras*, c'est-à-dire celui qui naît en Europe, dépend de conditions locales et se développe sous forme d'épidémies saisonnières, est toujours bénin. S'il est vrai que ses symptômes se rapprochent beaucoup de ceux du choléra indien, il est prouvé par la plupart des épidémies anciennes et par tous les faits observés en Europe que presque tous les malades adultes guérissent. Jamais on n'a vu une épidémie de choléra *nostras* donner naissance à 60 décès en dix jours. Jamais on n'a vu le choléra sporadique déterminer un grand nombre de cas foudroyants, s'étendre peu à peu et se transmettre par contagion. Les faits cités par M. Brouardel nous paraissent donc irréfutables au point de vue clinique. Le choléra de Toulon présente tous les caractères anatomiques et symptomatiques du choléra indien.

La question épidémiologique est plus difficile à résoudre. Le grand argument de M. Fauvel, déjà réfuté par les *faits* signalés par M. Brouardel, a été combattu avec la plus grande vivacité par M. Pasteur : « Le principal argument fourni par M. Fauvel pour établir que le choléra de Toulon n'était pas d'origine asiatique, s'est écrié M. Pasteur, consiste à dire qu'il n'est pas envahissant et que le nombre des cas est trop restreint. Or que voyons-nous lorsque nous étudions les épidémies antérieures de choléra asiatique, celle de Toulon en 1865, par exemple? Les décès cholériques inscrits jour par jour nous montrent que le premier jour il y a 1 décès; le deuxième, 2; le troisième, 1; le quatrième, 0 et ainsi de suite pendant quinze jours, époque à laquelle le chiffre des décès est monté à 20 et plus pour s'y maintenir pendant un certain temps, puis décroître peu à peu. Or c'est ainsi que les choses se passent à Toulon à l'heure actuelle ».

M. Fauvel n'a rien répondu à cette réfutation si logique de son raisonnement. Et de fait il était difficile d'y répondre. En 1865, le 12 juillet, devant la Société médicale des hôpitaux, M. Fauvel déclarait qu'il ne croyait pas la France menacée d'une nouvelle épidémie cholérique, et le 23 juillet le choléra éclatait à Marseille. Le 13 septembre de la même année, dans son rapport sur les maladies régnantes, M. Gallard ajoutait que « tout porte à supposer que l'épidémie restera bornée au littoral de la Méditerranée », et le 22 septembre la maladie sévissait avec une redoutable intensité à l'hôpital Lariboisière.

Nul ne saurait donc, au point de vue de son extension possible, de sa marche probable, rien affirmer de certain quand il s'agit du choléra. Et nous pensons avoir mal compris M. Fauvel lorsqu'il déclarait, il y a huit jours, que « lorsque le choléra asiatique frappe une grande agglomération d'hommes, il la frappe avec une violence extrême et se dissémine avec une grande rapidité, si bien que la maladie acquiert son maximum d'intensité au bout de quelques jours. »

A l'argument tiré de l'épidémie de Toulon en 1865, on pourrait, en effet, ajouter celui de l'épidémie de 1849. C'est le 10 octobre 1848 que le choléra se manifeste à Dunkerque. Il reste localisé dans les limites de cet arrondissement jusqu'au 1er novembre, puis il envahit successivement Lille, Douai, Saint-Omer. Il n'atteint Paris que le 7 mars 1849.

Donc la marche *lentement* et graduellement progressive du choléra dans la banlieue de Toulon et à Marseille n'a rien qui doive surprendre ceux qui étudient l'évolution des épidémies antérieures. Reste donc ce fait que MM. Brouardel, Proust et Rochard n'ont pu découvrir « la fissure » par laquelle le choléra s'est introduit à Toulon. Dussions-nous passer pour un esprit chagrin, nous avouons que cet argument lui-même nous touche médiocrement. En 1866, on a soutenu que le choléra avait débuté à Marseille en même temps qu'à Alexandrie, rien ne démontre *scientifiquement* qu'il ait été importé à Marseille par tel ou tel navire. Il en a été de même au Havre en 1873. L'importation du choléra par le navire l'*Ammonia* venant de Hambourg n'est rien moins que prouvée. L'équipage de la *Sarthe* n'a pas été atteint, mais, comme nous le disions dans notre dernier numéro, rien ne prouve que des marchandises apportées par la *Sarthe* n'ont pu importer la maladie. On est donc en droit de protester aujourd'hui contre les fins de non-recevoir opposées par M. Fauvel aux faits apportés par M. Brouardel ainsi qu'aux déductions qu'il en prétend tirer.

Est-ce à dire, pour cela, qu'il faille admettre l'éclosion spontanée à Toulon d'un choléra épidémique ou la reviviscence de germes anciens? Telle n'est pas notre opinion. Nous avouons que les documents qui nous sont fournis ne nous permettent pas encore de dire comment et par qui a été importé le choléra qui nous paraît menacer la France. Mais si nous rappelons le passé, c'est pour bien montrer que, dans plusieurs épidémies graves, les mêmes obscurités ont donné naissance aux mêmes incertitudes. Parkes a-t-il pu, en 1865, trouver le paquebot qui apporta le choléra à Southampton? L'épidémie de la Guadeloupe n'a-t-elle pas été importée par un navire qui n'avait eu aucun malade à bord, ni au départ, ni pendant la traversée? Et n'a-t-on pas vu assez fréquemment une épidémie parfois meurtrière se développer en quelque sorte spontanément un mois, six semaines quelquefois après le décès d'un cholérique, décès imprudemment caché ou dont le diagnostic avait été méconnu?

Les données épidémiologiques, quel que soit leur intérêt, sont donc, plus souvent encore que les faits cliniques, sujettes à tromper ceux qui n'étudient pas une maladie sous toutes ses faces et dans toutes ses manifestations. Et c'est pourquoi nous aurions voulu précisément, pour éviter à la France les mesures souvent vexatoires dont s'est plaint M. Fauvel, un peu plus de décision et d'énergie dès la première apparition du choléra à Toulon. Si l'on n'avait pas caché pendant plusieurs jours l'invasion de l'épidémie, si l'on avait eu le courage d'isoler Toulon et sa banlieue du reste de la France, les quarantaines dont on se plaint aujourd'hui n'auraient point été nécessaires. Qu'on ne l'oublie pas, l'épidémie de 1865-66, dont les débuts ont été analogues à ceux de l'épidémie actuelle, a été remarquable par sa durée et par la gravité de la maladie, qui, comme à Toulon, n'était pas proportionnelle au nombre des malades atteints. Si les mesures de préservation ordonnées par les puissances voisines durent aussi longtemps que le choléra, le commerce de notre pays sera frappé à mort. Il eût donc été avantageux d'appliquer, dès l'apparition de l'épidémie, la loi de 1822, et, autant que possible, d'isoler Toulon du reste de la France. Aujourd'hui nous devons souhaiter que l'épidémie de 1883 rappelle l'épidémie de 1873, qui s'est éteinte sans grand dommage, grâce aux progrès de l'hygiène et à l'atténuation d'une maladie qui, il faut l'espérer, restera désormais bénigne.

L. Lereboullet.

— Au dernier moment nous recevons d'une source autorisée des renseignements qui prouvent combien il faut hésiter avant d'affirmer qu'une épidémie cholérique n'a pu être importée. La *Sarthe* avait rapporté de Cochinchine des sacs de riz, qui ont été, sans désinfection préalable, embarqués sur le navire *la Moselle* et conduits à Rochefort. La *Moselle* avait quitté Toulon le 15 juin, ignorant, que dès le 14, le choléra y avait éclaté. Malgré l'état favorable de l'équipage les autorités sanitaires de Rochefort ont ordonné, avec la plus louable énergie, les mesures de préservation les plus complètes. Les trente sacs de riz ont été jetés à la mer. Les hommes chargés de ce travail et les vêtements qu'ils portaient ont été désinfectés avec soin. De plus, sur l'ordre du docteur Berchon de Paullac, le déchargement sanitaire complet du navire a été ordonné et, dans ce but, la *Moselle* a été conduite au lazaret de Trébéron à Brest, où elle subira une quarantaine. Grâce à ces précautions, Rochefort échappera sans doute à l'importation du choléra, mais qui nous dit qu'à la Division des équipages de la flotte à Toulon, des

sacs de riz débarqués de la *Sarthe* n'ont pu communiquer la maladie? Une nouvelle enquête à ce sujet ne serait point inutile. L. L.

De la suture et de la régénération des nerfs.

Malgré de nombreux travaux, une grande obscurité plane encore sur cette question, et après plus de vingt ans de recherches patiemment poursuivies, la physiologie expérimentale et la chirurgie pratique n'ont pu se mettre d'accord. M. Tillaux vient d'introduire un nouvel élément dans la discussion pendante. Nous en profiterons pour établir le bilan de nos connaissances actuelles et pour voir si, décidément, la différence est si profonde entre les résultats obtenus chez l'homme et ceux qu'on observe chez les animaux.

I

Les recherches physiologiques ont précédé les tentatives chirurgicales. Grâce aux travaux de Waller, de Vulpian, de Ranvier et de Tripier, pour ne citer que quelques noms, la science possède des données positives sur les modifications subies par les nerfs après leur section. Un premier point sur lequel les expérimentateurs semblent d'accord, c'est l'impossibilité de la réunion immédiate des deux bouts divisés. On a pu obtenir l'adhésion primitive du tissu fibreux qui enveloppe les tubes, mais les tubes eux-mêmes ne se soudent pas, et, pour eux, les phénomènes de cicatrisation sont identiques, du moins dans une première période ; qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas contact des deux segments nerveux.

Au bout d'un temps variable, suivant l'espèce animale, au quatrième jour, chez le chien, le segment périphérique a perdu ses propriétés, il devient inexcitable, et l'examen histologique nous donne la clef de cette déchéance. Les cellules appliquées contre la gaine de Schwann se gonflent; elles s'entourent de protoplasma, et creusent, aux dépens de la myéline, une échancrure en forme de nacelle; le protoplasma s'accroît encore ; sa masse atteint le cylindraxe entamé d'abord, puis coupé ; l'élément essentiel du nerf est ainsi détruit, et toute communication est rompue entre la périphérie et les centres nerveux.

Les transformations ultérieures sont de moindre importance; le filament axile, fragmenté, englobé dans des boules de myéline, disparaît bientôt devant la prolifération de la cellule primitive dont le noyaux se subdivise à l'infini. Aussi le tube nerveux n'est-il plus, au vingtième jour, qu'une gaine de Schwann remplie de protoplasma et de noyaux. Encore ses éléments ne tardent pas à s'atrophier; ils tendent à disparaître d'une manière graduelle, et en fin de compte, les gaines à peu près vides se perdent au milieu du tissu fibreux péritubulaire.

Le bout central, celui qui reste en rapport avec l'axe nerveux, subit aussi des transformations importantes ; mais, au lieu d'être atteint dans sa totalité, seule l'extrémité de ses tubes est altérée; les lésions ne dépassent jamais le premier étranglement annulaire, situé au-dessus de la section ; c'est dans ce court espace que les cellules prolifèrent et que la myéline se fragmente ; ici le processus destructeur respecte le cylindraxe, qui devient le siège d'une activité formative spéciale, et c'est grâce à lui que commencent, vers le vingtième jour, les phénomènes de régénération des nerfs.

Au niveau de l'étranglement, chacun des cylindraxes bourgeonne; il donne naissance tantôt à un seul tube, tantôt à trois tubes recouverts de myéline et formés de segments interannulaires très courts; ces tubes parcourent la gaine de Schwann au milieu des noyaux et du protoplasma, et atteignent le bout périphérique. Le cylindraxe peut être nu, et ce n'est qu'après une première bifurcation qu'il s'entourera de myéline. Grâce à des ramifications successives un seul tube engendre de trente à quarante tubes nouveaux ; aussi le nombre des cylindraxes jeunes qui vont aborder et régénérer le bout périphérique, est-il considérable.

Lorsque les deux extrémités sectionnées sont au contact ou très rapprochées, les tubes du bout supérieur n'ont qu'un très faible espace à parcourir pour atteindre le bout inférieur ; si la distance est beaucoup plus grande, les deux bouts se cicatriseront d'une manière indépendante; la solution de continuité persistera, et le bout inférieur isolé ne se régénérera pas. Lorsque l'intervalle ne dépasse pas quatre à cinq centimètres, les jeunes cylindraxes du segment central s'avancent au travers du tissu fibreux cicatriciel, déposé entre les deux bouts; ils gagnent ainsi le bout périphérique, dont les gaines de Schwann, naguère affaissées, contiennent à peine quelques boules réfringentes, vestige de l'ancienne myéline, un peu de protoplasma et quelques noyaux.

Maintenant ces gaines reçoivent un plus ou moins grand nombre de tubes nouveaux, fort grêles sans doute, mais formés complètement. Ils ne sont pas tous contenus dans les gaines de Schwann, nous dit J. Renaut ; parfois ils sont placés en dehors et s'enroulent autour d'elles comme une touffe de liane autour du tronc d'arbre qui la soutient; parfois ils sont absolument libres, et forment soit des faisceaux rectilignes dont les tubes consécutifs se branchent plus ou moins fréquemment en Y, soit des sortes de nattes entremêlées et constituant un lacis inextricable.

Le nerf est désormais régénéré; les tubes de formation nouvelle peuvent transmettre jusqu'aux muscles l'excitation du centre, et conduire jusqu'aux centres les excitations périphériques. La démonstration de ce fait est maintenant hors de doute, et lorsque les animaux sont jeunes, quand la section du nerf a été faite avec toutes les précautions désirables, on voit reparaître, au bout d'un temps variable, suivant l'espèce animale, les propriétés essentielles du nerf, dont les fonctions ne tardent pas à se rétablir.

II

Ces résultats expérimentaux éveillèrent de grandes espérances, d'autant qu'on pouvait invoquer déjà quelques observations satisfaisantes chez l'homme. On tenait de Béclard le fait d'un jardinier qui, s'étant coupé par mégarde le tendon du cubital, puis l'artère, la veine et le nerf correspondants, vit, après la ligature de l'artère et le rapprochement exact des lèvres de la plaie, reparaître progressivement la sensibilité abolie à l'annulaire et au petit doigt. Pajet, en 1853, avait publié d'abord un cas de suture du médian et du radial où, dès le dixième jour, la sensibilité revenait ; au bout d'un mois elle était des plus appréciables. Dans un deuxième cas, l'anesthésie provoquée par la section du médian était récupérée douze jours après la suture.

Vinrent alors des observations plus retentissantes : Laugier, en 1864, dans un cas de section incomplète du radial et de section complète du médian, pratiqua, le matin, la suture de ce dernier nerf et, dès le soir, la sensibilité reparut. Peu de temps après, Houël racontait à la Société de chirurgie

l'histoire d'un individu qui, après résection d'une portion du médian et suture des deux bouts, vit, en moins de huit jours, la sensibilité se rétablir. Ne fallait-il pas conclure de ces faits que la réunion immédiate des nerfs divisés peut être obtenue et que désormais le chirurgien doit la rechercher par le rapprochement et la suture des segments nerveux?

Trois ans plus tard, une observation de Richet vint singulièrement compromettre la théorie de la réunion immédiate des nerfs. Dans un cas de section complète du médian, ce chirurgien explora la sensibilité avant la suture et il constata, non sans surprise, qu'elle persistait dans presque toute l'étendue du territoire animé par le nerf coupé. On chercha l'explication de ce fait et l'on reconnut l'existence de la *sensibilité récurrente;* l'hypothèse de la réunion immédiate des nerfs fut alors abandonnée, ruinée complètement par les remarquables travaux d'Arloing et de Tripier.

Ces auteurs ont en effet démontré qu'au membre supérieur la sensibilité persiste, affaiblie certainement, mais indiscutable, dans le territoire animé par un nerf dont on a pratiqué la section. Cette conservation de la sensibilité est due « aux fibres récurrentes que s'envoient mutuellement les différents nerfs. » Les anastomoses s'abordent les unes les autres au niveau du réseau terminal, au voisinage de la peau ou dans son épaisseur; elles remontent alors le long des différents troncs pour s'épuiser et disparaître plus haut. Après la diérèse, ces fibres restent intactes dans le bout périphérique tandis que les fibres directes, celles du nerf lui-même, dégénèrent, et c'est à elles, par conséquent, que nous devons la persistance de la sensibilité, puisque seules elles restent intactes ».

Cette théorie, inattaquable d'ailleurs et qui seule nous explique les observations analogues à celle de Richet, est bien vite devenue exclusive: la sensibilité *conservée* a remplacé la sensibilité *récupérée* et la régénération des fibres nerveuses n'est plus considérée, par nombre de chirurgiens, que comme l'apanage des animaux jeunes. Elle a perdu tout crédit en pathologie humaine et, dans un récent rapport à la Société de chirurgie, Richelot déclare que la suture est incapable d'amener la régénération d'un nerf; l'influx nerveux ne saurait traverser la cicatrice; la sensibilité persiste grâce aux voies collatérales et comme des voies analogues « font à peu près complètement défaut dans les filets moteurs, la motilité ne réapparaît jamais; dans les cas tout à fait exceptionnel où elle réapparaît, on peut invoquer certaines anastomoses dont l'existence est loin d'être constante ».

III

Il nous semble que la lecture des observations ne permet pas une conclusion aussi rigoureuse et, sans chercher bien loin, le volume des *Bulletins de la Société de chirurgie* qui renferme le rapport de Richelot, contient des faits en désaccord avec sa doctrine. Une suture, pratiquée, soit immédiatement, soit longtemps après la section nerveuse, mais lorsque la motilité et la sensibilité ont complètement disparu, a provoqué la réapparition de la sensibilité et de la motilité. Il s'agit alors non de propriétés conservées, mais de propriétés récupérées.

Polaillon raconte l'histoire d'une femme de trente et un ans, dont le radial fut coupé à 10 centimètres au-dessus du coude par un éclat de verre. Six jours après elle entre à l'hôpital; on constate une paralysie des muscles extenseurs de la main et une anesthésie du bord radial de l'avant-bras, de la face dorsale du pouce et de la moitié externe du dos de la main. Cette anesthésie et cette paralysie persistaient sans modification aucune plus de deux mois après la blessure lorsque le chirurgien résolut d'intervenir. Les deux bouts du radial mis à nus sont trouvés distants d'environ 4 centimètres; leurs extrémités sont avivées et suturées l'une à l'autre avec un catgut fin. Quatorze jours après on constate que, si la paralysie musculaire est restée la même, la sensibilité est à peu près complètement revenue dans la zone anesthésiée pendant deux mois.

Une observation de Chrétien (de Nancy) est bien plus importante encore, car nous voyons réapparaître la sensibilité et la motilité. Il s'agit d'un garçon de dix-huit ans, dont le nerf médian fut coupé par un tesson de bouteille. La sensibilité de la face palmaire des doigts innervés par lui a complètement disparu : les muscles de l'éminence thénar sont paralysés; les mouvements d'opposition du pouce sont impossibles : le court adducteur, l'opposant, le court fléchisseur sont inertes. Une suture au catgut des deux bouts du nerf est pratiquée; la guérison de la plaie se fait sans encombre; la sensibilité revient peu à peu; il en est de même de la motilité; mais les observations de ce genre sont trop rares, celle-ci est prise avec trop de soin, le résultat en est trop concluant, pour ne pas donner encore quelques rapides détails.

Un mois et demi après l'accident, on commence la série des séances d'électrisation : au bout de deux mois et demi le malade peut exécuter déjà quelques mouvements d'opposition; les muscles de l'éminence thénar durcissent un peu sous l'influence de la volonté; quatre mois plus tard, l'usage de la main est assez facile; enfin, dix-huit mois après l'opération, Chrétien revoit son blessé : le mouvement d'opposition est correct, on sent très nettement les muscles de l'éminence thénar se durcir sous le doigt lors de leur contraction; il n'y a aucune apparence d'atrophie musculaire, et le professeur Beaunis, à l'aide des procédés les plus précis de la physiologie, constate que la sensibilité et la motricité sont à peu près identiques du côté sain et du côté autrefois blessé.

Et, dans ce cas, il ne faudrait pas invoquer l'anastomose du cubital avec le médian : outre qu'immédiatement après la section on a constaté que, malgré cette anastomose, la paralysie des muscles opposants était flagrante, on reconnut, lorsque les mouvements furent rétablis, que l'excitation du médian *au-dessus de la cicatrice* provoquait la contraction de la masse musculaire. Aussi est-il permis de croire que l'excitation motrice suivait la voie normale du nerf médian, et Chrétien nous semble en droit de conclure « que la réunion par une suture des deux bouts du nerf divisé peut, même chez l'homme, provoquer le rétablissement des fonctions motrices et sensitives de ce nerf ».

M. Richelot lui-même nous donne le résumé d'une observation analogue recueillie dans la *Lancette*. Un enfant de treize ans et demi reçoit, au-dessus du pli du coude, un coup de couteau; six mois après il entre à l'hôpital; le poignet est fléchi, l'extension des doigts est impossible; à cette impotence fonctionnelle s'ajoutent une atrophie et un refroidissement progressifs. Une incision est faite au niveau de la cicatrice; le nerf radial est mis à nu; sa division est complète et les deux bouts séparés par un intervalle de 15 millimètres; on les avive et on les suture au catgut. A la fin de la deuxième semaine il semble que les mouvements et la sensibilité tendent à reparaître, l'enfant quitte l'hôpital; il est revu douze mois après l'intervention : le nerf a complètement retrouvé ses fonctions, la sensibilité est parfaite, les

mouvements d'extension des poignets et des doigts s'exécutent avec autant de précision que du côté opposé.

La plupart de ces faits sont, on le voit, en conformité parfaite avec les données de la physiologie : grâce à la suture, le bout périphérique s'est régénéré et la fonction s'est rétablie lentement. Si ces résultats sont assez rares pour que certains auteurs aient pu douter de leur réalité, c'est que les conditions opératoires sont trop souvent défectueuses : d'une part, les blessés ne sont pas toujours jeunes, et l'on sait, par l'expérimentation, que chez des animaux vieux ou même simplement adultes la régénératation nerveuse est fort précaire. D'autre part, une inflammation plus ou moins intense est souvent la conséquence d'un traumatisme ou d'une suture mal faite; cette névrite altère la texture délicate du nerf; elle compromet du moins les phénomènes réparateurs, la régénération en est troublée profondément; en tenant compte de ces conditions on peut s'expliquer succès et insuccès.

IV

Il n'en est pas de même des faits de M. Tillaux qui heurtent de front les notions acquises sur la régénération des nerfs. En voici d'ailleurs un court résumé : Une jeune fille de vingt-trois ans se sectionne le médian ; quatre mois après la blessure, on constate une insensibilité absolue de la face palmaire du pouce, de l'index, du médium, d'une partie de la paume et de la face dorsale des deux dernières phalanges de l'index et du médius; l'anesthésie est moins marquée, bien que très manifeste, sur la moitié externe de l'annulaire. Les muscles de l'éminence thénar sont atrophiés et les mouvements d'opposition du pouce sont abolis; des troubles trophiques existent sur l'index et le médius.

La malade réclame avec insistance une opération : les deux bouts du médian mis à découvert sont distants l'un de l'autre de 1 centimètre environ; le bout central est renflé, tandis que le bout périphérique est effilé. On les avive et avec un catgut très fin armé d'un crin de Florence on rapproche les deux extrémités, que l'on juxtapose exactement. Le fil est coupé à ras du nœud et abandonné dans la plaie; les précautions antiseptiques les plus minutieuses sont prises et la main est immobilisée. Dès le deuxième jour, la malade accuse des picotements sur la face palmaire de l'index et du médius; le troisième jour, elle perçoit le contact d'une épingle promenée sur la peau correspondante. Même amélioration dans les mouvements. Six semaines après l'intervention, motilité et sensibilité sont revenues à ce point que l'opérée peut travailler au crochet et à l'aiguille.

La seconde opération faite sur une femme de vingt-huit ans, est, pour ainsi dire, exactement « superposable » à la première; la seule différence importante à noter, c'est que la section du médian date de quatorze années. Mais, dans les deux cas, on constate la même impotence, on trouve le même écartement, le même aspect des deux bouts; l'avivement et la suture sont pratiqués de la même manière et le résultat est, dans les deux cas, identique. Dès le lendemain les doigts deviennent sensibles; la motilité reparaît. D'ailleurs, pour la seconde comme pour la première opérée, les résultats ne sont pas éphémères; depuis leur sortie de l'hôpital les deux malades ont non seulement conservé, mais ils ont vu s'accroître les bénéfices de l'intervention chirurgicale.

Ces deux faits sont à peu près inexplicables, ils sont même en opposition directe avec nos connaissances physiologiques actuelles : la réapparition de la sensibilité dès le deuxième jour de la suture suppose une réunion immédiate des tubes rapprochés; or tous les expérimentateurs sont d'accord pour rejeter la possibilité de cette réunion immédiate. Veut-on passer outre, on se heurte à une nouvelle objection : le bout périphérique séparé du bout central n'est-il pas fatalement dégénéré? la physiologie nous apprend qu'au quatrième jour les tubes nerveux sont altérés; que doit-il en être au quatrième mois ou après la quatorzième année? Évidemment la destruction était complète. Du reste l'examen histologique pratiqué par Ranvier, ne montrait, dans le bout périphérique, que du tissu fibreux et point de fibres nerveuses.

Il faudrait donc admettre qu'après la suture, en deux jours, les tubes nerveux, du moins leur élément essentiel, le cylindraxe, a pu se reformer dans toute l'étendue du cordon, rétablir ses rapports délicats avec les appareils sensitifs de la peau et les plaques motrices des fibres musculaires. L'imagination la plus active n'ose accepter de semblables hypothèses. Reste la théorie émise par M. Brown-Séquard, dans la dernière séance de la Société de chirurgie. Pour lui les filets d'association périphérique, les anastomoses récurrentes qui unissent le nerf coupé aux nerfs voisins sont demeurés intacts dans le bout périphérique dégénéré ; seulement ils n'ont pas un degré d'activité suffisante pour exercer une suppléance efficace. L'irritation violente portée sur le bout central du médian par l'avivement et la suture ont, par action réflexe, augmenté l'énergie du cubital, dont les fibres récurrentes ont alors manifesté leur sensibilité et leur motricité latentes jusque-là.

Cette explication nous semble fort ingénieuse, elle s'appuie sur des phénomènes fréquemment observés par M. Brown-Séquard ; grâce à lui on connaît bien maintenant la *dynamogénie*, l'exagération fonctionnelle produite dans le territoire des nerfs voisins par l'irritation d'un nerf sensible. Mais, dans l'espèce, plusieurs objections s'élèvent : il ne s'agit pas seulement de sensibilité, mais de motilité récupérée ; or on sait combien peu abondantes sont les anastomoses des filets moteurs; puis on ne comprend guère comment un aussi petit nombre de tubes récurrents restituerait à la main une telle quantité de sensibilité et de mouvement; enfin l'examen de Ranvier n'a-t-il pas prouvé que l'extrémité réséquée du bout périphérique, le lambeau d'avivement était uniquement fibreux?

Aussi, sans écarter l'explication séduisante de M. Brown-Séquard, serions-nous tenté de conclure : les faits publiés par M. Tillaux sont trop précis, ils émanent d'un observateur trop habile et trop intègre pour qu'on n'en tienne pas le plus grand compte; M. Tillaux « n'a pu se tromper ni être trompé », mais de nouvelles observations sont absolument nécessaires, et, lorsque la réalité des faits sera bien acquise par ce contrôle toujours indispensable, que les physiologistes se mettent à l'œuvre, ils nous donneront sans doute la clef de ces faits encore paradoxaux.

Paul Reclus.

Contributions pharmaceutiques.

SUR L'ÉLIXIR PARÉGORIQUE

Ce médicament interne est tout d'actualité, car c'est certainement ce que nous avons de meilleur pour combattre les diarrhées, la cholérine et même le choléra.

Je n'ai rien d'absolument précis à en dire, je le regrette

vivement, mais les merveilleux résultats dont j'ai été témoin pendant le choléra de 1865; ceux, non moins remarquables, de mon prédécesseur Gobley en 1849; l'ancienne et bonne réputation dont cet élixir jouit dans le monde entier, ne peuvent être passés sous silence et méritent que l'on consacre un instant à l'étude de cette formule.

Son nom de *parégorique* est très justement appliqué; il vient de παρηγορεῖν (consoler, calmer). C'est bien un parfait exemple d'élixir calmant.

On l'appelle aussi: teinture d'opium, anisée, ammoniacale, camphrée ou encore balsamique, ou bien quelquefois teinture de camphre composée. Sa composition varie d'après les pharmacopées; mais on peut les ramener à deux types distincts, suivant qu'ils contiennent ou non de l'ammoniaque. Le Codex français de 1836, imitant la pharmacopée d'Edimbourg, avait accepté la formule contenant de l'ammoniaque. La commission du Codex de 1866 l'avait au contraire rejetée; celle du Codex de 1884 fut du même avis et inséra une formule sans ammoniaque. La première formule était ainsi conçue: Opium 8 grammes, safran 2 grammes, essence d'anis 2 grammes, acide benzoïque 12 grammes, ammoniaque liquide 130 grammes, alcool à 86 degrés 350 grammes. Filtrez après huit jours de macération.

Le sel ammoniac et l'esprit de Mindererus florissaient à cette époque reculée, c'est ce qui explique la présence d'un corps aussi incompatible que l'ammoniaque dans ce mélange. Nous nous rendons compte aujourd'hui du bouleversement que cet alcali apporte dans l'économie de cette formule et nous nous empressons de le supprimer.

Dès que l'ammoniaque liquide rencontre la solution alcoolique d'opium, elle précipite la morphine et la narcotine. C'est en faisant cette préparation avec sagacité que Guilliermond eut la première idée de son procédé de titrage de l'opium par l'ammoniaque.

Il est vrai que l'excès d'alcali dissout le précipité alcaloïdique; mais l'acide benzoïque passe immédiatement à l'état de benzoate d'ammoniaque. Ce n'est plus là une préparation rationnelle, et c'est avec raison qu'elle a été abandonnée chez nous.

La formule en usage aujourd'hui et qui se généralise de plus en plus est la suivante. Extrait d'opium 3 grammes, acide benzoïque 3 grammes, essence d'anis 3 grammes, camphre 2 grammes, alcool à 60 degrés 650 grammes. Faites dissoudre l'extrait d'opium dans l'alcool et filtrez après huit jours de macération.

En examinant de près cette composition on ne peut s'empêcher de la trouver excellente. L'extrait d'opium, qui a remplacé avec avantage l'opium brut de tout à l'heure s'y trouve à la dose de 0,05 par 10 grammes de liqueur. L'essence d'anis et le camphre apportent leurs propriétés carminative et désinfectante à l'acide benzoïque, qui est lui-même un puissant antiseptique, et le mélange de ces substances forme ainsi un médicament héroïque. L'acide benzoïque s'écrit $C^{14}H^6O^4$. L'acide salicylique possède 2 équivalents d'oxygène en plus et a pour formule $C^{14}H^6O^6$, c'est-à-dire du phénol $B^{12}H^6O^2$ plus 2 équivalents d'acide carbonique C^2O^4. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que l'acide benzoïque soit un corps presque aussi antifermentescible que l'acide salicylique.

Ce sont ces agents qui donnent à l'élixir parégorique une valeur médicamenteuse supérieure aux laudanums et à toutes les autres préparations opiacées.

Tout en agissant généralement à faible dose, cet élixir peut être porté, à l'occasion, à la dose de 30 grammes par jour.

Voici une formule de prescription que nous recommandons aux praticiens:

Elixir parégorique, 10 grammes.
Eau distillée, 140 grammes.

Une cuillerée à bouche d'heure en heure. Chaque cuillerée contient 0,005 d'extrait thébaïque et autant d'acide benzoïque.

Cette mixture se conserve indéfiniment et remplace avantageusement la vieille potion calmante.

Quant à l'élixir parégorique pur, qui est si portatif et de si bonne conservation, on l'administre à la dose de 10 à 20 gouttes toutes les heures, sur un morceau de sucre, dans un peu d'eau sucrée, ou mieux dans une infusion de menthe ou de camomille. Méthode bien préférable à celle des doses massives. C'est de la dosimétrie de bon aloi.

L'Elixir parégorique de New-York se rapproche très sensiblement de celui dont je viens de parler et s'emploie de la même manière; il en diffère cependant par la couleur qui lui est communiquée par le safran qui entre dans sa composition.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Méningite tuberculeuse du lobule paracentral, par le docteur Du Castel, médecin de l'hôpital Ténon. Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux.

Samedi dernier, un charpentier de quarante-trois ans succombait, dans mon service de l'hôpital Ténon, aux progrès d'une phthisie pulmonaire dont l'évolution s'était faite pendant longtemps sans particularités bien remarquables; c'est seulement dans les dernières semaines de la maladie que survint l'accident dont je désire entretenir la Société.

Un mois environ avant la terminaison fatale, le malade, qui se levait et se promenait encore tous les jours, se plaignit d'éprouver une grande faiblesse dans le membre inférieur droit. Cette faiblesse alla depuis lors progressivement en croissant et, dans les derniers jours qui précédèrent la mort, le malade ne pouvait plus soulever le membre au-dessus du plan du lit; pour fléchir le genou, il était obligé d'attirer à lui la cuisse avec les mains et pendant ce mouvement le talon glissait inerte à la surface du matelas. La sensibilité, les mouvements réflexes étaient normaux; il n'y eut pas de mouvements convulsifs.

Le membre inférieur gauche, les deux membres supérieurs, la face ne présentaient aucun trouble de la motilité ou de la sensibilité.

Le malade succomba aux progrès croissants de la cachexie.

A l'examen du cerveau, je trouvai, à la partie supérieure de l'hémisphère cérébral gauche, une plaque de méningite tuberculeuse recouvrant dans sa totalité le lobule paracentral de ce côté et s'étendant un peu sur la partie supérieure du sillon de Rolando. Cette plaque présentait une épaisseur de 1 à 2 millimètres; elle était constituée par des granulations tuberculeuses agglomérées entre elles par un magma fibrinopurulent; à son niveau, les méninges adhéraient fortement à la substance cérébrale. En aucun autre point de la surface du cerveau, nous n'avons trouvé trace de granulations tuberculeuses ou d'inflammation méningée; nulle part, d'oblitération vasculaire ou de foyer de ramollissement.

La monoplégie du membre inférieur droit avait donc été l'expression symptomatique du développement de cette plaque de méningite recouvrant le lobule paracentral et la

partie supérieure des circonvolutions ascendantes de l'hémisphère gauche.

Cette observation me paraît intéressante à un double point de vue, au point de vue des liens aujourd'hui bien connus qui unissent les lésions du lobule paracentral à la paralysie des membres inférieurs, au point de vue des points d'apparition favoris de la méningite tuberculeuse; il semble en effet, à la lecture d'un certain nombre d'observations publiées dans ces dernières années, que la région du lobule paracentral soit un lieu de prédilection pour le développement de cette lésion. Ce n'est, pour ma part, pas la première fois qu'il m'est donné de voir une monoplégie du membre inférieur survenir chez un tuberculeux par suite de la production d'une méningite du lobule paracentral.

C'est avec M. Barié, dans le service de notre maître le professeur Potain, que j'ai pu recueillir le premier fait de ce genre qu'il m'a été donné d'observer.

Un conducteur d'omnibus, âgé de vingt-sept ans, atteint de tuberculose déjà avancée, fut pris, en traversant une rue, d'étourdissement, tomba à terre et, en revenant à lui, constata qu'il était paralysé de la jambe gauche. Six jours après il entrait à l'hôpital; on trouvait une paralysie motrice complète occupant tout le membre inférieur gauche, avec crampes douloureuses et hyperesthésie cutanée très manifeste.

Le membre supérieur gauche avait conservé la motilité; cependant, depuis deux jours, le malade ressentait des picotements et un peu d'engourdissement à l'extrémité des doigts. Le surlendemain, la paralysie s'étendait au bras gauche, d'abord simple parésie, puis bientôt paralysie totale avec sensation de froid aux extrémités des doigts; le malade était pris de délire, de somnolence et succombait dans le coma.

A l'autopsie, le lobule paracentral du côté droit et la partie supérieure du sillon de Rolando étaient coiffés par une plaque de méningite fibrino-purulente de 2 à 3 millimètres d'épaisseur; à la face externe du cerveau, cette plaque recouvrait toute la largeur des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes dans leur partie supérieure; elle avait une forme triangulaire à sommet inférieur, le sommet se trouvait à 3 centimètres environ de la partie la plus élevée de la scissure.

A la face interne du cerveau, la plaque se continuait jusqu'au niveau de la circonvolution du corps calleux, où elle se terminait en pointe; elle recouvrait totalement le lobule paracentral. A la surface du lobe carré existait également une petite plaque de méningite. En détachant la plaque méningitique, on arrachait un peu de substance cérébrale.

A la surface externe du cerveau, on voyait quelques granulations disséminées sans trace de méningite. (Voy. pour plus de détails, *Bulletin de la Société anatomique*, 1881, p. 463.)

C'était aussi dans le service de M. le protesseur Potain que j'eus l'occasion de faire l'autopsie d'un second malade atteint de méningite du lobule paracentral; les pièces nécroscopiques ont été présentées à la Société anatomique par M. le docteur Jean; l'observation clinique, recueillie par M. Sapelier, alors interne du service, se trouve consignée dans la thèse inaugurale de M. Chantemesse (*Étude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte*, Paris, 1884, p. 79).

Un charretier, sujet depuis quelque temps à éprouver des crampes dans le mollet droit, fut pris subitement, le 23 janvier 1882, d'une douleur vive dans le pied droit, analogue à une crampe, avec sensation atroce de gêne par la chaussure, de gonflement. Les muscles du mollet étaient durs; les muscles de la jambe étaient animés de légères secousses. Au bout de dix minutes, la douleur s'était calmée spontanément et le malade pouvait reprendre son travail.

Le 26, les mêmes accidents se reproduisent, mais ne cèdent plus après quelques minutes comme la première fois, et le malade se fait porter à l'hôpital, où M. Sapelier constate : des douleurs vives s'irradiant de l'aine dans tout le membre inférieur; un état de contraction violent des muscles de tout le membre inférieur; une anesthésie tactile, douloureuse et thermique; l'abolition des réflexes; l'intégrité du membre inférieur du côté opposé, des deux membres supérieurs et de la face.

Après la cessation des accidents spasmodiques, on constata une parésie très accusée du membre inférieur, et le 2 mars, le malade succombait aux progrès d'une tuberculose urinaire et pulmonaire, dont le dénouement avait été hâté par l'addition d'un érysipèle.

A l'autopsie, on constatait, outre la tuberculose urinaire et pulmonaire, que le lobule paracentral gauche était coiffé par un épaississement presque cartilagineux de la pie-mère revêtant toute la surface du lobule paracentral et la partie supérieure de la circonvolution pariétale ascendante. Cette plaque présentait un grand nombre de granulations tuberculeuses. La moelle était intacte. (Pour plus de détails, voy. thèse de Chantemesse, p. 79.)

La littérature médicale de ces dernières années renferme un certain nombre d'observations analogues. Parmi les plus intéressantes, il convient de mentionner celle que le docteur Ballet a publiée en 1883 dans les *Archives de neurologie*.

Une femme de trente-cinq ans, de bonne santé habituelle, est prise d'engourdissement de la jambe, n'entravant pas complètement la marche, mais rendant nécessaire l'usage d'une canne; quinze jours après surviennent des accès d'épilepsie jacksonnienne, le membre supérieur se paralyse à son tour. Au moment de l'entrée à l'hôpital, trois mois après le début des accidents, la paralysie est flaccide; la sensibilité générale et spéciale est intacte, les réflexes tendineux sont nuls du côté sain comme du côté paralysé. La malade succombe peu de jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, au niveau du lobule paracentral, du côté droit, sur la face interne de l'hémisphère et à la partie inférieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, dans une très faible étendue, la pie-mère, saine sur les autres points, est adhérente. Elle est épaisse, jaunâtre, manifestement infiltrée par de petites agglomérations tuberculeuses, baignées elles-mêmes dans un peu de pus. Lorsqu'on cherche à la détacher, on constate qu'elle adhère fortement à la substance cérébrale, qui se laisse désagréger. (Pour voir l'observation détaillée, consultez *Archives de neurologie*, 1883.)

Notre collègue M. Gouguenheim a communiqué en 1878 à notre Société (*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1878, p. 48) l'observation d'un malade chez qui les accidents et les lésions ont présenté les plus grandes analogies avec ceux que je viens de rapporter.

Trois jours avant l'entrée du malade à l'hôpital, pendant que celui-ci était occupé à son travail habituel dans une usine, son pied avait tourné, et il était tombé sans perte aucune de connaissance. Après la chute, la jambe gauche s'était mise à traîner, la marche était devenue très difficile, et le travail ordinaire impossible.

Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, les mouvements volontaires du membre inférieur gauche étaient tellement affaiblis, que le malade était obligé de s'aider des mains pour remuer la jambe dans le lit. Le malade ne pouvait opposer qu'une faible résistance à la flexion, à l'extension de la jambe et de la cuisse. Le membre inférieur droit était normal. Les deux membres conservaient une force à peu près égale.

Sur le membre paralysé, la sensibilité à la douleur était un peu diminuée. Pas de troubles intellectuels notables.

Trois jours après, la paralysie gagne tout le membre supérieur gauche, la main présente un peu de raideur; la face est indemne.

Cinq jours après son entrée, le malade mourait dans le coma.

L'autopsie permit de constater une tuberculose pulmonaire et laryngée ancienne, l'existence de fines granulations sur les méninges cérébrales; en outre, sur la face convexe de l'hémisphère droit, vers la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante surtout et de la pariétale ascendante, la pie-mère était doublée d'une fausse membrane jaunâtre d'une certaine étendue. De fausses membranes semblables existaient sur la face interne de l'hémisphère, au niveau du lobule paracentral, n'envahissant point le lobe carré, ni la circonvolution crêtée. Une certaine quantité de substance corticale ramollie s'enlevait avec la pie-mère, malgré les plus grands ménagements.

Une coupe verticale et transversale pratiquée au niveau du lobule paracentral démontrait que la lésion corticale était superficielle.

L'observation que je viens de communiquer à la Société, en s'ajoutant à celles que je n'ai fait que rappeler brièvement, et dont il m'eût été facile d'augmenter le nombre en empruntant aux thèses de notre collègue M. Landouzy, de M. Chantemesse, et à celle plus récente de M. Prévost (*Contribution à l'étude du centre moteur cortical du membre inférieur.* Thèse de Paris, avril 1884) les différents exemples plus ou moins analogues qu'elles renferment, mon observation, dis-je, démontre une fois de plus que les exemples de méningite tuberculeuse du lobule paracentral publiés dans ces dernières années représentent autre chose qu'une série fortuite, et qu'il faut voir dans leur fréquence la conséquence des lois qui président au développement et à la dissémination de la tuberculose. Les méninges du lobule paracentral et de la partie supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes constituent un point de prédilection pour l'implantation et le développement du microbe tuberculeux.

L'affection méningée présente habituellement une tendance marquée à l'extension rapide, et descend facilement du lobule paracentral, le long du sillon de Rolando, comme le montrent les observations de MM. Barié, Landouzy, Gouguenheim, Chantemesse; cependant, dans un certain nombre de cas, la lésion peut rester assez longtemps confinée dans son point d'apparition; c'est du moins ce qui paraît ressortir des observations de MM. Sapelier et Ballet, et des pièces que je viens d'avoir l'honneur de mettre sous les yeux de la Société.

Le développement de la *méningite tuberculeuse du lobule paracentral* se caractérise, pendant la vie, par l'apparition progressive d'une monoplégie motrice du membre inférieur; des mouvements convulsifs s'y ajoutent quelquefois.

L'extension de la lésion se reconnaît à l'envahissement successif du membre supérieur et de la face.

L'apparition d'une monoplégie motrice du membre inférieur doit donc faire venir à l'esprit la pensée d'une méningite du lobule paracentral; elle en est à peu près caractéristique quand le sujet est antérieurement et notoirement tuberculeux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 23 JUIN 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

SUR DEUX CAS DE SUTURE SECONDAIRE DU NERF MÉDIAN AVEC RÉTABLISSEMENT RAPIDE DE L'INNERVATION DANS LES PARTIES PARALYSÉES. Note de M. *Tillaux*. — On entend sous le nom de *suture secondaire* d'un nerf celle que l'on pratique plus ou moins longtemps après sa section, alors que les deux bouts se sont cicatrisés séparément, par opposition à la *suture primitive* qui se fait immédiatement après l'accident.

Les cas de suture secondaire des nerfs chez l'homme sont fort rares, et prêtent à des considérations de l'ordre scientifique le plus élevé; c'est pourquoi je me suis cru autorisé à en soumettre deux exemples à la haute appréciation de l'Académie des sciences.

OBS. I. — Le 2 novembre 1883, S. Caroline, âgée de vingt-trois ans, en nettoyant des vitres, se fit une plaie transversale profonde à la face antérieure du poignet droit; le nerf médian fut sectionné complètement. On ne pratiqua pas de suture primitive. La plaie guérit, mais il resta une paralysie absolue de toutes les parties de la main innervées par ce nerf.

Le 4 mars 1884, c'est-à-dire quatre mois après l'accident, cette jeune fille, incapable de travailler pour gagner sa vie, entra dans mon service à l'hôpital Beaujon, demandant qu'on lui rendît l'usage de sa main droite.

Voici ce que nous révéla une exploration minutieuse et bien des fois répétée : au poignet existe une cicatrice rectiligne transversale, douloureuse à la pression. On sent à ce niveau une saillie assez nette, constituée probablement par le bout central du nerf sectionné. La face palmaire du pouce, de l'index, du médius, de l'éminence thénar ainsi que la face dorsale des deux dernières phalanges de l'index et du médius sont totalement insensibles au contact, à la douleur et à la température : l'anesthésie est moins marquée, bien que très manifeste, sur la moitié externe de l'annulaire. La malade peut, sans éprouver la moindre sensation, plonger dans l'eau bouillante l'extrémité des doigts paralysés, on bien ramasser des charbons ardents. Les muscles de l'éminence thénar sont atrophiés, et le mouvement d'opposition du pouce est aboli. Des troubles trophiques existent sur l'index et le médius. Cette exploration délimite donc exactement la paralysie au territoire innervé par le médian.

Ajoutons que les parties paralysées sont plus froides que celles du côté opposé, et que la peau présente une teinte légèrement violacée.

L'état actuel de nos connaissances sur la physiologie du système nerveux n'était pas de nature à m'engager à intervenir par une opération. Moi-même, dans un travail publié en 1866, me basant sur les résultats fournis par les expériences sur les animaux, j'avais considéré comme très douteux le rétablissement du courant nerveux par le bout périphérique d'un nerf coupé. Un échec était donc presque certain. Cependant, vivement sollicité chaque jour par la malade; convaincu, grâce aux progrès si remarquables de la chirurgie actuelle, de ne lui faire courir aucun danger, certain de ne pas aggraver son état en cas d'insuccès, je me décidai à agir.

L'opération suivante fut pratiquée le 19 mars. La malade étant endormie au chloroforme, les deux bouts du nerf médian furent mis à découvert à l'aide d'une incision verticale. Ils étaient distants l'un de l'autre de 1 centimètre environ. Le bout central était renflé, le bout périphérique effilé.

Chacun d'eux fut excisé à son extrémité avec des ciseaux, de façon à obtenir une surface de section fraîche et de même diamètre. Ensuite, sans se servir de pinces qui eussent pu contusionner les tubes nerveux, une aiguille très fine, armée d'un crin de Florence, fut passée d'un bout dans l'autre, le fil fut introduit de façon qu'il ne pût s'interposer entre les deux bouts du nerf. Il fut serré doucement jusqu'à juxtaposition parfaite des deux surfaces de section, évitant soigneusement que le névrilème se repliât vers l'axe du nerf, ce qui eût empêché la réunion. Le fil fut noué, coupé à ras du nœud et abandonné dans la plaie. On évite ainsi la manœuvre délicate et compromettante pour le succès définitif de l'enlèvement du fil dans les jours qui suivent l'opération. Mais l'abandon du fil ne doit se faire que s'il est de nature à être résorbé sur place.

La plaie extérieure fut ensuite drainée, réunie avec des fils d'argent et recouverte d'un pansement de Lister. Les précautions les plus minutieuses de la méthode antiseptique avaient été observées. La main de la malade fut immobilisée dans la flexion et maintenue ainsi pendant huit jours sans qu'il fût touché au pansement. Au huitième jour, la réunion était complète. Que s'était-il passé du côté du nerf médian? Dès le deuxième jour, la malade accuse des picotements, des élancements sur la face palmaire de l'index et du médius. Le troisième jour, l'index et le médius sentent le contact d'une épingle qu'on promène doucement à leur surface. La sensibilité reparaît de plus en plus les jours suivants. Bref,

le 1er mai, six semaines après l'opération, la malade demande sa sortie. La sensibilité et les mouvements sont revenus à ce point qu'elle travaille à l'aiguille et au crochet. Elle se sent en état de reprendre sa profession.

Obs. II. — Il y avait à cette époque, dans le service, une jeune femme de vingt-huit ans, entrée pour une affection abdominale. Elle nous apprit que quatorze ans auparavant, en 1870, étant tombée sur un fragment de bouteille, elle s'était fait une plaie profonde à la face antérieure du poignet droit. Le nerf médian avait dû certainement être sectionné, car cette malade présentait les mêmes symptômes paralytiques que la précédente. Témoin du bonheur qu'éprouvait sa camarade d'infortune d'avoir recouvré l'usage de sa main, elle réclama à son tour une opération. L'hésitation était bien permise. Suturer les deux bouts d'un nerf coupé depuis quatorze ans paraissait une entreprise presque téméraire. Cependant, pour les raisons que je donnais plus haut, je finis par céder aux instances de la malade.

Une opération à peu près identique à celle que je viens de décrire fut pratiquée le 30 avril. En voici le résultat : dès le lendemain la malade s'aperçut que ses doigts n'étaient plus insensibles; elle y ressentait aussi quelques élancements douloureux. On put constater les jours suivants que la sensibilité à la douleur, au toucher et à la température était complètement rétablie. J'ai revu plusieurs fois ces deux malades depuis leur sortie de l'hôpital : le résultat s'est maintenu.

« Il est certain, dit l'auteur, que ces faits sont en contradiction avec les données actuelles de la physiologie et de l'histologie.

» Par quelle voie s'est rétablie l'innervation? Il semble naturel de supposer que c'est par le rapprochement immédiat et la soudure rapide du bout central du nerf avec le bout périphérique, et je ne conçois pas, jusqu'à nouvel ordre, qu'il en puisse être autrement. Mais c'est impossible, dit M. Vulpian, car le bout périphérique du nerf, fatalement dégénéré, avait perdu toute propriété de transmission, ce que démontrent invariablement les expériences sur les animaux. M. Ranvier, qui a bien voulu examiner les portions de nerf retranchées pour l'avivement, dit à son tour : C'est impossible, puisque les tubes nerveux, agents de la transmission, ont disparu dans le bout périphérique, et qu'on n'y trouve plus que du tissu fibreux. »

Séance du 30 juin 1884 (1). — présidence de m. rolland.

Le clapotage stomacal. Note de M. *Audhoui*. — L'auteur a fait de nombreuses expériences ayant pour but de montrer que le clapotage de l'estomac n'est pas, comme le voulait Chomel, un phénomène purement morbide, inhérent, dans tous les cas, à la *dyspepsie des liquides*.

Les conclusions de sa Note sont les suivantes :

1° Le clapotage stomacal est un phénomène tantôt pathologique, tantôt physiologique;

2° Il existe toujours, et, dans tous les cas, lorsqu'on le recherche immédiatement ou peu de temps après l'ingestion d'une quantité suffisante de boisson ou de matière alimentaire liquide ou demi-solide;

3° Il n'est pas un signe caractéristique d'une maladie de l'estomac, pas plus de la dyspepsie des liquides que de toute autre affection.

De l'assimilation du maltose. Note de MM. *A. Dastre* et *Bourquelot*. — Ces deux physiologistes ont cherché à élucider la question de l'assimilation du maltose par une série d'expériences consistant à injecter directement dans le sang de certains animaux cette substance soit pure, soit mélangée à du saccharose, soit mélangée à du glucose, et à rechercher si l'organisme la conserve ou la rejette en nature par les émonctoires naturels, tels que les glandes salivaires, le foie et surtout le rein.

Ces injections ont été faites successivement dans les veines tibiale et jugulaire, dans les artères crurale et carotide, et dans le tissu cellulaire sous-cutané. En voici les résultats :

1° Le maltose injecté dans le sang est consommé par l'économie; 2° il intervient directement dans les échanges organiques; 3° sa consommation est un peu moins facile que celle du glucose, tout en en étant très voisine; 4° au point de vue de leur utilisation par les éléments organiques, les sucres peuvent se ranger dans l'ordre suivant, en commençant par les plus réfractaires : saccharose, lactose, maltose, glucose.

Transformation des piles liquides en piles sèches. Note de M. *Onimus*. — M. Onimus propose de remplacer le sable mêlé avec du chlorhydrate d'ammoniaque de la pile Bagration en gâchant intimement avec le liquide excitateur du plâtre mélangé, soit de peroxyde de manganèse, soit de sesquioxyde de fer. Dans ces conditions, la force électro-motrice est un peu plus considérable. Avec cette dernière substance surtout, la reprise de la force à l'ouverture du circuit est très énergique. Ce procédé aurait encore cet avantage que, lorsque la pile est complètement épuisée, il suffit de l'imbiber avec une solution de sel excitateur pour qu'elle fonctionne de nouveau. Enfin il est des plus simples, peu coûteux et applicable à certains appareils médicaux, appareils de chemin de fer, de télégraphie militaire, etc.

(1) On remarquera que nous publions aujourd'hui la séance du 30 juin dernier. Il sera désormais rendu compte immédiatement des séances de l'Académie des sciences par un collaborateur spécial.

Académie de médecine.

Séance du 1er juillet 1884. — présidence de m. a. guérin.

M. *Mégret*, notaire à Paris, transmet la copie d'un testament par lequel M. Tremblay a légué à l'Académie une somme de 40 000 francs pour en distribuer le revenu en un prix quinquennal décerné au meilleur Mémoire *sur le traitement des maladies des voies urinaires*.

M. le docteur *Amat*, médecin-major, envoie un *Rapport* manuscrit *sur les vaccinations et revaccinations qu'il a pratiquées en 1879 à Rodez*. (*Commission de vaccine*.)

M. le docteur *Mignot* (de Chantelle, Allier) adresse une *Note* manuscrite *sur les caractères distinctifs du choléra nostras et du choléra asiatique appliqués à l'épidémie de Toulon*.

M. le docteur *Burq* adresse une série de documents sur les propriétés préservatrices du cuivre à l'égard du choléra, de la variole et de la fièvre typhoïde.

M. le docteur *Raimondi* sollicite le dépôt d'un *Pli cacheté* renfermant l'échantillon et la formule d'un nouveau médicament contre la rage. (*Accepté*.)

M. *le Président* présente un mémoire manuscrit de M. le docteur *Closmadeuc* (de Vannes), sur sa *troisième opération césarienne* pratiquée avec succès. (Commission : MM. *Tarnier* et *Guéniot*.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *H. Beaunis* (de Nancy), un ouvrage ayant pour titre : *Recherches expérimentales sur les conditions de l'activité cérébrale et sur la physiologie des nerfs*; 2° de la part de M. le docteur *Fabre* (de Charenton), des mémoires imprimés sur *un cas de zona récidivant*, sur *un cas de gangrène symétrique des extrémités* et sur *l'érythème polymorphe exsudatif*; 3° au nom de M. le docteur *André* (de Toulouse), une brochure intitulée : *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur l'ascite*; 4° de la part de M. le docteur *Byrom Bramwell* (d'Édimbourg), un volume ayant pour titre : *Diseases of the heart and thoracic aorta*.

M. *Bergeron* présente, de la part de M. le docteur *Fredet* (de Royat), une brochure sur *les eaux minérales d'Auvergne, leur passé, leur avenir*.

M. *Bouley* fait hommage, au nom de M. le docteur *J. Chambrelent*, d'un ouvrage sur *les résultats obtenus par la méthode de Lister dans le traitement des affections puerpérales*.

M. *Larrey* présente, de la part de M. le docteur *Costa* (d'Ajaccio), une *Étude* manuscrite *sur l'assainissement de la plaine orientale de la Corse* et fait hommage de sa *Notice sur M. le professeur Bouisson* (de Montpellier).

M. *Lunier* fait hommage de sa *Proposition de loi sur l'exercice de la médecine*.

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose : 1° de la part de M. le docteur *Moncorvo* (de Rio-de-Janeiro), deux mémoires imprimés sur *la sclérose multiloculaire* et sur *le traitement du spina bifida par les injections iodoglycérinées*; 2° au nom de M. le docteur *Smester*, une brochure sur *la respiration par la bouche et par le nez*; 3° de la part de M. le docteur *Coudray*, sa thèse sur *la paraldéhyde*.

M. *Polaillon* offre son article Panaris, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

M. *Marey* fait hommage de l'ouvrage qu'il vient de publier sous le titre de *Développement de la méthode graphique pour l'emploi de la photographie*.

Élection. — Par 31 voix sur 53 votants, M. *Longmore* est

élu correspondant étranger dans la division de chirurgie. M. de Roubaix obtient 18 voix et M. Mac Leod, 2.

CHOLÉRA DE TOULON. — Après une rectification officielle de M. *Le Roy de Méricourt* concernant le nombre des marins et soldats présents à Toulon, nombre qu'il faut évaluer à 10 242 au lieu de 25 000, comme on l'avait prétendu, M. *Brouardel* fait le récit de la mission qu'il vient d'accomplir à Toulon avec M. *Proust* :

Il y a huit jours, dit-il, nous apprenions au Comité d'hygiène l'apparition du choléra à Toulon, et nous recevions, mon collègue du comité M. Proust et moi, une invitation du ministre du commerce de nous rendre dans le Var. Il s'agissait de déterminer la nature du mal signalé et d'indiquer les mesures propres à circonscrire l'épidémie dans son foyer. Nous avons pu, dès notre arrivée, apprécier l'extrême bonne volonté des autorités et approuver les mesures prises. Le 14 juin, un cas de choléra se déclare sur un homme du *Montebello;* le lendemain, à bord du même navire, un second cas survient. Les deux marins ainsi frappés n'avaient pas navigué depuis quatre ou cinq ans ; ils n'avaient eu aucune communication ni avec la ville ni avec le reste de la flotte. Des cas apparurent bientôt sur le *Jupiter* et sur l'*Alexandre*. Ces bâtiments sont mouillés sur la Darse, dont on connaît le fond de vase ; ce fond est tellement infect, qu'il suffit d'y porter la sonde pour en voir sortir des bouillonnements gazeux. Ces premiers cas furent généralement attribués au choléra nostras. Le samedi 21, un décès cholérique se produisit au lycée et les élèves furent licenciés le lendemain ; le dimanche 22, 13 décès (dont 4 suspects) furent causés par le choléra.

Il n'y avait pas à en douter, il s'agissait bien de décès cholériques. Etions-nous en présence du choléra indien ou du choléra nostras? Voilà ce qu'il fallait rechercher. Le décès survenu au lycée avait paru prouver aux médecins de Toulon que l'épidémie avait le caractère asiatique ; mais les raisons invoquées par eux ne semblaient pas décisives ; les symptômes du choléra asiatique et du choléra nostras sont très fréquemment identiques ; l'un et l'autre produisent dans l'organisme les mêmes lésions ; l'autopsie et l'examen des organes ne pouvaient pas trancher la question. Il est vrai que, pour un choléra nostras, il se montrait bien persistant ; il est vrai encore que les épidémies de 1835 et de 1865, qui étaient de nature asiatique, s'étaient développées, comme la présente, lentement, et d'une manière sourde. Cependant MM. Brouardel et Proust, accompagnés de MM. Rochard et Dupré, crurent devoir suspendre leur jugement et attendre que de nouveaux faits eussent mis en évidence la physionomie et l'allure du mal, son développement et sa propagation.

Leurs premières recherches ont eu pour but d'établir l'origine de l'épidémie. L'amiral Krantz affirma que tous les règlements sanitaires avaient été scrupuleusement observés ; il communiqua d'ailleurs tous les papiers de bord. C'est à tort qu'on a incriminé la *Sarthe;* à Saïgon, le 1er avril, un mécanicien de ce transport fut atteint du choléra et débarqué à l'hôpital avec ses effets. La *Sarthe* fut envoyée en quarantaine au cap Saint-Jacques ; le lendemain, un deuxième cas de choléra apparut à bord. Le malade fut descendu à terre avec ses effets ; son lit fut désinfecté ; le bâtiment fut vidé, gratté partout soigneusement (nous avons vu les traces du grattage), purifié par d'abondantes fumigations ; le 20 avril, il quittait le cap Saint-Jacques, et le 3 juin il arrivait à Toulon, où il subissait trois jours d'observation. Durant les quarante-cinq jours de navigation, pas un seul cas de choléra ne s'était déclaré. La garantie est certaine. La *Sarthe* entre au port le 7 juin et on procède à son déchargement. Ni les hommes du *Montebello* ni le lycéen n'ont eu la moindre communication avec l'équipage, ou les passagers ou le matériel de la *Sarthe*. On a parlé d'un sac qui aurait servi de véhicule au mal ; ce sac est celui d'un déserteur ; il a été vendu à un homme de la *Sarthe*, qui le détient encore aujourd'hui.

Dans l'impossibilité où mettait cette enquête de constater l'importation du mal, il fallait maintenir les doutes de la première heure. Les dépêches adressées au ministre reflètent jour par jour, heure par heure, l'état d'esprit de ces messieurs, et donnent sur le progrès et la marche de l'épidémie des détails circonstanciés. Le jeudi, les doutes persistaient encore ; le vendredi, le nombre des cas, qui avait diminué, augmente. Un cas se déclare sur le *Shamrock*, en partance pour le Tonkin ; ce cas n'était pas bien caractérisé ; néanmoins, le bâtiment est envoyé en observation aux îles d'Hyères ; mais, vingt-quatre heures après, deux cas certains apparaissent ; le *Shamrock* fut aussitôt désarmé. Ce même jour on apprit qu'un cas s'est déclaré à Marseille : c'est celui d'un jeune lycéen venu de Toulon, avec le germe du mal sans aucun doute ; rien encore ne prouvait le caractère asiatique de l'épidémie ; mais, en même temps, huit cas, dont six certains, apparaissent à Marseille : trois se produisent dans des maisons presque contiguës, voisines d'un champ de foire où étaient établis plusieurs marchands venus de Toulon. Le dimanche la démonstration était faite : le développement de l'épidémie accusait avec certitude le choléra asiatique, et, bien que tous les efforts aient été impuissants à saisir l'importation du fléau, MM. Brouardel, Proust et Rochard sont aujourd'hui ralliés à l'opinion des médecins de Toulon. Ils ne sauraient toutefois ne pas rappeler que les conditions de la voirie, qui sont déplorables dans certains quartiers de la ville, la présence de vases profondes et infectes dans la Darse, étaient bien de nature à expliquer par l'hypothèse du choléra nostras les premiers cas survenus.

D'ailleurs les faits ultérieurement survenus à Toulon achevaient la démonstration commencée : le 27, il y avait à Saint-Mandrier un cas intérieur, cas grave, dans une salle isolée ; enfin une dépêche et une lettre reçues aujourd'hui de la part du docteur Cunéo annoncent que le mal gagne les environs de Toulon ; hier lundi, il y a eu huit décès dans la banlieue et dans les hôpitaux ; un troisième cas s'est déclaré sur le *Shamrock ;* à La Valette, il y a deux cas de choléra algide sur des personnes qui ne sont pas venues à Toulon. Le 30 juin, la situation restait la même à Toulon ; on comptait de sept à dix décès par jour. En résumé, l'épidémie est bénigne, mais elle est certainement de nature asiatique.

M. *Fauvel* ne se refuse pas de croire aux faits annoncés, mais il persiste à penser qu'on n'y voit pas la preuve de l'importation, et il demande la permission de croire encore au choléra nostras jusqu'à ce que le développement de l'épidémie soit attesté par des circonstances plus nombreuses et plus probantes que celles qui viennent d'être invoquées. Voyez d'ailleurs la bénignité du mal : en tout, depuis quinze jours, cinquante décès environ, dans la population maritime et civile, une population de près de 70 000 âmes ! On affirme l'existence d'un cas intérieur ; mais on ne saurait oublier l'ardeur qu'on apporte d'ordinaire à faire triompher son opinion. « A votre place, dit-il à MM. Brouardel et Proust, dans l'impossibilité où je me trouvais d'affirmer l'importation, j'aurais conclu, provisoirement du moins, qu'elle n'existait pas et j'aurais peut-être épargné à la France ces mesures quarantenaires rigoureuses, ces désinfections à la frontière qui n'ont et ne peuvent avoir aucun effet. De votre jugement, j'en appelle à la suite des observations ; j'ai la confiance que l'épidémie s'éteindra sur place à Marseille comme ailleurs. »

M. *Brouardel* répond que l'opinion qu'il partage avec M. Proust n'a été exprimée par eux qu'à la dernière extrémité, et malgré tout leur désir de vérifier celle de M. Fauvel ; c'est dimanche seulement qu'ils se sont prononcés dans une dépêche au ministre ; à ce moment les mesures dont se plaint M. Fauvel étaient prises.

M. *Pasteur* fait remarquer que le principal argument de

M. Fauvel en faveur du choléra nostras consiste à dire que l'épidémie n'est pas envahissante: elle se développe avec lenteur, elle est bénigne, donc elle est sporadique. Cet argument lui semble sans valeur; en effet, en 1835 et en 1865, le choléra — et c'était bien du choléra asiatique qu'il s'agissait — a revêtu ces mêmes allures lentes, insidieuses, débutant par un petit nombre de décès pendant plus de quinze jours jusqu'à ce qu'il ait fait brusquement un grand nombre de victimes.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 27 JUIN 1884. — PRÉSIDENCE DE M. BUCQUOY.

Présentation d'ouvrage : M. Cadet de Gassicourt. — Nécrologie. — Nomination d'une commission des épidémies. Discussion : MM. E. Besnier, Dujardin-Beaumetz, Bucquoy. — L'eau filtrée dans les hôpitaux : M. Gérin-Roze. — Hémiplégie et hémiatrophie faciales : M. Bucquoy. — Porte-ouate intra-utérin : M. Tenneson. — Méningite tuberculeuse du lobule paracentral : M. Du Castel. — Élections.

M. *Cadet de Gassicourt* fait hommage à la Société du troisième et dernier fascicule de son *traité des maladies des enfants*. Ce fascicule renferme les chapitres consacrés à la diphthérie et à la méningite tuberculeuse. Le croup inflammatoire, le croup à durée prolongée, la paralysie diphthéritique du pneumogastrique, ont été l'objet de descriptions particulières.

— M. *Bucquoy* annonce à la Société la mort de l'un de ses membres, M. Moreau (de Tours), « qui appartenait à cette génération de médecins aliénistes que le concours avait consacrés médecins des hôpitaux ».

— M. *E. Besnier*, à l'occasion de l'épidémie de choléra, déplore que, depuis la suppression de la commission des épidémies, personne n'ait plus qualité pour tenir la Société au courant de la marche des maladies épidémiques. En présence des faits graves qui sont signalés à Toulon, et surtout en présence du désaccord qui règne jusqu'ici sur la nature du choléra apparu dans cette ville, auquel, malgré le nombre des individus atteints, le caractère évidemment contagieux de l'affection et l'identité des lésions cadavériques avec celles du choléra indien, certains médecins autorisés refusent le titre de choléra asiatique pour lui assigner la qualification de sporadique, en présence de cet état de choses, M. E. Besnier voudrait voir se former une commission permanente des épidémies avec un rapporteur éventuel qui classerait les documents relatifs aux affections épidémiques et les mettrait à la disposition des membres de la Société.

M. *Dujardin-Beaumetz* estime qu'une semblable commission a peu de raisons d'être : pour recueillir sur le choléra qui sévit en ce moment des documents de quelque valeur, elle devrait se transporter à Toulon, sans quoi il lui faudra puiser ses renseignements dans les rapports rédigés par les médecins qui sont sur les lieux mêmes de l'épidémie. La Société doit surtout s'occuper des épidémies dans le département de la Seine; or le choléra n'est pas à Paris. M. Dujardin-Beaumetz a été appelé à constater un décès imputé au choléra : il s'agissait d'une simple indigestion ; chez un autre individu, aucun signe positif n'a permis de croire qu'il fût atteint du choléra, ainsi qu'on l'avait supposé. D'ailleurs, toutes les mesures prophylactiques sont prises par l'administration.

M. *E. Besnier* maintient le vœu qu'il a émis relativement à la formation d'une commission qui s'occuperait non seulement des épidémies du département de la Seine, mais qui joindrait ses efforts à ceux des autres médecins déjà à l'œuvre pour déterminer la nature de l'épidémie actuelle avant qu'elle vienne frapper à la porte des hôpitaux de Paris.

M. *Dujardin-Beaumetz* insiste sur la nécessité, pour une semblable commission, de se transporter de suite à Toulon.

M. *Bucquoy* appuie la proposition de M. E. Besnier et met aux voix la nomination d'une commission permanente des épidémies avec un rapporteur éventuel : cette commission serait composée de MM. Vallin, Zuber, Laveran, Bucquoy, Danlos, Tapret, Labric et Du Castel, rapporteur. — Cette proposition est adoptée. A la commission permanente sera adjointe la commission consultative près les hôpitaux composée de MM. Lailler et E. Besnier.

— M. *Gérin-Roze* fait remarquer qu'aujourd'hui où l'on accorde un rôle si important aux eaux potables comme véhicule des éléments de contage, il est surprenant que les malades des hôpitaux boivent de l'eau qui n'est pas filtrée.

M. *Du Castel* rappelle qu'il a déjà soulevé cette question devant la Société, il y a près de deux ans.

M. *E. Besnier* fait observer que la question est assez complexe. L'administration n'a pas cru devoir faire construire pour chaque hôpital un immense filtre, dont l'établissement serait fort dispendieux, et qui peut-être ne réunirait pas toutes les conditions de salubrité requises, par suite de l'entretien difficile d'un semblable appareil, mais elle fournit de l'eau filtrée pour l'alimentation des malades sur la demande des chefs de service.

— M. *Bucquoy* présente de nouveau à la Société un malade qu'il avait déjà montré à ses collègues dans la séance du 23 novembre dernier. Cet homme, qui a été atteint d'un kyste hydatique de la base du crâne ouvert dans le pharynx, n'a plus rendu, depuis lors, d'hydatides par la bouche ou par le nez : il peut être considéré comme guéri. Mais il offre aujourd'hui de l'hémiplégie faciale avec hémiatrophie.

— M. *Tenneson* présente un *porte-ouate* intra-utérin, destiné à pratiquer des cautérisations au niveau de la muqueuse du corps de l'utérus dans la métrite chronique. Il se compose d'un hystéromètre en métal flexible, dont on peut, par suite, modifier à volonté la courbure, et qui est muni à son extrémité d'un pas de vis sur lequel on enroule une petite mèche de coton hydrophile. L'extrémité garnie de ouate est ensuite trempée dans un caustique liquide, une pommade ou un glycéré, que l'on introduit avec l'instrument dans la cavité utérine pour en badigeonner la muqueuse. La manœuvre est la même que celle de l'hystéromètre ordinaire et n'offre aucun danger. Il existe, d'ailleurs, deux contre-indications principales à la cautérisation intra-utérine dans le traitement de la métrite chronique : l'existence d'une périmétrite ou d'une poussée aiguë de l'inflammation de l'utérus. M. Tenneson préfère de beaucoup ce mode de cautérisation aux injections intra-utérines qui sont parfois dangereuses, et aux crayons médicamenteux intra-utérins qui déterminent presque toujours de violentes coliques. On peut employer, avec le porte-ouate, des caustiques énergiques (l'acide nitrique, la solution d'acide chromique à parties égales, la solution officinale de perchlorure de fer, etc.), mais les badigeonnages ne doivent alors être pratiqués qu'une ou deux fois pendant la période intermenstruelle, et la malade doit garder le lit pendant un ou deux jours après chaque opération. M. Tenneson préfère la pommade au sulfate de cuivre (5 grammes pour 30) ou la pommade au précipité blanc (2 grammes pour 30), qui sont moins irritantes et avec lesquelles on doit répéter plus fréquemment les badigeonnages, mais sans condamner la malade au repos absolu. Il faut, avant d'instituer ce mode de traitement, prescrire tout d'abord les émollients : bains tièdes avec spéculum à bain, laxatifs répétés, etc., pendant plusieurs septénaires. Ces derniers moyens constituent la base du traitement des poussées aiguës de la métrite, ou de ses complications inflammatoires péri-utérines. On juge que les badigeonnages peuvent être commencés sans inconvénient quand l'hypogastre n'est plus tendu ni sensible à la

pression, et quand les mouvements imprimés à l'utérus ne sont plus douloureux, ou le sont beaucoup moins. Ces badigeonnages de la muqueuse utérine ne sont, du reste, qu'un des éléments de la médication applicable à la métrite chronique, mais ils sont dans tous les cas d'une grande utilité.

M. *Martineau* fait observer qu'il est presque impossible d'introduire dans la cavité utérine un tampon de ouate imprégné d'une pommade, sans exprimer complètement la substance médicamenteuse au passage à travers le col. Avec le cathéter à rainure ouverte, destiné aux cautérisations intra-utérines avec le nitrate d'argent, on n'arrive qu'à cautériser le col, tout le sel d'argent étant dissous avant que l'instrument arrive dans la cavité du corps de l'utérus; aussi M. Martineau a-t-il inventé un cathéter qui ne démasque le caustique qu'une fois arrivé dans l'utérus. Il s'étonne, d'ailleurs, que M. Tenneson puisse parvenir à guérir la métrite chronique, d'autant plus que le traitement local a moins d'influence que le traitement général : c'est la constitution, la diathèse, cause première des accidents, qu'il faut s'attacher à combattre. En outre M. Martineau proteste contre l'existence de la périmétrite : cette maladie n'existe pas plus que la pelvi-péritonite; on n'observe que des adéno-lymphites péri-utérines.

M. *Tenneson* est d'avis que la cautérisation du col, au passage du porte-ouate, ne peut avoir que d'utiles effets, puisque la muqueuse cervicale suppure au même titre que la cavité utérine elle-même. Quant à la prétention que lui prête M. Martineau de guérir la métrite chronique, il ne l'a point exprimée, ne l'ayant jamais eue. D'autre part, s'il n'y a pas de périmétrite ni de pelvi-péritonite, il existe à coup sûr des *tumeurs péri-utérines* qui constituent une contre-indication aux badigeonnages : il y a là une question de mots sans importance réelle, et l'expression *périmétrite* possède au moins l'avantage de ne pas préjuger la nature de la lésion. Enfin, M. Tenneson n'a pas parlé des diathèses et du traitement spécial qu'elles comportent, parce que, pour lui, en pareil cas, c'est un grand mot vide de sens, qui ne sert qu'à dissimuler notre ignorance des causes véritables de la maladie.

M. *Martineau* abandonne la question des diathèses, et se déclare satisfait de voir M. Tenneson faire large part aux adéno-lymphites qu'il a, le premier, décrites cliniquement.

M. *Tenneson* fait remarquer que c'est Lucas-Championnière qui, le premier, a décrit la lymphangite utérine; Siredey et Alphonse Guérin ont également étudié la question au point de vue clinique.

— M. *Du Castel* présente des pièces anatomiques relatives à *la méningite tuberculeuse du lobule paracentral* (voy. p. 450).

Élections. — MM. *Oulmont*, *Muselier* et *de Beurmann* sont nommés membres titulaires de la Société des hôpitaux.

— La séance est levée à cinq heures et quart.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 25 JUIN 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Conicité des moignons : M. Trélat. — Fracture du crâne. Rapport : M Chauvel. Discussion: MM. Berger, Trélat, Marc Sée, Desprès. — Kyste hydatique de la région prostatique. Rapport : M. Nicaise — Adénome du rectum : M. Pozzi. — Encéphalocèle : M. Le Fort.

M. *Trélat*, revenant sur la discussion relative à la conicité des moignons, affirme que le processus de cicatrisation est tout différent suivant que la réunion a lieu par première intention ou s'effectue à ciel ouvert. La première seule donne des moignons épais, couverts de téguments bien matelassés et mobiles; la seconde ne fournit que des moignons effilés, durs et à peau adhérente. Un certain nombre de moules que M. Trélat peut montrer aux membres de la Société, témoignent de cette différence.

— M. *Chauvel* fait un rapport sur une observation de M. Moti : *fracture pénétrante du crâne*. Un Arabe est tué par un coup de feu tiré presque à bout portant au-dessus de l'oreille gauche. On constate une ecchymose palpébrale et sous-conjonctivale des deux côtés, et à l'autopsie on trouve la balle dans le lobe pariétal droit. Au niveau du point d'entrée du projectile existe une fissure, s'étendant à l'étage supérieur; les deux voûtes orbitaires sont également fracturées sans que leur trait de solution de continuité soit en continuation avec la fracture principale.

De ce fait M. Moti conclut que dans les traumatismes du crâne, les pressions se transmettent également à toute la boîte osseuse, suivant le principe de Pascal, et que les os se brisent aux points les moins résistants. Cette théorie peut expliquer les fractures par contre-coup. M. Chauvel croit cette conclusion beaucoup trop absolue et pour sa part il estime que dans bien des cas il faut tenir compte de l'action des vibrations osseuses.

M. *Berger* fait remarquer que les fractures de la base du crâne qui ne se rattachent pas par une fissure à la fracture principale, ne se voient qu'à la voûte de l'orbite, en raison du peu de résistance de la paroi osseuse à ce niveau.

M. *Trélat*, dans les expériences nombreuses et variées qu'il a faites autrefois, a bien mis en évidence ce fait, que les fractures de ce genre sont le plus souvent des fractures par irradiation; elles portent sur l'orbite dans la très grande majorité des cas; parfois cependant la partie supérieure du rocher est intéressée, surtout lorsque, la tête ayant été préalablement rembourrée, le traumatisme se répartit à peu près uniformément sur toute la surface. Quoique en réalité indépendantes, ces fractures semblent être sur le prolongement d'une fissure.

M. *Marc Sée*, rappelant les recherches expérimentales de Kocher à ce sujet, dit que souvent la base du crâne éclate isolément par suite de l'augmentation brusque de la pression.

M. *Desprès* a observé un homme s'étant fracturé le crâne au niveau du vertex; il fut atteint de méningite et mourut rapidement. On découvrit à l'autopsie une fracture descendant vers la suture temporo-sphénoïdale, s'interrompant dans une petite étendue, puis reprenant dans la même direction au niveau des trous du sphénoïde pour venir intéresser la selle turcique. Presque toujours très rapidement mortelles, ces fractures sont rarement reconnues sur les champs de bataille.

M. *Chauvel* fait remarquer qu'il ne faut pas comparer les fractures par coup de feu avec les fractures par chute, par choc sur la tête, en un mot par contusion.

— M. *Nicaise* lit un rapport à propos d'une observation de M. Millet, relative à un kyste hydatique de la région prostatique. Voici le résumé de cette observation :

Un homme, âgé de cinquante-neuf ans, fut pris de rétention d'urine; par le toucher rectal on constate dans la région de la prostate une tumeur volumineuse, résistante, indolente. M. Nicaise, appelé en consultation, propose d'en faire la ponction, mais le malade s'y refuse. Un an après, les mêmes accidents de rétention s'étant produits, la tumeur fut ponctionnée, et tandis qu'on cherche à passer une sonde métallique par l'urèthre, on voit s'écouler par son canal environ 700 grammes d'un liquide albumineux et renfermant des vésicules et des crochets. Une inflammation modérée se déclara dans la poche; des débris de membranes, des vésicules

et des crochets furent expulsés par le rectum ; finalement le malade guérit sans accidents.

Il n'est pas douteux qu'on ait eu affaire dans ce cas à un kyste hydatique de la région prostatique, mais quel était le siége exact de cette production morbide ? Était-ce la prostate elle-même, ou les organes ou tissus voisins ? Sans doute les observations analogues à la précédente ne sont pas rares, mais aucune n'a été suivie d'une constatation anatomique suffisante. On doit donc jusqu'à nouvel ordre réserver la question du siége de ces tumeurs.

M. Nicaise a réuni 33 faits analogues de kystes de cette région. Leur examen montre que le diagnostic a toujours été très difficile. Le pronostic est grave, puisqu'il n'y a eu que 9 guérisons; 11 morts par rétention d'urine ou ses conséquences; 13 morts par complications non urinaires. L'intervention chirurgicale (ponction, incision, etc.) a donné d'excellents résultats; sur 6 cas où on est intervenu on a eu 5 guérisons et 1 seul décès.

M. *Tillaux* a communiqué il y a quelque temps l'observation d'un malade porteur d'un kyste hydatique de la région prostatique. Le malade a guéri ; il n'y a pas eu de constatation anatomique, mais le fait était si net, qu'il n'est pas douteux pour M. Tillaux qu'il ait été en présence d'un kyste de la prostate.

— M. *Pozzi* donnait depuis quelque temps des soins à une femme de trente-huit ans semblant atteinte d'une affection de l'utérus; des hémorrhagies par le rectum firent rectifier ce diagnostic. Par le toucher vaginal on reconnut une tumeur dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale et en introduisant le doigt dans le rectum on sentit un néoplasme arrondi, sessile, faisant relief dans le calibre de l'intestin. La malade avait de la diarrhée et se plaignait de douleur et de ténesme. M. Pozzi enleva cette tumeur par la dissection ; il y eut une hémorrhagie immédiate assez abondante, qu'on arrêta par des ligatures; aucune autre complication, la malade était guérie au bout de six semaines.

Au microscope, la tumeur fut trouvée constituée par du tissu glandulaire presque pur, c'était un adénome. Rappelant un fait analogue observé par M. Trélat, d'adénome pédiculé du rectum, enlevé par l'écraseur, M. Pozzi insiste sur l'utilité de l'exploration directe pour le diagnostic de ce genre de néoplasme ; il attire l'attention sur les phénomènes pseudo-utérins constatés chez la femme; enfin il fait remarquer que l'ablation de ces tumeurs par l'instrument tranchant est possible, lorsqu'elles ne sont pas situées trop haut.

M. *Nicaise*. Je rapprocherai de l'observation de M. Pozzi un cas de *tumeur interstitielle de la paroi recto-vaginale*, que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société en 1883 (*Bul. Soc. chir.*, p. 185). Il s'agissait d'une femme atteinte de cancer de l'extrémité inférieure de l'iléon et de la valvule iléo-cæcale; elle portait en outre une tumeur de la cloison recto-vaginale; tumeur qui était en rapport en haut avec le péritoine, en avant avec la face postérieure du col de l'utérus et la paroi vaginale, en arrière avec le rectum. C'était un cancer secondaire, ayant sans doute son point de départ dans de petits ganglions lymphatiques.

— M. *Le Fort* communique l'observation d'une tumeur congénitale, qui soulève de chaque côté les ailes du nez et qui est probablement une méningocèle ou une encéphalocèle de siége anormal.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 28 JUIN 1884. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Conditions de la restitution rapide des fonctions après la suture des nerfs : M. Brown-Séquard. — Immunité cuprique : M. Burq. — Effets convulsivants de la cinchonine : M. Bochefontaine. — Étude des micro-organismes par les solutions alcalines : M. Degagny. — Théorie des phénomènes d'idéoplastie : M. Ochorowicz. — Moulage des maxillaires de Campi : M. Galippe. — Déclaration de vacance.

M. Brown-Séquard a été conduit par ses expériences à admettre « qu'il est impossible d'irriter un peu fortement une partie quelconque du système nerveux centripète sans produire un changement plus ou moins notable dans les nerfs sensitifs et moteurs, les tissus contractiles et l'organisme tout entier : certaines parties gagnent en force, d'autres perdent de leur puissance (dynamogénie et inhibition). » La connaissance des influences dynamogéniques résultant de l'irritation des nerfs sensibles peut servir à interpréter les résultats de la suture des deux bouts de nerfs divisés depuis longtemps; M. Tillaux vient de rapporter des faits de ce genre : il a vu reparaître le mouvement et la sensibilité dans les parties paralysées *quelques jours* après avoir pratiqué la suture. Ce n'est pas par suite de la régénération du bout périphérique que la restitution fonctionnelle a pu s'opérer aussi vite; la seule interprétation possible est que l'irritation du bout central du médian a produit l'augmentation d'action des filets nerveux récurrents appartenant aux nerfs non lésés et qui se distribuent dans les régions tributaires du nerf médian.

— M. *Burq* énumère un certain nombre de témoignages contradictoires de ceux qu'avaient présentés M. Bochefontaine et M. Mégnin, au sujet de l'immunité cuprique contre le choléra et autres affections.

— M. *Bochefontaine* dépose une Note, qui n'a pas été communiquée, sur les effets convulsivants de la cinchonine et de la cinchonidine; il attribue à ces substances une action cardio-vasculaire indépendante des contractions générales.

— M. *Degagny* adresse une Note sur l'étude de divers micro-organismes à l'aide de solutions alcalines.

— M. *Ochorowicz* expose une tentative d'explication des phénomènes d'idéoplastie dont il a entretenu la Société dans la précédente séance. (Voy. le Compte rendu officiel.)

— M. *Galippe* présente des moulages des maxillaires de l'assassin Campi dont les dents n'offrent aucune particularité qui mérite d'être notée; elles sont fort belles et au complet, une seule incisive inférieure latérale manque, et on a pu constater qu'elle avait été arrachée au davier. En comparant le moulage des mâchoires appartenant à des sujets variés, il est facile de constater qu'ils diffèrent soit par la forme de la courbe, soit par telle autre particularité. M. Galippe pense qu'on pourrait utiliser ces différences individuelles pour compléter le dossier des criminels.

— Une place de membre titulaire est déclarée vacante.

Pathological Society of London.

SÉANCE DU 20 MAI 1884.

Éruption produite par l'administration du bromure de potassium. — Forme rare d'anévrysme de l'artère pulmonaire. — Rétrécissements multiples de l'intestin grêle. — Malformation congénitale du cœur.

M. *Warren-Tay* montre un excellent dessin reproduisant une éruption due à l'usage du bromure de potassium et qui ressemble en tout point à celle contenue dans l'atlas de la *New Sydenham Society*. Le malade qui l'offrait était un en-

fant âgé de douze mois; le médicament lui avait été administré à la dose de 4 grains 1/2 pendant onze jours; l'éruption était apparue le neuvième jour. A un autre hôpital, on avait pris l'affection pour du molluscum contagiosum. Il existait en effet alors des vésicules, mais lorsque l'enfant fut amené à l'hôpital de Londres l'éruption se présentait sous la forme de larges disques élevés avec une zone de vésicules en partie desséchées les circonscrivant. L'usage du bromure de potassium fut suspendu le dixième jour, et l'éruption disparut six semaines après l'administration de la dernière dose. L'examen microscopique des lésions, fait par le docteur Stephen Mackenzie, a montré que toute l'épaisseur du derme était infiltrée, et qu'il y avait des globules de pus dans le chorion, groupés spécialement dans le voisinage des follicules pileux et des glandes sébacées.

M. *Percy-Kidd* montre des spécimens d'anévrysmes de l'artère pulmonaire remarquables à deux points de vue: leur multiplicité et leur développement dans des cavités pulmonaires de formation aiguë. Le premier cas appartient à une femme âgée de trente ans, atteinte de phthisie pulmonaire chronique et ayant succombé à une hémoptysie. Le poumon droit présentait des adhérences dans toute son étendue et renfermait de petites cavernes disséminées çà et là; 32 anévrysmes furent trouvés sur l'artère pulmonaire, leur volume variant de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'un petit pois. L'hémorrhagie, cause de la mort, provenait de la rupture de l'une de ces petites tumeurs. Les trois autres cas présentent plus ou moins d'analogie avec le précédent, sauf une multiplicité moins grande des anévrysmes. Dans 230 cas de phthisie relevés par l'auteur, les anévrysmes de l'artère pulmonaire ont été trouvés 26 fois; 17 fois la rupture de la tumeur s'est produite; 9 fois la paroi a résisté. L'hémoptysie a déterminé la mort dans 21 cas; dans 17 elle a été déterminée par la rupture des parois de la tumeur; dans deux elle est survenue par l'ulcération des parois du vaisseau; dans les deux derniers il est impossible de se rendre compte du mécanisme de l'hémorrhagie.

M. *Sharkey* montre un exemple curieux et rare de rétrécissements multiples de l'intestin grêle. La malade était une femme très émaciée, qui avait été atteinte de diarrhée pendant plusieurs années avec douleur et vomissements et qui mourut d'érysipèle de la face. A l'examen *post mortem* on trouva le grand épiploon adhérent çà et là; les deux tiers inférieurs de l'intestin grêle présentaient de nombreuses ulcérations; ces ulcérations revêtaient deux types: les unes, petites, ressemblaient à celles de la fièvre typhoïde; les autres, plus grandes, occupaient toute la circonférence de l'intestin, qui était épaissi et rétréci à leur niveau. Les lésions portaient surtout sur la membrane muqueuse et allaient en s'affaiblissant à mesure qu'elles se rapprochaient de la surface du péritoine. Elles n'avaient pas l'aspect de lésions tuberculeuses et le bacille ne fut pas trouvé, mais il existait une infiltration tuberculeuse des trompes de Fallope. M. Sharkey estime que cette affection de l'intestin n'est pas de nature tuberculeuse parce que le péritoine est intact, parce que les bords des ulcérations sont très réguliers et parce que rien au microscope ne rappelle cette lésion. L'infiltration des trompes de Fallope est survenue probablement longtemps après la maladie de l'intestin, et son existence ne peut pas servir à juger la question, parce que les manifestations tuberculeuses sont fréquemment observées dans les maladies de consomption.

M. *Shattock* présente le cœur mal conformé d'un enfant nouveau-né. Les veines caves supérieure et inférieure sont normalement disposées, mais les veines pulmonaires insérées sur la partie postérieure de l'oreillette n'ont aucune communication avec elle. Il est supposable que le sang des poumons retournait par les veines bronchiques ou médiastines postérieures.

REVUE DES JOURNAUX

Anévrysme circonscrit du tronc innominé traité par la ligature simultanée et à distance des artères carotide primitive et axillaire, par M. Bennett May. — Un homme de quarante ans, vigoureux, d'une très bonne santé, exempt de toute diathèse, présentait un énorme anévrysme du tronc innominé, avec battements considérables, signes de compression des récurrents et des nerfs de la région, violentes douleurs, etc., tous phénomènes rendant la vie insupportable; de plus, la tumeur avait une tendance manifeste à l'accroissement. Dans ces conditions M. Bennet n'hésita pas à pratiquer la ligature de la carotide primitive et de l'axillaire au-dessous de la clavicule. Il choisit cette dernière artère plutôt que la sous-clavière, parce que la tumeur empiétait sur le triangle sus-claviculaire. Les deux opérations ne présentèrent aucune difficulté. Pendant deux jours il sembla que le volume et les pulsations de l'anévrysme avaient diminué, mais bientôt il devint évident que la tumeur ne présentait aucune modification, et qu'au contraire elle augmentait. Le malade mourut le cinquième jour après l'opération; la dyspnée croissante avait nécessité sans succès l'opération de la trachéotomie quelques heures avant la mort. A l'autopsie on trouva sur l'artère innominée un volumineux anévrysme, du volume d'une petite orange; ses parois étaient épaissies, non feuilletées; sa cavité était aux trois quarts pleine de caillots mous et de récente formation (*post mortem*).

A ce sujet l'auteur examine le choix du meilleur mode de ligature des grosses artères dans leur continuité et la façon dont la ligature à distance agit sur les anévrysmes. (*The Lancet*, 14 juin 1884, p. 1066.)

Quelques observations sur l'étiologie de la diphthérie, par Franklin Parsons. — Cette Note est un extrait d'une lecture faite devant l'Epidemiological Society, dans la séance du 11 juin 1884. D'après l'auteur, la diphthérie, qui dans la première moitié du siècle était une affection relativement rare et se présentant surtout à l'état sporadique, a depuis cette époque considérablement augmenté de fréquence. Sa morbidité, de même que celle de la scarlatine, est plus grande dans le dernier trimestre de l'année. Elle frappe surtout les enfants au-dessous de cinq ans. Contrairement à la scarlatine, elle atteint plutôt les filles que les garçons et sévit plus dans les campagnes que dans les villes.

Ce que l'on sait de plus clair touchant l'origine de la maladie, c'est qu'elle est contagieuse. Cette contagion a une certaine prédilection pour tel ou tel peuple, pour telle ou telle famille. Elle peut s'effectuer avant même que la maladie ait acquis tous ses caractères et aussi après son apparente guérison. Le contage infeste les individus, les appartements, les maisons. Les heureux résultats de l'isolement et de la désinfection sont une preuve de plus de la contagion de la diphthérie.

La diphthérie et la scarlatine sont souvent associées et fréquemment l'une de ces maladies paraît avoir été engendrée par l'autre. L'une de ces affections ne met pas à l'abri de l'autre.

La diphthérie peut encore se montrer comme affection intercurrente dans le cours d'autres maladies, par exemple, la rougeole, la fièvre typhoïde, l'érysipèle. Il semble d'après cela que cette affection doive être mise dans une classe intermédiaire entre les maladies zymotiques spécifiques et les maladies inflammatoires communes.

Il est acquis que la diphthérie peut être communiquée aux animaux, mais l'affection ainsi produite ne diffère-t-elle pas de la vraie diphthérie et peut-elle à son tour engendrer la maladie dans l'espèce humaine? La cause de la diphthérie a été à différentes reprises attribuée à des organismes végé-

taux inférieurs, des champignons, par exemple, l'oïdium albicans. Plus récemment Certel et d'autres observateurs allemands ont trouvé un micrococcus pullulant dans l'épaisseur des muqueuses atteintes.

Il est probable que c'est là la véritable cause de la diphthérie. (*The medical Times*, 14 juin 1884, p. 795.)

Cas de pustule maligne; excision; guérison, par W. MORRANT BAKER. — Un homme âgé de quarante-deux ans fut admis le 7 avril à Saint-Bartholomew's Hospital pour une pustule maligne. Le 26 mars, douze jours avant son entrée à l'hôpital, le malade avait été mis en contact en travaillant avec des peaux venant de Chine. Dès le lendemain il avait vu se développer une petite tumeur à la région droite du cou au-dessous de l'oreille : cette tumeur augmenta rapidement, devint douloureuse, s'accompagna d'engorgement ganglionnaire et en même temps des phénomènes généraux se déclarèrent. Lorsqu'il se présenta à l'hôpital, il ne pouvait y avoir aucun doute sur la nature de l'affection. M. Baker endormit le malade et fit largement l'ablation de la tumeur. Les symptômes rétrocédèrent vite, sitôt l'opération, et le 16 avril le malade était complètement guéri.

L'examen de la pustule, pratiqué par M. d'Arcy Power, ne montra pas de bacilles. Par contre, le sang examiné par M. Beauchamp en présenta un grand nombre. (*The British medical Journal*, 14 juin 1884, p. 1134.)

Des désordres persistants de l'ouïe consécutifs à l'usage de la quinine et de l'acide salicylique, par M. SCHWABACH. — Contrairement à l'opinion généralement admise, des doses modérées de quinine et d'acide salicylique peuvent entraîner des altérations persistantes de l'organe auditif, et, d'autre part, ces lésions, même lorsqu'elles sont graves et anciennes, cèdent encore à une thérapeutique bien dirigée.

Dans un cas, une seule dose de 1gr,20 de sulfate de quinine entraîne de la dysacousie, des bourdonnements d'oreille, des vertiges, et même de la douleur d'une oreille. L'examen permit de constater sur le tympan gauche les symptômes de l'otite moyenne chronique (aspect dépoli, tendineux, et retrait de la membrane); le diapason indiquait simultanément une affection de l'oreille interne. Le traitement consista dans l'emploi de la douche d'air et l'injection de quelques gouttes d'une solution à 3 pour 100 d'hydrate de chloral dans la caisse du tympan. Les bourdonnements disparurent, ainsi que les vertiges, et la faculté auditive s'améliora sensiblement; les symptômes du côté de l'oreille interne restèrent sans modification.

Dans un second cas, des lésions semblables suivirent l'administration du salicylate de soude (30 grammes en quinze jours, par doses de 1 gramme). Cinq ans après, les bourdonnements persistaient encore.

L'auteur pense que les médicaments incriminés produisent des processus inflammatoires dans l'organe de l'ouïe, et que la thérapeutique doit se régler en conséquence. Il rappelle les observations de Schilling, d'après lesquelles l'adjonction de seigle ergoté à la quinine ou à l'acide salicylique, empêcherait ces effets désagréables. (*Deutsche med. Woch.*, 1884, n° 11.)

BIBLIOGRAPHIE

Legislation on Insanity, par M. GEORGE L. HARRISON, président du bureau de charité publique de Pennsylvanie. —Philadelphie, 1884.

Ce recueil, disons-le tout de suite, se présente avec un caractère particulier et rare. Il n'a pas d'autre éditeur que l'auteur, lequel ne le vend pas. Celui-ci en envoie à peu près en tout pays un certain nombre d'exemplaires, mis à la disposition de personnes choisies et compétentes, qui les distribuent à leur tour le plus utilement possible. Et c'est ainsi que cet ouvrage nous est parvenu par l'obligeance de notre très distingué confrère, M. Th. Roussel, sénateur, qui a si fortement marqué sa place dans les œuvres de la charité publique.

Comment ce magnifique volume de plus de 111 pages in-8°, admirablement imprimé, relié avec goût, est-il délivré gratis et avec tant de profusion? L'auteur s'est passionné, si la passion peut naître des suggestions d'une grande expérience et d'un amour éclairé du bien, pour ce résultat : faire que ces lois de misère nécessitées par la dégradation de l'être intellectuel et moral deviennent aussi parfaites que possible. Et pour cela il a voulu que toutes les personnes susceptibles de comprendre la gravité de cette haute question fussent mises mieux en état de s'y élever par l'étude de la législation comparée des aliénés dans le monde entier. Sauf quelques remarques de la préface, l'auteur ne discute pas, ne commente pas, ne préjuge aucune solution. Rien que la reproduction des lois de ce genre actuellement en vigueur dans les deux mondes. Pour les Etats-Unis, on trouvera les dispositions particulières à chacun des quarante-sept *Etats* ou *territoires*. Le Canada, l'Ontario ne sont pas oubliés. Il n'est pas besoin de citer la France, l'Angleterre, la Belgique, l'Allemagne (avec Baden). Quant à la Russie, à défaut de lois sur les aliénés, le Recueil rappelle les articles du Code criminel qui entraînent l'irresponsabilité dans certains cas d'aliénation.

L'ouvrage se termine par un court rapport de la commission chargée d'examiner le système actuel de la législation des aliénés dans les Etats-Unis, rapport adressé au Sénat et à la Chambre des représentants. Nous ne croyons pas pouvoir nous y arrêter après les longues discussions qui viennent à peine de se terminer à l'Académie de médecine et dans la presse.

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE : J. MOREAU (DE TOURS).

Le docteur J. Moreau (de Tours), qui vient de s'éteindre à l'âge de près de quatre-vingt-un ans, est une des figures les plus originales de la médecine mentale de notre époque. Des travaux importants, dont les sujets sont empruntés à ce domaine, encore mal délimité, de la science des rapports du physique et du moral de l'homme, ont rendu son nom, en quelque sorte, populaire, non seulement dans le corps médical, mais encore parmi les philosophes et même chez les gens du monde. Cette réputation s'explique et par l'ingéniosité des idées et par la manière heureuse dont elles sont développées. J. Moreau (de Tours) est né à Montrésor (Indre-et-Loire), en 1804. Il commença ses études médicales à Tours sous l'illustre Bretonneau, et vint les terminer à Paris en 1826. Nommé interne de la Maison de Charenton, il devint un des élèves les plus dévoués d'Esquirol, alors dans tout l'éclat de sa renommée. Reçu docteur en 1830 avec une thèse *sur l'influence du physique relativement au désordre des facultés intellectuelles*, il fut dans la suite chargé par son maître d'accompagner plusieurs malades dans de longs voyages : c'est ainsi qu'il visita l'Orient et en rapporta des documents importants, qu'il mit plus tard en œuvre, sur l'aliénation mentale et les asiles d'aliénés des divers pays qu'il parcourut (*Recherches sur les aliénés en Orient*, in *Ann. méd. psych.*, 1843).

Nommé en 1840 médecin des hospices d'aliénés, il resta pendant près de quarante ans attaché à ces hospices, où il puisa les éléments des nombreux travaux qu'il a publiés.

Parmi ses nombreux ouvrages, nous citerons son livre sur le *Haschich et l'aliénation mentale* (1845) et celui qu'il a écrit sur *la Psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire* (1852). C'est dans ce dernier que se trouve l'axiome célèbre, bien des fois cité : « Le génie est une névrose. »

Moreau (de Tours), comme le prouvent ses livres, possédait une

instruction très variée et une érudition sûre; il avait, en outre, un grand fond de bienveillance. Il ne laissera que des regrets et un excellent souvenir à tous ceux qui l'ont connu. De ses deux fils, l'un — M. le docteur Paul Moreau (de Tours) — suivant les traditions paternelles, a publié plusieurs mémoires intéressants sur la pathologie mentale. A. RITTI.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur E. Thomas (de Nevers). Ses obsèques ont été célébrées au milieu d'un grand concours de population. Le docteur E. Thomas était chirurgien en chef de l'hôpital de Nevers, officier de la Légion d'honneur, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Erratum. — Au lieu de BALLAGER, imprimé dans le dernier numéro, *lisez :* BASSAGET.

LE CHOLÉRA.

Le rapport de M. Brouardel et la discussion qui vient de s'ouvrir devant l'Académie donnent un réel intérêt à tous les documents concernant le choléra. Nous continuerons donc à résumer les dépêches qui ont été publiées par divers journaux sur la marche de l'épidémie.

TOULON. — La mortalité, jusqu'à ce jour, peut être résumée comme il suit : 20 juin, 2 décès; 21 juin, 3; 22 juin, 13 (dont 4 douteux); 23 juin, 5; 24 juin, 1; 25 juin, 6; 26 juin, 6; 27 juin, 7; 28 juin, 8; 29 juin, 8; 30 juin, 7; 1er juillet, 15; 2 juillet, 6.

En 1865, du 26 août au 31 octobre, les décès ont été les suivants : 26 août, 2 décès; 27, 1; 28, 2; 29, 1; 30, 1; 31, 0; 1er septembre, 1 décès; 2, 0; 3, 1; 4, 1; 5, 2; 6, 4; 7, 2; 8, 6; 9, 7; 10, 1; 11, 8; 12, 22; 13, 13; 14, 10; 15, 28; 16, 34; 17, 60; 18, 52; 19, 43; 20, 31; 21, 24; 22, 53; 23, 43; 24, 48; 25, 48; 26, 54; 27, 54; 28, 44; 29, 47; 30, 33; 1er octobre, 18; 2, 19; 3, 13; 4, 12; 5, 12; 6, 18; 7, 5; 8, 7; 9, 5; 10, 7; 11, 1; 12, 5; 13, 7; 14, 6; 15, 8; 16, 3; 17, 4; 18, 2; 19, 2; 20, 4; 21, 6; 22, 5; 23, 0; 24, 3; 25, 1; 26, 0; 27, 4; 28, 3; 29, 2; 30, 0; 31, 0.

Depuis le 30 juin, la plupart des décès ont lieu, non plus à Toulon, dont une partie de la population a émigré, mais dans la banlieue.

MARSEILLE. — Le premier cas, observé le 26, est celui d'un mousse faisant partie de l'équipage d'une barque qui fait le cabotage entre Cannes et Marseille. C'est le premier malade admis à l'hôpital du Pharo, dont l'installation, aujourd'hui complète, est satisfaisante au point de vue hygiénique.

Le 27, on constate le décès d'un jeune homme qui, licencié du lycée de Toulon le 21, a succombé en quelques heures.

Le 28, les décès suspects sont au nombre de 6, mais leur nature cholérique n'est pas établie définitivement; cependant la marche des accidents a été rapide, et, circonstance épidémiologique remarquable, ils sont survenus dans des quartiers éloignés les uns des autres. Au reste, depuis ce jour, les autorités sanitaires refusent de délivrer des patentes nettes aux navires quittant le port.

Le 29, on ne signale aucun décès suspect.

Le 1er juillet : 4 décès.

— Voici les mesures proposées par la Société nationale de médecine de Lyon, dans sa séance du 30 juin 1884, pour prévenir la propagation du choléra par les transports en chemins de fer. Cette délibération a été transmise à l'autorité supérieure.

La Société émet les vœux suivants :

1° Le réseau de la Méditerranée sera subdivisé immédiatement en deux sections : section des pays contaminés; section des pays non contaminés. Ces deux sections auront pour tête de ligne la première station d'express des pays non contaminés.

2° Chacun de ces réseaux aura des wagons spéciaux qui ne pourront, dans aucun cas, dépasser la tête de ligne. Cette tête de ligne sera le lieu de transbordement de tous les voyageurs sortant de la zone contaminée ou y pénétrant.

3° Les voyageurs venant des pays contaminés seront transbordés dans des wagons à eux exclusivement réservés. Ces wagons seront placés en queue du train. Les wagons placés en tête devront servir exclusivement aux voyageurs pris en route. Des mesures de surveillance très rigoureuses seront prises pour empêcher les voyageurs des diverses catégories de monter, en route, dans les wagons qui ne leur sont pas destinés.

4° A la station d'arrivée du train, les wagons ayant transporté les voyageurs des pays contaminés seront immédiatement désinfectés.

5° Les bagages venant des pays contaminés seront, durant toute la durée du trajet, désinfectés à l'aide des vapeurs sulfureuses dégagées au moyen de brûleurs placés à poste fixe dans les wagons de bagages.

6° Les wagons de bagages qui ne seront pas transbordés seront, indépendamment de la sulfuration continue pendant leur trajet, extérieurement désinfectés, à la tête de ligne, par une solution de chlorure de zinc sublimé ou tout autre puissant désinfectant.

7° A la tête de ligne, les bagages à la main seront également désinfectés par l'exposition aux vapeurs sulfureuses pendant un temps de vingt minutes minimum.

8° Les bagages d'un voyageur atteint de choléra ou succombant à cette affection pendant la durée du trajet seront, à l'arrivée, l'objet d'une désinfection spéciale et plus active.

Dr OLLIER, *président.*
Pr P. DIDAY, *secrétaire général.*

CONCOURS. — Le concours pour l'internat de Berck-sur-Mer s'est terminé lundi dernier par la nomination de M. Regnault, externe de deuxième année.

PROSECTORAT. — Un concours public pour la nomination à une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux sera ouvert le lundi 4 août 1884, à quatre heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, 17.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire, au secrétariat général de l'administration, à partir du lundi 30 juin jusqu'au mercredi 16 juillet inclusivement, de onze heures à trois heures.

CONSEIL D'HYGIÈNE. — Nous croyons savoir que le Conseil d'hygiène a décidé que si le choléra éclatait à Paris, il y aurait lieu de faire évacuer les postes-casernes situés aux fortifications, et de les transformer en ambulances.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — Par arrêté ministériel, en date du 30 juin 1884, l'arrêté, en date du 15 juin 1884, portant qu'un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques sera ouvert, le 15 décembre de la même année, à l'Ecole de médecine d'Amiens, est et demeure rapporté.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 11 juillet). — *Ordre du jour :* M. Vallin : Rapport au nom de la commission nommée pour l'étude de la prophylaxie de la tuberculose. — M. Dujardin-Beaumetz : Du diagnostic du cancer de l'estomac. — MM. A. Gombault et Chauffard : Etude expérimentale sur le processus tuberculeux de certains épanchements de la plèvre et du péritoine.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — *Prix E. Godard* (1884). — Le bureau de la Société de biologie rappelle aux personnes qui voudraient adresser des mémoires à la *Société de biologie* pour le prix *E. Godard*, que le terme du délai pour l'envoi de ces mémoires est fixé au 31 août 1884.

Les mémoires devront être adressés au siège de la Société de biologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, ou au docteur Dumontpallier, secrétaire général de la Société, rue Vignon, 24, à Paris.

MORTALITÉ A PARIS (26e semaine, du 20 au 26 juin 1884). — Fièvre typhoïde, 39. — Variole, 0. — Rougeole, 31. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 14. — Diphthérie, croup, 36. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 4.. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 47. — Phthisie pulmonaire, 201. — — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 68. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 55. — Bronchite aiguë, 21. — Pneumonie, 59. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 36; au sein et mixte, 13; inconnu, 7. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 80; de l'appareil circulatoire, 52; de l'appareil respiratoire, 59; de l'appareil digestif, 44; de l'appareil génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 8. — Morts violentes, 38. — Causes non classées, 5. — Total : 962.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 10 juillet 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LE CHOLÉRA. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine: Le choléra.

Deux importants discours, l'un de M. Rochard, continuant, après M. Brouardel, l'histoire épidémiologique et clinique de l'épidémie de Toulon; l'autre de M. Mesnet, étudiant deux questions intéressantes concernant la séméiologie du choléra, et une résolution proposée par MM. Féréol et Ernest Besnier, et votée par la presque unanimité des membres présents, pour engager les pouvoirs publics à interdire la fête du 14 juillet, tel est le bilan de la dernière séance académique. Nous ne citons que pour mémoire le dépouillement de la correspondance. Comme il arrive toujours en temps d'épidémie, elle contenait une série de notes qui ont eu pour résultat d'égayer ou d'irriter la savante Compagnie; mais elle renfermait aussi une lettre de M. Fauvel, et de celle-ci nous préférons ne point parler. Le silence qui a suivi sa lecture doit être gardé jusqu'au jour où les faits auront démontré à l'éminent épidémiologiste que les convictions les plus sincères peuvent être contredites par des faits irréfutables.

Nous ne voulons donc parler aujourd'hui que du discours de M. Rochard. Encore réserverons-nous pour de prochains articles, qui semblent malheureusement devenir nécessaires, ce qui concerne la partie clinique et thérapeutique de cette brillante allocution. M. Rochard, en effet, dans le tableau qu'il a tracé de l'épidémie actuelle, a examiné rapidement plusieurs des questions que soulève toujours l'étude du choléra; mais il a justement réservé, pour être traités à fond par les savants et courageux médecins qu'il vient d'inspecter, les sujets cliniques qui sont de leur compétence exclusive. Au point de vue épidémiologique, il a affirmé que la marche de la maladie, son extension progressive et la multiplicité des cas intérieurs, prouvent jusqu'à l'évidence que l'on a bien affaire au choléra épidémique. Mais puisqu'il en est bien ainsi, ce choléra a dû être importé, et jusqu'à ce jour « *la fissure* » par laquelle il s'est introduit n'a pas été découverte. En le déclarant, nous avouons ne pas attacher plus d'importance qu'elle n'en mérite, jusqu'à présent du moins, à l'hypothèse émise en passant par le savant inspecteur gé-

FEUILLETON

Lettres médicales.

Le choléra.

Le choléra ! Encore et toujours le choléra ! même au rez-de-chaussée de ce journal qui y consacre ses premiers Paris et ses variétés, il nous faut, cher confrère, vous parler de l'épidémie de Toulon ! Et de quoi causerions-nous, en effet, alors que de tous côtés on s'affole, on se désole, on pronostique les plus épouvantables calamités? Vous qui n'avez certes pas oublié les épidémies antérieures, vous souriez sans doute en voyant que dans les sphères officielles on commet des bévues, tandis que le peuple français, d'ordinaire plus maître de lui, perd son sang-froid et surtout sa gaîté. Le choléra n'est pas encore à Paris, vous le savez; s'il y vient, vous espérez qu'il y sera très bénin; et si, par malheur, il était aussi grave en 1884 qu'il l'a été en 1854 ou en 1866, vous n'ignorez pas que le corps médical saurait se montrer à la hauteur de sa tâche et résister au fléau. Ce qui console des fautes commises, c'est donc la certitude que, quoi qu'il arrive, on ne verra parmi nous aucune défaillance, c'est l'espoir que de cette nouvelle épreuve sortiront peut-être de féconds enseignements. Tandis que Straus et Roux travaillent avec une ardeur qu'on ne saurait trop louer, alors qu'ils cherchent dans l'intestin et dans le sang des cholériques l'élément-contage, le microbe infectieux, tandis qu'ils s'efforcent de trouver la caractéristique anatomique de la maladie, il faut espérer que les épidémiologistes et les hygiénistes sauront de leur côté établir les lois de la propagation du choléra et indiquer des mesures de prophylaxie un peu plus sérieuses et plus efficaces que celles dont on parle partout aujourd'hui. Avouez que le temps semblait venu de voir sortir des délibérations des Sociétés savantes autre chose qu'un aveu d'impuissance. Et cependant, si l'on con-

néral de la médecine navale. En raison des communications incessantes qui existent entre les ports de la mer Rouge et ceux du littoral méditerranéen, rien ne paraît plus légitime, a-t-il déclaré, que de supposer une importation d'origine égyptienne. Depuis que la commission sanitaire d'Alexandrie n'exerce plus aucun contrôle sur les bâtiments qui traversent le canal de Suez, rien n'empêche de supposer qu'un vaisseau quelconque aura pu importer à Toulon un choléra resté à l'état latent pendant la traversée, mais provenant directement d'Egypte. Il faudrait, pour pouvoir *affirmer* qu'il en est bien ainsi, *démontrer* que le choléra sévit actuellement en Egypte, ou nommer le bâtiment qui a pu l'importer en France. Jusqu'à ce que cette preuve ait été donnée, on pourra tout aussi bien incriminer les bâtiments venus de Cochinchine, et soutenir, comme nous l'avons déjà dit, que des marchandises ou des effets d'habillement apportés par l'un quelconque de ces bâtiments ont pu contenir un germe cholérique qui ne s'est développé à Toulon que tardivement, et en raison des conditions hygiéniques si défavorables dans lesquelles se trouve cette ville. Nous ne cesserons de le redire, les faits qui prouvent les dangers que présente une désinfection incomplète des marchandises provenant des ports suspects sont très nombreux. Dans un précédent article, nous avons cité l'épidémie qui a été si intense à la Guadeloupe en 1865 et *qui paraît* avoir été importée par un navire parti de Marseille le 5 octobre *sans avoir eu de malades ni au départ ni pendant la traversée.* Nous pourrions y ajouter l'épidémie de Trieste, débutant presque subitement le 28 septembre, alors que, depuis le 8 août, jour auquel un malade avait succombé au lazaret, il n'avait été constaté ni dans la ville, ni aux environs aucun cas de choléra. Dans son livre sur le choléra (p. 80), M. Proust cite lui-même des faits qui prouvent combien peut être longue la conservation par les vêtements d'un cholérique du contage infectieux; nous nous bornerons à citer le suivant : « Une femme, âgée de soixante-sept ans, était morte au mois d'août 1831. *Dix mois* plus tard, aux fêtes de la Pentecôte, deux nièces de cette femme étant venues visiter leur oncle, celui-ci ouvrit pour la première fois un tiroir qui renfermait, outre quelques petits bijoux qu'il offrit à ses nièces, le bonnet que sa femme avait porté au moment de sa mort. Cet homme fut pris du choléra et mourut le lendemain. » S'il n'existait qu'un ou deux faits semblables, on pourrait, à la rigueur, nier leur authenticité. Mais il n'en est rien. Les exemples de ce genre sont assez nombreux, assez indiscutables pour qu'on puisse en tirer cette conclusion que, en l'état actuel de nos relations avec les pays atteints par le choléra, un bâtiment, fût-il gratté et nettoyé, fumigé et lavé à l'eau chlorurée, pourra longtemps encore contenir des germes cholériques s'il renferme des marchandises suspectes, non désinfectées par l'étuve, et qu'il devra propager la maladie au moment de son déchargement alors même que durant une traversée de plusieurs jours aucun cas suspect n'aurait été observé à bord.

Ne faut-il pas dès lors insister plus énergiquement que jamais sur la nécessité de prescrire, comme on le fait trop souvent, non des quarantaines illusoires ou des procédés de désinfection d'une inefficacité notoire, mais bien des mesures rigoureuses telles que le déchargement sanitaire et l'assainissement complet d'un navire toutes les fois que celui-ci aura embarqué soit un malade, soit des marchandises suspectes.

Aujourd'hui, toutefois, le mal est fait et le choléra est importé. Ce qu'il convient de rechercher, ce n'est donc plus seulement par quel navire il a été introduit à Toulon, c'est par quelles mesures on pourrait retarder ou même empêcher son extension. A ce point de vue, d'accord avec ses collègues de la Société de médecine publique et du Comité d'hygiène, M. Rochard a été peu rassurant. Il nous semble toutefois, comme nous l'avons indiqué déjà, que l'on aurait dû, soit à Toulon même, soit aux gares limitrophes de la zone contaminée, ordonner des mesures de prophylaxie plus rigoureuses. On ne l'a pas fait et l'on ne semble pas disposé à agir plus énergiquement aujourd'hui que la maladie s'étend à Aix et même à Grenoble. Il ne nous reste donc plus qu'à parler des mesures d'hygiène générale et de thérapeutique à prendre dans le but d'atténuer la gravité d'une maladie que des mesures internationales, régionales, ou départementales n'ont pu étouffer dans son foyer d'origine. Nous résumons plus loin les instructions populaires que l'on peut répandre dans ce but et nous reviendrons, dans un prochain article, sur la question clinique et thérapeutique.

L. Lereboullet.

Contributions pharmaceutiques.

LIMONADE BENZOÏQUE.

Dans notre article sur l'élixir parégorique (voyez le dernier numéro de la *Gazette*), nous avons fait valoir l'action antiseptique de l'acide benzoïque. Cette propriété a été constatée

---

sulte les documents officiels, les discussions des comités, conseils ou sociétés d'hygiène, qu'y trouve-t-on, sinon cette déclaration toujours la même : Nous ne connaissons aucun moyen d'arrêter l'évolution du choléra, les cordons sanitaires ne servent à rien, les poltrons sauront toujours les franchir et les désinfectants les plus malodorants sont inutiles. Mieux vaut donc se croiser les bras et attendre la maladie qui disparaîtra quand elle aura atteint tous ceux qu'elle peut frapper. C'est là cependant que nous en sommes aujourd'hui. Voyons si l'on ne pourrait être plus consolant ou tout au moins plus pratique.

Je ne vous ferai point cependant l'injure, cher confrère, de reproduire, même dans une lettre tout intime, les communications que je reçois chaque jour. Je ne vous parlerai plus de la médication cuprique, vous en connaissez les résultats et, aux articles que vous lirez dans le *Figaro* ou dans le *Voltaire*, vous répondrez en consultant les *Bulletins de la Société des hôpitaux* et les chiffres cités par E. Besnier, Pidoux, Gubler, Horteloup, etc. Ils sont éloquents ces chiffres, et les arguments développés par les *médecins* me paraissent plus topiques que ceux des hommes du monde ou des physiologistes. Je ne vous citerai pas non plus le nom de l'inventeur qui propose de s'installer pendant huit jours, dans une salle de cholériques, de prendre ses repas avec eux — quels repas? il ne le dit pas — de coucher dans leur lit, de respirer leurs déjections (*sic*) et, au bout de huit jours de livrer *gratuitement* au ministre de l'intérieur la formule du préservatif qui l'a rendu inaccessible aux atteintes « du fléau qui, né aux bords du Gange, étreint en ce moment de sa main bleuâtre les malheureuses populations du midi de la France ». Je ne veux pas vous apprendre — vous le savez, n'est-ce pas? — que la meilleure des eaux minérales, celle qui préserve *infailliblement* du choléra, parce qu'elle n'est autre qu'une limonade sulfurique mitigée c'est l'eau de ...... Mais j'allais en donner le nom! Et cependant ils paraissent tous sincères les médecins qui m'envoient leurs prospectus

par MM. Jalan de la Croix et Bucholtz. Ces expérimentateurs ont trouvé que les acides de la série aromatique, tels que l'acide benzoïque et l'acide salicylique, prévenaient l'altération du bouillon à la dose de 1 millième, et que les benzoates et salicylates alcalins possédaient une énergie dix fois moindre.

Cette dernière assertion vient tout à fait à l'appui de notre opinion sur l'addition de l'ammoniaque dans l'élixir parégorique. Mais l'acide benzoïque a, sur les reins et la vessie, une action qui rend son emploi fréquent en médecine.

Dans ces cas, l'eau ne peut qu'être utile, nous proposons donc d'administrer cet acide en solution dans une boisson abondante. On peut aussi, avec quelque raison, lui donner comme adjuvants balsamiques, le baume de Tolu et la cannelle.

On formulerait ainsi :

Limonade benzoïque.

Acide benzoïque..........	1 à 2	grammes.
Eau distillée de cannelle...	50	—
Sirop de Tolu............	100	—
Eau distillée............	850	—

Faites dissoudre l'acide dans l'eau et mêlez. A prendre par verre dans les vingt-quatre heures.

M. le professeur Laboulbène, dans une circonstance où le malade préférait l'absence du sucre, a fait subir à cette formule la modification suivante :

Acide benzoïque..........	1 à 2	grammes.
Teinture de cannelle......	LX	gouttes.
Eau-de-vie..............	100	grammes.
Eau distillée............	900	—

Préparation et administration identiques à la précédente.

La dose d'acide benzoïque pourrait à la rigueur être portée à saturation, c'est-à-dire à 4 grammes par kilogramme; car cet acide est deux fois plus soluble que l'acide salicylique; mais alors la préparation serait désagréable au goût. Il est bien préférable de s'en tenir à un maximum de 2 grammes par litre pour ne pas fatiguer ni dégoûter les malades.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Ophthalmologie.

Sur l'astigmatisme considéré comme une des causes de la cataracte, par M. le docteur Louis Vacher, médecin-major à Orléans.

Depuis quelques années l'opinion des ophthalmologistes s'est portée tout particulièrement sur l'étude des anomalies de la réfraction et des troubles fonctionnels qu'elles entraînent à tous les âges. Un grand nombre de travaux remarquables ont été publiés; parmi les plus intéressants à mon avis, figurent ceux qui traitent de l'astigmatisme.

Par l'invention de l'ophthalmomètre de Javal et Schiotz, qu'aucun instrument du même genre n'est venu surpasser comme rapidité et précision, l'ophthalmométrie, rendue pratique, conduit à une foule de remarques importantes, et, comme le dit très bien M. le docteur G. Martin (de Bordeaux) : « donne la possibilité d'explorer tout un monde presque inconnu, et ouvre sans doute une ère nouvelle à l'ophthalmométrie ».

Encouragé par M. Javal, qui a bien voulu m'apprendre à manier son instrument, j'ai saisi toutes les occasions qui se sont présentées à moi de mesurer des yeux, soit pour rechercher les rapports signalés récemment entre l'astigmatisme, la kératite, la blépharite, la migraine, etc., soit, me mettant à un point de vue que je crois tout personnel, pour rechercher les rapports de fréquence qui existent entre l'astigmatisme et la cataracte, afin de trouver, si c'était possible, quelque idée nouvelle sur l'étiologie de cette cruelle affection.

Cette étude n'a donc pour but que de faire connaître le résultat actuel de mes recherches, et d'appeler l'attention sur un point de la question que je crois non étudié jusqu'à ce jour.

Il m'a paru inutile d'entrer dans le détail de chacune des trente-sept observations que je relate ici, non plus que d'indiquer la mesure exacte et la direction de l'astigmatisme. Ces détails feront partie d'une étude plus étendue que je me propose de publier prochainement. Je ne parle, cela va sans dire, que de mesures prises sur des yeux non opérés et sur des personnes âgées de plus de cinquante-cinq ans, excepté dans deux cas où les deux affections étaient manifestement héréditaires.

Voici les questions que j'ai cherché à résoudre :

1° L'astigmatisme est-il fréquent chez les cataractés?

2° Lorsqu'un individu est atteint de cataracte monoculaire, sans trouble cristallinien de l'autre œil, cet œil est-il seul astigmate?

3° De deux yeux cataractés sur la même personne, celui

---

qu'ils soient encartés dans un journal politique ou adressés sous forme de lettre personnelle.

Je préfère résumer ici quelques enseignements plus utiles à retenir, plus dignes de fixer votre attention. Vous avez su qu'après plusieurs jours de tâtonnements l'Administration française s'était décidée à ordonner des mesures prophylactiques au sujet desquelles elle a dû demander l'avis de quelque Commission ou Comité spécial. Alors que, dans la naïveté de notre âme, nous lui disions : Le choléra est localisé à Toulon; enfermez-le dans cette ville. Jamais vous n'aurez trouvé une occasion meilleure de prouver l'utilité des cordons sanitaires. Toulon est adossé à la mer et à la montagne. Trois portes seulement s'ouvrent vers la France. Fermez ces portes comme on a fermé jadis les portes de Batna (voy. p. 466). Que les habitants de Toulon soient astreints, avant de fuir, à faire une quarantaine sur un bâtiment éloigné de la côte ou bien au lazaret de Frioul, que leurs bagages et leurs vêtements soient désinfectés à l'étuve, etc., etc.; alors que, au nom des intérêts de la France entière, de son commerce et de sa bonne renommée, nous réclamions des mesures de protection aussi énergiques que rapides, on discutait, on hésitait, et pendant ce temps les habitants de Toulon propageaient au loin la maladie.

C'est alors qu'on eut l'idée ingénieuse que je tiens à discuter avec vous. De même que, en 1870, à l'occasion de l'épidémie de variole qui sévissait à Metz et à Strasbourg, on fit traverser à tous ceux qui revenaient en France un couloir où quelques pelletées de sciure de bois imprégnée d'eau phéniquée avaient pour résultat d'infecter leurs chaussures, sans arrêter à son passage aucun microbe d'aucune espèce, de même, en l'an de grâce 1884 on se proposa d'arrêter la propagation dans les gares de la Compagnie P. L. M. On décida donc que, à Paris, puis dans diverses gares, on soumettrait les voyageurs et leurs bagages à l'action des agents désinfectants.

Je pourrais me borner à vous démontrer par des exemples

*

sur lequel la cataracte a débuté est-il plus ou moins astigmate que l'autre?

4° L'astigmatisme est-il héréditaire (Javal) comme la cataracte, et se reproduit-il dans les mêmes conditions chez les générations atteintes?

Les trente-sept personnes que j'ai examinées peuvent se diviser en six groupes, qui me permettent, je crois, de répondre aux questions précédentes. Les mensurations de leurs yeux ont été prises plusieurs fois, et consignées à part, afin de ne donner lieu à aucune confusion.

Huit fois je n'ai pas trouvé d'astigmatisme cornéen ou un astigmatisme inférieur à une demi-dioptrie, et cependant les deux yeux étaient atteints de cataractes.

Trois fois l'astigmatisme dépassait trois dioptries, et malgré de nombreux travaux à l'aiguille les personnes n'avaient que des cataractes commençantes à l'âge de soixante à soixante-trois ans, mais étaient atteintes de myopie.

Sept fois j'ai trouvé l'astigmatisme sensiblement égal sur les deux yeux, bien qu'il y eût une différence notable dans l'âge de la cataracte.

Seize fois l'astigmatisme de l'œil le plus cataracté était supérieur d'une demi-dioptrie au moins à celui de l'œil le moins cataracté.

Une fois un œil cataracté et astigmate, l'autre œil n'étant ni l'un ni l'autre, sans que le traumatisme pût être invoqué comme cause de la cataracte monoculaire.

Enfin deux fois j'ai pu observer, non seulement la présence de l'astigmatisme et de la cataracte, mais encore l'hérédité des deux affections : 1° La mère, âgée de soixante-seize ans, opérée d'un œil, l'autre étant cataracté et astigmate, mais sa fille, âgée de cinquante et un ans, venant me consulter pour deux cataractes commençantes, astigmate au même degré que sa mère. 2° Dans le second cas, la malade, qui est plus jeune (quarante-deux ans), possède encore son père et sa grand'mère. Elle est cataractée et astigmate, son père est cataracté et astigmate; sa grand'mère a été opérée d'un œil. Je n'ai pu la voir encore, mais je ne désespère pas de vérifier sur elle si l'astigmatisme compliqué de cataracte serait héréditaire depuis trois générations dans cette famille.

Avant de tirer les conclusions qui me paraissent découler des observations précédentes, je désire appeler l'attention sur les huit cas dans lesquels l'examen ophthalmométrique ne m'a pas révélé d'astigmatisme cornéen.

Depuis les travaux d'Yong, personne ne conteste l'astigmatisme cristallinien; depuis ceux d'Helmholtz, Knapp, Donders, Javal, etc., personne ne met en doute l'astigmatisme cornéen, dont la découverte est plus récente, mais qui me paraît avoir une grande importance par suite de la facilité avec laquelle il est permis de le mesurer. La différence qui existe entre l'astigmatisme manifeste et l'astigmatisme cornéen, différence qui change par l'emploi prolongé des mydriatiques, n'est autre chose que l'accommodation astigmatique du cristallin, qui est vérifiée encore par ce fait que l'astigmatisme manifeste est inférieur chez les jeunes sujets hypermétropes ou emmétropes à l'astigmatisme cornéen, pour lui devenir sensiblement égal ou le dépasser légèrement, vers quarante à cinquante ans, lorsque l'amplitude d'accommodation diminue d'une manière sensible. (Voy. Javal, *Annales d'oculistique*, t. XV, p. 105 et suivantes.)

S'il est logique d'admettre que le cristallin possède une accommodation astigmatique qui entre en jeu pour corriger une partie de l'astigmatisme cornéen, n'est-il pas aussi permis de penser que l'astigmatisme statique du cristallin existant seul doit donner lieu à des contractions partielles du muscle ciliaire tendant à le détruire, afin de diminuer les cercles de diffusion, contractions d'autant plus fortes et plus prolongées que l'astigmatisme cristallinien sera plus élevé et les travaux de la personne plus longs ou plus minutieux? Dans ce cas, ne m'est-il pas permis de supposer que, dans les huit observations négatives au point de vue de l'astigmatisme cornéen, il existait de l'astigmatisme cristallinien? Et, dès lors, ne puis-je pas mettre en avant, comme une des causes de la sclérose cristallinienne, soit l'astigmatisme latent cristallinien, soit l'astigmatisme cornéen, que tous les deux amènent des contractions partielles du muscle ciliaire, provoquent, par contre, des tractions, des pressions irrégulières et intermittentes sur les couches du cristallin, et peuvent amener à la longue, dans leur état, un changement moléculaire?

Nous voyons par l'étude des autres cas que le plus souvent, si le même individu a les deux yeux cataractés, l'œil sur lequel la cataracte a débuté est plus astigmate que l'autre. Cette observation me paraît avoir une réelle importance et venir à l'appui de l'opinion émise plus haut.

En résumé, l'astigmatisme cornéen est très fréquent chez les cataractés; il est ordinairement plus accusé sur l'œil primitivement atteint; il est héréditaire en même temps que la cataracte.

La conclusion que je pense pouvoir tirer de ces observations, qui demandent à être poursuivies longtemps encore, est que l'astigmatisme peut être considéré comme une des causes de la cataracte. D'où la très grande utilité qu'il me paraît y avoir à corriger exactement les vices de réfraction astigmatiques et autres : 1° chez les personnes qui ont un commencement de cataracte, surtout si l'on emploie les mydriatiques dans leur traitement; 2° chez tout le monde en général, puisqu'il est possible qu'en les corrigeant avec des verres appropriés on arrive à prévenir certaines affections oculaires ou à retarder, dans certains cas, l'apparition ou la marche de la sclérose cristallinienne.

---

nombreux combien il est aisé d'échapper à l'ennui des fumigations prescrites et comment ceux qui n'y sont pas soumis pourraient cependant transmettre la maladie. Avant-hier encore deux familles assez nombreuses arrivaient de Toulon à Paris. Pour échapper aux ennuis de la fumigation chlorée, elles ont employé un procédé des plus simples. Leur billet de circulation a été pris à Toulon pour Lyon. A Lyon point de fumigation, point de désinfection. On arrive, on déjeune. Les bagages reçoivent un billet que l'on colle sur celui qui indiquait la provenance maudite. Les voyageurs prennent un ticket de Lyon à Paris. Ils avaient quitté un *express*, ils prennent un *rapide* et, arrivés à Paris, venus directement de Lyon, ils échappent aux ennuis de la fumigation sanitaire. Le tour est joué. Ces voyageurs que j'ai vus et qui m'ont conté leur histoire, s'ils avaient été des cholériques, n'auraient-ils pas pendant leur séjour à Lyon, et à leur arrivée à Paris, propagé la maladie? Mais admettons que, dans toutes les gares, on procède avec la plus extrême rigueur; que l'on arrête tout le monde, que l'on fumige tout le monde. Quelle est la valeur de ces fumigations? Ici nous laissons la parole à un de nos correspondants, dont nul ne pourra nier la compétence.

« Voici, nous écrit le docteur J. Jeannel, comment on procède dans les gares de P. L. M. On prend :

Sel marin.....	200 à 250 grammes.
Bioxyde de manganèse pulv...	50 —
Eau	300 —
Acide sulfurique du commerce.	200 —

» Ces substances, approximativement mesurées par un employé, sont versées dans une terrine vernissée chaque fois qu'un train arrive en direction de Marseille ou de Toulon, puis le tout est transporté dans une salle d'attente, où sont introduits les voyageurs. Enfermés dans cette salle, les voyageurs restent soumis à la fumigation chlorée pendant quatre minutes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 7 JUILLET 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

Anatomie comparée des races humaines. — Note de M. *L. Testut*. — Sous le titre de « Contribution à l'anatomie comparée des races humaines, dissection d'un Boschisman », M. de Quatrefages présente une note de M. *L. Testut*, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, sur les principales particularités que lui a offertes le système musculaire d'un jeune Boschisman de douze à quatorze ans. Ce sont surtout des formations surnuméraires, lesquelles semblent s'accumuler comme à plaisir sur le sujet disséqué par l'auteur. Ainsi : 1° dans le creux axillaire, un faisceau dorso-tricipital ; 2° à la nuque, une réduction du trapèze à ses faisceaux cervicaux et dorsaux ; 3° sur les parties latérales du cou, un troisième scalène ou scalène intermédiaire, situé entre le scalène antérieur et le scalène postérieur ; 4° au bras, un deuxième coraco-brachial ou court coraco-brachial ; 5° un faisceau surnuméraire du biceps fémoral situé à la partie postérieure de la cuisse ; 6° à la jambe, une bifurcation du tendon terminal du jambier antérieur ; 7° enfin à la région dorsale du pied, le faisceau interne du pédieux constitue un muscle complètement distinct.

En somme, toutes ces particularités, à l'exception d'une seule, qui rappelle une disposition normale chez quelques rongeurs et quelques carnivores, reproduisent des dispositions anatomiques que l'on observe normalement et avec la valeur d'un organe type dans les différentes espèces simiennes.

Néanmoins, par cela même qu'elles ne se sont pas rencontrées sur un autre Boschisman précédemment disséqué, lequel présentait, d'autre part, certaines dispositions anatomiques vainement cherchées ici, il résulte que les anomalies observées par M. Testut n'ont rien de caractéristique, comme il le dit lui-même, et ne peuvent fournir que des vues plus ou moins rationnelles, mais toujours hypothétiques, quant à présent du moins, c'est-à-dire jusqu'au moment où des dissections ultérieures fourniront de nouveaux faits.

Nouvelles recherches sur l'agencement des fibres blanches de la substance cérébrale. Note de M. *J. Luys*. — Les faits exposés par l'auteur sont le résultat des recherches qu'il a poursuivies à l'aide de nouvelles méthodes de durcissement de la substance cérébrale, immergée successivement dans des bains de bichromate de potasse, d'acide phénique et d'alcool méthylique. Grâce à la consistance qu'il a obtenue, M. Luys est parvenu à isoler nettement les uns des autres les divers paquets de fibres nerveuses qui les constituent, et à les disséquer par une sorte de clivage naturel.

De là les conclusions suivantes, auxquelles il a été conduit touchant l'agencement général des fibres du cerveau. C'est ainsi que, pour l'auteur, l'ensemble des fibres blanches centrales se réduit à trois systèmes d'éléments fibrillaires.

1° Le système des *fibres commissurantes*, ainsi appelé en raison de leurs directions, et représenté par une catégorie entièrement isolée des fibres blanches. Les unes relient entre elles les portions homologues de chaque lobe cérébral. Elles sont curvilignes, leurs extrémités plongées dans les régions grises symétriques de chaque lobe, et leurs portions médianes restent libres. Ce sont les portions médianes juxtaposées de toutes ces fibres curvilignes qui constituent le corps calleux. Les autres, appartenant exclusivement à un lobe cérébral, relient les diverses régions de ce lobe. Elles solidarisent ainsi entre elles différents territoires de l'écorce.

2° Un deuxième système, qu'en raison de ses connexions on pourrait appeler *système de fibres cortico-thalamiques*, est constitué par tout un ensemble d'éléments rayonnés qui relie les différents territoires à la couche optique.

Ces fibres offrent toutes une direction nettement convergente. Elles se groupent en fonction de la couche optique, comme les rayons d'une roue autour du moyeu. Les postérieures se dirigent d'arrière en avant (fibres de Kölliker) ; les supérieures, de haut en bas (fibres de la couronne de Reil). Les antérieures viennent des régions correspondantes de l'écorce affecter une direction antéro-postérieure. Elles plongent, pour arriver à leur centre de convergence, directement à travers la substance grise du corps strié, qu'elles divisent ainsi en deux segments. Ce sont ces fibres cortico-thalamiques antérieures, disposées en fascicules stratifiés, que l'on décrit journellement sous la dénomination impropre de *capsule interne*. Cet ensemble de fibres blanches, une fois qu'elles ont abordé leur centre d'aboutissement, se disposent en filaments grisâtres et vont directement se perdre, les unes dans les noyaux isolés de la couche optique, les autres dans la substance grise centrale qui tapisse la paroi du troisième ventricule.

3° Le troisième système de fibres blanches cérébrales ou système des fibres cortico-striées, insuffisamment décrit jusqu'ici, est constitué par une série de fibres blanches, ayant leurs origines communes avec les précédentes au sein des différentes régions grises de l'écorce, et allant se disperser dans la masse du corps strié et celle des noyaux sous-optiques.

Les fibres qui le constituent ont toutes une direction nettement convergente. Les postérieures se dirigent directement d'arrière en avant, les supérieures de haut en bas, les antérieures d'avant en arrière. Elles arrivent ainsi par ce mou-

---

» J'ignore sur quelles expériences on se fonde pour admettre l'efficacité d'une pareille fumigation contre la contagion du choléra.

» J'ai démontré, il y a plus de dix ans, que les organismes inférieurs ne sont pas détruits par la fumigation de chlore. Lorsque le liquide dans lequel ces organismes se meuvent est exposé à un courant de chlore gazeux, ils restent immobiles et comme morts mais après vingt-quatre heures, lorsque le chlore dissous dans le liquide a été saturé par des émanations ammoniacales, ils se raniment et reprennent leur activité.

» D'autre part, il importe de faire observer que les fumigations de chlore, extrêmement irritantes pour les organes respiratoires, peuvent devenir dangereuses pour les sujets atteints d'asthme, de bronchite, de phthisie pulmonaire, etc. Le danger peut devenir tout à fait sérieux lorsqu'elles sont administrées à doses quelconques par des personnes étrangères à la médecine et à la pharmacie. Je dis doses quelconques, puisqu'elles ne sont pas proportionnelles à la capacité des salles.

» Une autre objection mérite d'être prise en considération. La plupart des couleurs des étoffes sont altérées ou détruites par le chlore ; les métaux, les mouvements des montres sont attaqués. »

Et le docteur J. Jeannel conclut dans les termes suivants :

« 1° Les fumigations chlorées auxquelles sont soumis les voyageurs dans les gares de P. L. M., sont inefficaces contre la question du choléra.

» 2° Elles sont dangereuses pour beaucoup de personnes.

» 3° Elles détériorent les vêtements et les objets métalliques, les montres. »

Je n'ajouterai qu'un mot à cette Note. Pour les voyageurs on peut admettre que, s'ils ne paraissent pas malades, il suffit pour agir sur l'esprit des populations de leur imposer un semblant de désinfection. Mais les bagages ! mais les marchandises ! Je ne saurais trop le répéter, c'est surtout par

vement d'ensemble à se grouper, comme les branches d'un éventail, en dehors du corps strié qu'elles emboîtent sous le nom de *capsule externe*. Une portion d'entre elles constitue les plis convergents de l'insula. Au point de vue de la terminaison dans les régions centrales, ce groupe spécial de fibres offre un grand intérêt. Tandis qu'une portion d'entre elles va se perdre dans les différents noyaux de la masse même du corps strié, une autre portion, poursuivant son trajet convergent, va plus profondément et s'épuise successivement en se perdant dans les différents noyaux gris centraux rayés de haut en bas, depuis les noyaux rouges de Stilling jusqu'aux noyaux gris des olives bulbaires (régions sous-thalamiques). D'où il résulte que les différents territoires de l'écorce sont, non seulement reliés aux noyaux centraux opto-striés, mais encore à toute cette série de petits centres gris, des régions de l'isthme, de la protubérance et du bulbe, qui constitue par elles une série de petits centres d'aboutissement avec lesquels ils se trouvent en relations directes. La sphère de rayonnement de ces territoires de l'écorce est donc ainsi beaucoup plus étendue qu'on ne le suppose généralement.

Quant au côté physiologique, on peut dire que : 1° les fibres transversales ou communiquantes servent à l'unité d'action des régions homologues de chacun des deux lobes cérébraux ; 2° les fibres cortico-thalamiques sont des voies de diffusion dans une direction centrifuge des différents ordres d'incitations sensorielles irradiées du noyau gris thalamique sur les différents territoires de l'écorce ; 3° les fibres cortico-striées sont destinées à ramener vers les régions motrices centrales (le corps strié) les incitations à direction centripète, conçues dans les différents territoires psychomoteurs de l'écorce. Ces deux systèmes solidarisés se complètent ainsi et constituent un couple sensitivo-moteur ; 4° quant au groupe des fibres cortico-sous-thalamiques, son rôle physiologique est encore aussi peu connu que celui des noyaux centraux dans lesquels ses fibres vont se répartir.

SUR L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE. Note de M. *E. Cosson*. — L'épidémie cholérique qui s'est déclarée à Toulon et à Marseille, bien qu'elle offre les caractères du choléra asiatique, est heureusement loin de présenter la gravité de plusieurs des épidémies antérieures ; elle a, comme l'a dit M. Brouardel, une physionomie spéciale et une bénignité relative. Les germes de la maladie semblent, en raison de l'éloignement des lieux d'où ils ont été importés et d'où ils sont arrivés à notre littoral méditerranéen, avoir perdu de leur intensité et de leur transmissibilité. On peut, à ce point de vue, les comparer aux virus atténués par M. Pasteur.

Les conditions dans lesquelles se produit l'invasion cholérique permettent d'espérer que les mesures prises par l'administration enrayeront le développement du fléau. L'établissement de salles de désinfection pour les voyageurs, leurs bagages et les marchandises provenant des lieux contaminés, tant dans les gares de départ qu'aux gares d'arrivée, aura une efficacité à laquelle contribuera l'observation rigoureuse des prescriptions d'hygiène publique et individuelle formulées par le Comité d'hygiène publique.

L'importance de ces mesures prophylactiques est démontrée d'une manière péremptoire par une publication du regretté docteur E.-J. Dukerley : *Notice sur les mesures de préservation prises à Batna (Algérie) pendant le choléra de 1867, et sur leurs résultats*.

Pendant près de deux mois, Batna et ses annexes ont été investis par dix-huit postes de surveillance, interdisant toute communication avec les contrées limitrophes infectées. Pendant tout le temps que ce système d'isolement a été en fonction, des mesures analogues furent ordonnées dans les tribus arabes voisines. A partir de l'établissement du cordon sanitaire jusqu'à la fin de l'épidémie, aucun cas de choléra n'a eu lieu dans le périmètre protégé, tandis que les décès indigènes du cercle de Batna se sont élevés à plus de 3000 pour une population de 108 229 habitants.

L'établissement d'un cordon sanitaire a eu, pour le territoire protégé de Batna, une efficacité absolument comparable à celle d'une quarantaine maritime. Ce fait, sur lequel M. Cosson a cru devoir appeler l'attention de l'Académie, démontre toute l'importance des mesures d'isolement et de désinfection pour éviter la propagation directe de la maladie et la force d'expansion qu'elle peut acquérir sur les points où l'agglomération des malades constituerait de véritables centres infectieux.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 8 JUILLET 1884. — PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

M. le docteur *Leradet* (de Rouen) envoie le programme du Congrès d'hygiène industrielle qui doit se réunir à Rouen le 26 et le 27 juillet prochain.

L'Académie accepte le dépôt d'un *Pli cacheté* de M. *Alliot* (de Meung-sur-Beuvron, Loir-et-Cher), contenant une Note de thérapeutique et refuse d'accepter celui de M. le docteur *Courbet* (de Paris), relatif au traitement du choléra ; elle estime qu'en ce moment il convient de ne tenir secret aucun remède proposé contre cette affection.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose l'Annuaire statistique de la Ville de Paris pour 1882 et, de la part de M. le docteur *Tripier*, une brochure *sur la thérapeutique des hypertrophies prostatiques*.

ÉLECTION. — Par 52 voix sur 59 votants, M. *Perrier* (de Bordeaux) est élu correspondant national dans la division de physique, de chimie médicales et pharmacie. MM. Crié (de Rennes) et Lotard (de Lille) obtiennent chacun 3 voix ; il y a, de plus, 1 bulletin blanc.

---

l'intermédiaire des bagages et des marchandises que se transmet la maladie. Or que fait-on des bagages ? On les soumet *pendant un quart d'heure et sans les ouvrir* à l'action de vapeurs sulfureuses. C'est à peine de quoi décolorer leurs enveloppes ! Vous me répondrez, cher confrère, qu'il n'est pas possible de désinfecter efficacement les personnes et les marchandises en quelques minutes. J'en conviens. Mais alors retenez les marchandises et prenez vis-à-vis des personnes des précautions plus sérieuses. Avant tout et surtout établissez dans les gares du Midi des appareils de désinfection convenables ; faites ouvrir les malles et les ballots ; soumettez à l'étuve tout ce qu'ils contiennent ; quant aux voyageurs, lavez-les à grande eau — phéniquée ou non — et ne leur rendez leurs vêtements primitifs que lorsqu'ils auront été, eux aussi, convenablement désinfectés. A tout cela l'on me répond : « Il en échappera toujours quelques-uns ; la fraude sera relativement aisée ; on s'arrêtera à une gare intermédiaire et c'est en voiture que l'on traversera la zone de surveillance. » Eh ! oui, tout est possible ; mais le nombre de ceux qui pourront fréter une calèche et s'évader ainsi sera peu considérable. Vous diminuerez de beaucoup, si vous ne les supprimez, les chances de contagion, et puis, en agissant énergiquement, vous aurez au moins tenté quelque chose, tandis qu'aujourd'hui vos fumigations et vos pulvérisations ne servent à rien.

Ce sujet en amène un autre, à propos duquel je vous demande encore quelques minutes d'attention. Vous trouverez plus loin dans ce journal une instruction sommaire tout à la fois prophylactique et médicale. Je l'ai écrite pour répondre aux médecins qui, de toutes parts, me demandent ce qu'ils peuvent dire à leurs clients lorsque ceux-ci, partant pour la campagne, leur réclament des conseils hygiéniques. Ce n'est donc pas une instruction médicale. Les soins indiqués sont ceux que chacun pourra prescrire en attendant son médecin. Mais il y est question de désinfectants et vous voyez cités le sulfate de cuivre, le chlorure de chaux et non l'acide

Choléra. — M. *le Secrétaire perpétuel* lit une lettre de M. *Fauvel*, obligé par l'état de sa santé de quitter Paris; il tient à dire que les faits viennent jusqu'ici à l'appui de ses prévisions et que « l'épidémie de Toulon, quel que soit le nom dont on la qualifie aujourd'hui, achèvera son cours à la manière d'une épidémie de choléra nostras, c'est-à-dire que née à Toulon, elle s'y éteindra sans se propager en dehors de son foyer, de manière à devenir le point de départ d'une épidémie qui envahirait la France; les cas épars, plus ou moins cholériques et plus ou moins nombreux signalés à Marseille, s'y éteindront rapidement avec la fin des grandes chaleurs, sans avoir donné naissance à une véritable épidémie de choléra asiatique ».

M. le docteur *Sirus Piroudi* (de Marseille), correspondant national, envoie une Note dans laquelle il déclare ne pas douter de l'origine asiatique de cette épidémie, produite sans doute par les nombreuses communications maritimes entre Toulon et la Chine; sans doute on a brûlé les effets des sujets qui ont succombé au choléra, soit à bord, soit ailleurs, mais tous les convalescents rapatriés ont dû conserver auprès d'eux leur bagage plus ou moins complètement désinfecté; est-on bien sûr, d'autre part, de n'avoir pas débarqué de tel ou tel navire, de tel ou tel transport, des vivres non consommés pendant la campagne, dont on ne suspectait pas la contamination? M. Sirus Piroudi espère encore, bien qu'une dépêche envoyée par lui le matin même indique de sa part un pronostic de plus en plus grave, que l'invasion cholérique actuelle sera relativement bénigne, le germe cholérique paraissant être doué d'une faible force de reproduction et ayant surtout rencontré un terrain peu propice à sa reproduction. Il faut convenir aussi que cet événement plaide contre la manière dont sont pratiquées les mesures quarantenaires, sans désinfection et précautions sanitaires suffisantes; le principe est excellent, mais l'application des plus défectueuses.

M. *Rochard* vient rappeler à l'Académie ce qui s'est passé à Toulon depuis le départ de MM. Brouardel et Proust : la maladie s'est accentuée de jour en jour, le nombre des cas, de 8 à 10 par jour qu'il était, s'est élevé à 12, 14, 16 et 20 dans la journée d'hier. La marine et la guerre, protégées jusqu'à samedi presque complètement, ont été prises à leur tour ; de plus, au lieu de rester disséminé, le fléau se concentre, quatre cas sont observés dans la même maison, et les cas intérieurs deviennent plus nombreux. M. Gestin a télégraphié ce matin qu'à l'hôpital, 6 malades avaient été atteints, dont 2 morts; 2 sœurs dont 1 morte, 2 étudiants; 1 gardien; 1 infirmier. A Saint-Mandrier, 4 cas intérieurs. Les petites localités, les faubourgs, envahis par la population avec l'inconscience de la terreur, sont pris à leur tour, et les cas qui s'y déclarent deviennent fertiles. En résumé, on compte aujourd'hui 29 morts dans la marine, et 130 morts dans la ville, cela pour une population de 50000 âmes, chiffre auquel il faut ajouter l'effectif militaire. Il faut, en outre, remarquer que le choléra a toujours affecté une même marche insidieuse à Toulon, et malgré cette apparence bénigne les chiffres des victimes dans les épidémies précédentes sont les suivants : en 1835, du 2 juin au 30 septembre, (en 103 jours), le choléra a fait 1656 victimes, sur une population de 36000 habitants. En 1849, du 31 août au 31 octobre (62 jours), il y a eu 751 décès cholériques. En 1854, du 8 juillet au 21 septembre (76 jours), 1135 décès sont dus au choléra. En 1865 enfin, du 7 août au 12 novembre (98 jours), 1331 personnes meurent du choléra. MM. Proust et Brouardel ont dû mettre quatre jours à s'assurer qu'il s'agissait bien réellement du choléra asiatique; cette certitude est venue lorsqu'on a vu se développer les cas intérieurs, et la propagation du fléau à Marseille. M. Rochard avait encore à prendre des mesures propres à protéger la flotte et l'armée contre l'envahissement du fléau.

Quant au mode d'introduction du choléra, lorsque MM. Brouardel et Proust ont quitté Toulon, il n'y avait plus d'enquête à faire, et toutes les recherches avaient été infructueuses. M. Rochard est certain que l'importation n'a pas été faite par les transports de Cochinchine; tous les règlements ont été exécutés à la lettre, on en a la preuve. Mais pourquoi chercher si loin, lorsqu'on a la solution de la question sous la main? Depuis longtemps il est une doctrine admise, professée chez nous par M. Fauvel lui-même, c'est que le choléra nous vient toujours par la mer Rouge. C'est là la grande porte d'entrée toujours béante, c'est là seulement qu'on peut mettre un obstacle à la marche de l'envahisseur. Cet obstacle existait sous forme d'un admirable système de quarantaine, dont les règlements assuraient la sécurité de l'Europe. Cette barrière, on l'a rompue, le Conseil des quarantaines a laissé enfreindre les règlements, et le gouvernement français a dit : « Prenez garde, quand le choléra sera en Egypte, nous l'aurons en Europe! » On n'en a pas tenu compte, et la prophétie s'est réalisée : le choléra est venu en Egypte, et nous l'avons. Qu'importe qu'il soit entré par Toulon ou Marseille, il nous est venu par la grande porte, la mer Rouge. Pourquoi et comment le début a-t-il eu lieu sur deux hommes isolés dans de vieux bâtiments? Nous n'en savons rien et nous ne le saurons jamais. Le choléra est en France, parce que le système quarantenaire de la mer Rouge a été détruit; il faut en tirer un enseignement sans récriminations.

Quant à la séméiologie de l'épidémie, elle a présenté quelques points intéressants : dans son ensemble la maladie présente le type classique, elle est impossible à mécon-

---

phénique. Pourquoi cette exclusion, dites-vous, alors que tous les journaux sont pleins des déclarations faites à Toulon par le docteur Koch (de Berlin)? Celui-ci n'a-t-il pas affirmé que l'acide phénique était un excellent désinfectant? Pour répondre à cette objection je n'aurais qu'à vous renvoyer aux instructions déjà publiées en France par la *Société de médecine publique*, et après elle, par le *Comité consultatif d'hygiène*, par le *Conseil départemental d'hygiène*, etc. C'est même l'instruction rédigée par M. Vallin qui m'a servi pour écrire celle que vous lirez plus loin. Or partout on s'accorde à déclarer que l'acide phénique ne tue pas les microbes et que, par conséquent, il ne saurait détruire les germes cholériques. Je préfère donc vous dire en toute sincérité que je ne connais qu'un seul procédé *microbicide*, c'est l'étuve. Pour détruire les germes cholériques, il faut passer à l'étuve à 120 degrés les effets qui les contiennent et brûler les linges souillés par les déjections cholériques. Les préservatifs que je vous indique sont accessoires, mais je n'en connais pas de plus énergiques et je crois fermement qu'ils le sont plus que l'acide phénique. Si je me suis trompé, que les Conseils et Sociétés d'hygiène en portent la peine. Je n'ai fait que suivre leurs conseils et je ne puis être plus habile qu'eux. Il est possible d'ailleurs, cher confrère, que vous n'ayez pas à essayer toutes ces drogues diverses. Le choléra n'est pas encore à Paris, et je crois bien qu'il n'y sera pas avant quelques semaines, à moins que l'agglomération et les excès que causera la fête du 14 juillet n'en hâtent la venue. D'ici là nous aurons donc sans doute l'occasion de causer encore de tous ces sujets.

naître; cependant, elle présente un caractère général de bénignité; la proportion des décès est de 1 sur 5, ce qui n'est pas considérable pour un début d'épidémie, et donne lieu d'espérer quant à l'avenir.

Une autre cause d'espoir, c'est que l'on a pris immédiatement des précautions prophylactiques, ce qui, sans en exagérer l'importance, offre moins de conditions favorables à l'extension du fléau. La meilleure précaution a été la dissémination des troupes : les matelots et les soldats ont été distribués par petits groupes isolés, avec des conditions hygiéniques minutieuses. La ville elle-même a été l'objet de mesures inusitées : grâce à l'activité intelligente et énergique des autorités, M. Rochard déclare qu'il a vu, pour la première fois de sa vie, Toulon en état de propreté relative. Les maisons ont été désinfectées, les rues balayées, et ce qui n'a pas été fait, c'est-à-dire le curage des cloaques séculaires comme les vieux égouts, n'était vraiment pas à faire.

Pour en revenir à la séméiologie, les cas graves sont l'exception. Mais on a observé beaucoup de cas insidieux, caractérisés par de la diarrhée, des crampes légères, faisant espérer une heureuse issue et se terminant brusquement, comme par une rechute; des hommes sortaient convalescents et revenaient mourir peu de jours après; d'autres cas présentent une période de réaction à forme typhoïde : le malade devient indifférent, insensible, abattu, et meurt dans cet état; d'autres enfin ont une réaction incomplète, la peau reste froide, visqueuse, le visage est terreux, creusé; il n'y a plus ni crampes, ni vomissements et la mort survient. La diarrhée prémonitoire a été observée dans tous les cas, et le deuxième acte de la maladie s'est constamment montré au bout de quatre à cinq jours. On ne parle pas ici, bien entendu, des cas dits foudroyants, tuant en cinq ou six heures. La température est restée entre 35 et 37 degrés dans le premier stade, pour monter à 38°,5 et 41 degrés au moment de l'agonie.

M. Rochard fait aussi quelques observations sur la thérapeutique employée, non pour indiquer des médicaments nouveaux, mais esquisser l'emploi qui en a été fait. L'éther et le chlorhydrate de morphine en injections sous-cutanées n'ont pas donné les résultats espérés d'après l'exemple des médecins anglais dans l'Inde. Le résultat n'a pas répondu à l'attente, et il a été observé que la morphine déprimait considérablement les forces; l'éther a eu pour effet de remonter un moment et prolonger la résistance des malades; les injections d'*atropine* ont fait cesser les douleurs et les crampes. Le docteur Troncin a beaucoup employé les inhalations d'*oxygène* sous forte pression, et a observé, en le donnant d'heure en heure, qu'il y avait sensation de bien-être, relèvement du pouls, chaleur de la peau; le moyen est donc utile, surtout dans les cas de réaction languissante. Quant aux précautions sanitaires prises vis-à-vis des voyageurs, elles sont exagérées.

M. Rochard a été soumis à des fumigations phéniques, qui ne l'auraient nullement empêché d'introduire le choléra, s'il avait eu sur lui ou dans sa malle des matières infectantes. Ce sont des enfantillages, et s'il les signale, ce n'est pas pour critiquer les administrations locales, qui croient bien faire; mais parce que ces administrations sont conseillées par des médecins dont le devoir est d'entendre les enseignements de l'Académie. Ces mesures ne sont pas seulement une gêne, mais elles ont pour effet de maintenir la population dans une sécurité trompeuse, et de donner une fausse idée des opinions scientifiques de l'Académie et des Sociétés étrangères. Le choléra est en Europe, il faut l'accepter comme une leçon pour l'avenir, qui vient nous avertir de ne jamais nous départir des principes de bon sens qui ont toujours dirigé les mesures prophylactiques de la France.

M. Rochard tient ensuite à dire quelques mots à propos de la mission de M. Koch, mission qu'il s'est empressé de faciliter, comme il en avait reçu l'ordre; il raconte en quels termes il a été accueilli et comment il poursuit ses recherches conjointement avec MM. Straus et Roux.

M. *Mesnet* donne lecture d'un Mémoire, trop peu écouté, sur la valeur séméiotique des manifestations abdominales dans le cours des épidémies cholériques, et sur les troubles du système nerveux de la vie organique, comparés aux troubles du système nerveux de la vie de relation, dans la période algide, et dans la période de réaction du choléra.

Enfin, après une discussion très confuse, sur la proposition de M. *Féréol*, l'Académie adopte le vœu suivant, rédigé par M. Besnier : « L'Académie, estimant que la réunion d'un grand nombre d'étrangers à Paris et l'agglomération de la population dans les circonstances présentes, et même en l'absence d'une épidémie, pourrait avoir des résultats fâcheux pour la santé publique, croit de son devoir de signaler le danger de cette agglomération. »

— L'Académie se forme ensuite en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. *Lancereaux* sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section d'anatomie pathologique. M. le professeur *Cornil* est porté en première ligne.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 2 JUILLET 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Traitement chirurgical du cancer de l'utérus : M. Gallard. Discussion : MM. Auger, Després, Terrillon, Verneuil, Polaillon, Marchand, Lucas-Championnière, Terrier, Pozzi, Tillaux.

M. *Gallard* fait une très importante communication sur le traitement chirurgical du cancer de l'utérus. Comme le cancer de toutes les parties du corps accessibles aux opérations chirurgicales, le cancer utérin doit être d'une façon générale traité par l'ablation de la partie malade. Si on le peut, on doit faire remonter sa section au-dessus des parties dégénérées; même dans ces cas on observera souvent la récidive, il est vrai, mais à cause des faibles chances de l'absence de repullulation et de la survie qu'on procure presque toujours aux malades, on ne saurait s'abstenir. Que si on ne peut remonter jusque dans la zone saine, ce n'est pas encore une raison pour ne pas agir systématiquement; certaines patientes, en effet, tourmentées par des pertes abondantes et fétides, épuisées par des hémorrhagies répétées, retirent encore un réel bénéfice de ces opérations partielles. Très variées sont les méthodes d'ablation de l'utérus cancéreux. Lisfranc avait recours à l'instrument tranchant; il a eu bien des déboires par cette méthode, qui ne lui permettait pas de se mettre en garde contre les hémorrhagies et la septicémie. De plus, comme il était obligé d'abaisser fortement l'utérus, il exerçait des tractions dangereuses sur les ligaments de cet organe. Selon M. Gallard, il ne faut jamais, en effet, quelque procédé qu'on emploie, tirailler l'appareil suspenseur de l'utérus. L'écraseur linéaire de Chassaignac et le serre-nœud de Maisonneuve réalisèrent un progrès, mais encore la chaîne de l'écraseur est-elle difficile à appliquer et l'anse du serre-nœud peut glisser et ne faire que *moucher* le col. L'anse galvanique de Middeldorf est d'une manœuvre plus sûre et met à l'abri des hémorrhagies et de la septicémie. C'est à cette dernière que M. Gallard donne la préférence. Les résultats de sa statistique sont très encourageants. Ce gynécologiste a pratiqué vingt-cinq fois l'ablation du col de l'utérus cancéreux et à peu près autant de fois l'amputation du col ayant subi des altérations variées. Dans neuf cas d'intervention pour cancer, la guérison s'est maintenue si longtemps, qu'on a pu croire qu'elle a été complète; il est vrai de dire que plusieurs de ces malades ont été perdues de vue. Dans un cas de dégénérescence très étendue, l'ablation partielle a très manifestement enrayé la marche de la maladie, au lieu de la précipiter. Dans trois cas de végétations cancéreuses propagées dans les culs-de-sac, la

section du col a fait cesser de redoutables hémorrhagies et a permis aux malades de se remonter et de mener une existence tolérable. Deux fois, l'anse galvanique fut insuffisante à détacher les parties malades; on dut compléter l'opération avec les ciseaux et le bistouri.

M. *Anger* a adopté le procédé d'ablation du col utérin employé par Nélaton, savoir le cautère à gaz et le spéculum à courant d'eau. On peut ainsi cautériser sans accidents toutes les parties malades et poursuivre pendant vingt minutes et plus, s'il est nécessaire, les racines du néoplasme.

M. *Terrillon* s'est servi de l'anse galvanique chez six opérées, trois en ville et trois à l'hôpital. Le manuel opératoire est facile et le résultat excellent. Cependant une de ces malades eut au sixième jour une hémorrhagie foudroyante. L'observation a été publiée. Chez l'une d'elles, la récidive ne se reproduisit que trois ans et demi après; chez une autre, opérée depuis cinq ans, la repullulation ne s'est pas encore faite et cependant il ne saurait y avoir aucun doute sur la nature épithéliomateuse du néoplasme, puisque l'examen a été pratiqué dans le laboratoire de M. Ranvier.

M. *Després* a vu une femme portant une ulcération du col diagnostiquée épithélioma par un médecin de la ville et par lui-même; il pratiqua une cautérisation à l'amadou caustique; les choses restèrent en l'état trois mois; au bout de ce temps, l'ulcération se cicatrisa d'elle-même. Depuis quatre ans, rien n'a reparu. Etait-ce donc un cancer que cette femme portait? Assurément non; il en est ainsi des prétendues guérisons radicales des cancers de l'utérus. La vérification du diagnostic clinique par l'histologie ne prouve rien; on prend pour de l'épithélioma ce qui n'en a que l'apparence.

M. *Verneuil* rappelle ce qu'il a déjà dit, à savoir que l'opération du cancer du col de l'utérus est une très bonne opération, quand on peut dépasser les limites du mal, et qu'elle est encore bonne lorsqu'on ne peut pas tout enlever. Il donne les chiffres de sa statistique communiquée dans la séance du 11 juin 1884 (voy. Compte rendu, *Gazette hebdomadaire*, n° 26).

A l'anse galvanique, M. Verneuil préfère l'écraseur, dont il empêche le glissement sur le col à l'aide d'un fil placé au moyen de l'aiguille de Deschamps ou d'un trocart très courbe.

M. *Polaillon* a un des premiers préconisé l'anse galvanique. Elle est bien supérieure à l'excision avec l'instrument tranchant et même à l'écraseur. Lorsque le col a été amputé avec l'anse, il faut se préoccuper d'achever d'enlever les racines du mal avec des flèches de chlorure de zinc. L'emploi de l'anse galvanique n'est cependant pas sans quelque danger. M. Polaillon avoue avoir ouvert trois fois le cul-de-sac postérieur avec cette anse : la première malade guérit sans accidents; chez la seconde, il fallut faire une suture; la troisième succomba, mais plutôt à des accidents chloroformiques qu'à la section du cul-de-sac recto-vaginal.

M. *Marchand* a fait cinq fois l'amputation complète du col utérin. Avec l'écraseur il a eu un très beau succès; la malade opérée depuis quatre ans vit encore. L'anse galvanique ne lui a donné que des insuccès : une fois une hémorrhagie épouvantable; une fois de la pelvi-péritonite; dans un troisième cas la vessie a été ouverte; dans un quatrième cas l'ouverture du cul-de-sac postérieur a été suivie d'une péritonite suppurée, qui a emporté la malade en quarante-huit heures. Les opérations partielles de M. Marchand sont aussi au nombre de cinq. Chez deux malades il a pratiqué le grattage de fongosités de mauvais aloi, et a ainsi mis fin à de graves hémorrhagies; chez une troisième, le curage ne lui a pas si bien réussi. Lorsque le cancer ne remonte pas trop haut, on peut sans inconvénient se servir du bistouri; il n'y a pas du reste autant de danger que le croit M. Gallard à abaisser l'utérus.

M. *Lucas-Championnière* n'est pas partisan des opérations palliatives et comme M. Després il croit que bien souvent les micrographes commettent des erreurs sur la nature cancéreuse des pièces qu'on leur donne à examiner.

M. *Terrier* fait ressortir les difficultés et les dangers beaucoup plus nombreux qu'on ne le croit des opérations partielles; par contre, il signale les avantages dans certains cas de l'extirpation totale de l'utérus.

M. *Pozzi* fait remarquer qu'il est une indication formelle de l'intervention chirurgicale dans le cancer du col; lorsque le néoplasme obstruant le col détermine des coliques utérines, il y a absolue nécessité d'ouvrir la cavité de l'utérus.

M. *Tillaux* n'est pas d'avis qu'on fasse de propos délibéré une opération partielle pour un cancer quelconque, mais certaines complications commandent une intervention même incomplète. Il en est ainsi pour l'utérus, il ne faut agir, lorsqu'on ne peut amputer tout le mal, qu'autant qu'un accident force la main. Il est une circonstance où une opération même partielle donne toujours de très mauvais résultats, c'est lorsque les culs-de-sac sont envahis par le néoplasme.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 5 JUILLET 1884. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Objections à la préservation cuprique : M. Bochefontaine. — Mouvements involontaires dans les expériences dites de suggestion mentale : M. Gley. — Généralité des phénomènes de transfert : MM. Feré et Binet. — Élimination de l'acide phosphorique : M. Mairet. — Phénomènes accompagnant l'évolution des chrysalides : M. P. Bert. — Dissociation de l'eau et des tissus : M. Dubois.

M. *Bochefontaine* répudie absolument toutes les tentatives d'application de la médication cuprique contre les maladies telles que le choléra, en insistant sur les accidents digestifs qu'entraîne fréquemment l'administration du cuivre. Sa note constitue une réponse à celle qu'a publiée M. Burq, dans le précédent numéro des *Comptes rendus de la Société*.

— M. *Gley*, à l'instigation de M. Ch. Richet, a étudié, avec les appareils enregistreurs, les mouvements fibrillaires des sujets qui font l'objet des expériences dites de suggestion mentale. On sait que, dans la recherche d'un objet caché, le chercheur paraît guidé par les contractions involontaires de la main de celui qui a caché l'objet, et non par une sorte de transmission mystérieuse de la pensée. En inscrivant les mouvements involontaires de la main, M. Gley a constaté qu'ils augmentent d'intensité à mesure qu'on se rapproche du but, et cessent soudainement quand on y est arrivé. Le caractère involontaire de ces mouvements est absolu; leur caractère inconscient ne l'est pas : M. Gley a trouvé plusieurs sujets qui ne pouvaient s'empêcher de les exécuter, tout en s'apercevant parfaitement qu'ils les faisaient.

— MM. *Feré* et *Binet* montrent par leurs expériences que si les divers états dimidiés de l'hypnotisme sont transférables, il en est de même des différents phénomènes unilatéraux des trois états de l'hypnotisme (contractures provoquées de la léthargie, attitudes de la catalepsie, suggestions variées). Ils insistent surtout sur le transfert des paralysies par suggestion, des anesthésies sensitives et sensorielles. Une circonstance intéressante à noter, c'est que le transfert des phénomènes localisés (attitude d'un membre dans la catalepsie, paralysie, hallucination) s'accompagne d'une *douleur de tête localisée*, débutant en général du côté où l'aimant est appliqué, puis passant dans le point symétrique du côté op-

posé. A l'aide des notions anatomiques précédemment indiquées par l'un d'eux (Feré, *Arch. phys.*, 1876), les auteurs ont pu s'assurer que la *douleur de transfert* répond, dans la plupart des cas, aux centres corticaux qui sont en rapport avec certaines fonctions déterminées.

— M. *Mairet* s'est proposé, comme introduction à une étude clinique, de déterminer les rapports existant entre l'élimination des phosphates, d'une part, et le travail musculaire, le travail intellectuel et la nutrition, d'autre part. Il conclut, au sujet du premier point : « 1° L'acide phosphorique est lié à la nutrition et au fonctionnement du muscle; 2° le travail musculaire marque son action sur l'acide phosphorique éliminé par les urines en augmentant le chiffre de l'acide phosphorique uni aux alcalis. » A propos du *travail intellectuel :* « 1° L'acide phosphorique est intimement lié à la nutrition et au fonctionnement du cerveau. Le cerveau, en fonctionnant, absorbe de l'acide phosphorique uni aux alcalis, et rend de l'acide phosphorique uni aux terres. 2° Le travail intellectuel retentit sur la nutrition générale, qu'il ralentit. 3° Il modifie l'élimination de l'acide phosphorique par les urines; il diminue le chiffre de l'acide phosphorique uni aux alcalis et augmente le chiffre de l'acide phosphorique uni aux terres. » En ce qui concerne la *nutrition générale* : « L'acide phosphorique est lié à la nutrition générale; dans ce cas, l'élimination des phosphates (neutres et alcalins) suit une marche parallèle à la décomposition des matières albuminoïdes, c'est-à-dire à l'élimination de l'azote. » L'auteur pense qu' « en étudiant comparativement l'excrétion de l'acide phosphorique uni aux terres, de l'acide phosphorique uni aux alcalis et de l'azote, on peut arriver à dégager ce qui, dans un cas donné, revient au système nerveux, au système musculaire et à la nutrition générale, dans les modifications imprimées à l'élimination des phosphates ». Il se propose de montrer, dans une communication ultérieure, l'application de ces données aux études pathologiques.

— M. *P. Bert*, étudiant un certain nombre d'actes physiologiques liés à l'évolution des chrysalides, a constaté les principaux faits suivants : l'électrisation du tégument mauvais conducteur ne modifie pas la durée de l'évolution; la pression paraît, à température égale, sans effet sur les chrysalides, tout comme un mélange de chloroforme et d'air à 3 1/2 pour 100; l'air suroxygéné les tue; elles exhalent de l'acide carbonique et absorbent de l'oxygène dans une mesure régulièrement croissante jusqu'aux approches de l'éclosion; à ce moment la consommation d'oxygène et l'exhalation d'acide carbonique augmentent considérablement.

— M. *P. Dubois* résume un travail intitulé : *Tensions de dissociation de l'eau et des tissus;* il montre que l'arrêt des échanges produit par la mort, soit des animaux, soit des végétaux, diminue la faculté que possèdent les tissus de retenir l'eau qui fait partie de leur constitution. Cette modification paraît tenir à ce que les albuminoïdes perdent, au moment de la mort, la propriété de fixer de l'eau. On serait amené à admettre que les tissus ou plutôt les albuminoïdes qui les composent se comportent comme de véritables hydrates.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 9 JUILLET 1884. — PRÉSIDENCE DE M. DELPECH

Goudronnière : M. Martineau. — Eau chloroformée : M. Labbé. — Inhalation d'oxygène dans le traitement du choléra : M. Dujardin-Beaumetz. — Mesures prophylactiques contre le choléra : M. Huchard. — Traitement du choléra (J. Bouley) : M. C. Paul.

M. *Martineau* présente à la Société, au nom de l'inventeur, M. Auber, une goudronnière dans laquelle le goudron est constamment agité par une sorte d'aile de moulin dont la rotation est obtenue au moyen d'un mouvement d'horlogerie remonté pour vingt-quatre heures. Cet appareil dégage d'abondantes vapeurs goudronnées et peut servir pendant plusieurs mois, sans être chargé à nouveau. On peut remplacer le goudron, suivant les indications, par une solution phéniquée.

M. *Blondeau* se demande si les avantages que peut présenter cette goudronnière, sur l'emploi de simples assiettes remplies de goudron, compensent suffisamment la dépense d'achat de l'appareil.

M. *Martineau* croit que cette goudronnière est préférable à tous les systèmes proposés jusqu'ici ; on peut d'ailleurs faire construire un modèle moins luxueux que celui qu'il présente à la Société, et le prix de revient est alors assez minime.

— M. *Ed. Labbé* propose d'employer comme antiseptique dans les diverses maladies infectieuses, l'*eau chloroformée.* Il a retiré quelques bons effets des injections hypodermiques de chloroforme dans la dothiénentérie ; peut-être les malades auraient-ils guéri sans cette médication, mais en tous cas elle n'a été l'origine d'aucun accident. Il a essayé aussi le chloroforme en potion, à la pose de 1 gramme ; mais le médicament est désagréable au goût et difficilement supporté. L'eau chloroformée n'a pas ces inconvénients; seulement on ne peut compter sur un dosage certain et régulier, même en agitant avec une quantité d'eau déterminée une dose constante de chloroforme. Peut-être cette eau est-elle appelée à rendre des services en temps d'épidémie.

M. *Ern. Labbée* fait observer que l'eau chloroformée a été déjà préconisée par Lasègue et Regnault, mais que le pouvoir antiseptique du chloroforme est demeuré douteux. Quant au dosage régulier de l'eau chloroformée, il est établi de façon certaine et très précise.

M. *Blondeau* prescrit souvent l'eau chloroformée comme véhicule pour masquer la saveur désagréable de certains médicaments administrés en potion. Elle est fort bien acceptée par les malades.

M. *Vigier* rappelle que l'eau chloroformée contient exactement 90 centigrammes de chloroforme pour 100 grammes d'eau distillée. On la prépare en agitant dans un vase une dose quelconque de chloroforme avec de l'eau distillée, et en décantant de suite l'eau qui surnage le chloroforme en excès. Il recommande de ne pas prescrire plus de 40 à 50 grammes d'eau chloroformée dans une potion de 125 grammes. C'est un antifermentescible peu actif, mais qui possède néanmoins une action non douteuse. Elle est fort agréable aux malades, surtout employée en gargarismes.

M. *Blondeau* fait remarquer que, si l'eau chloroformée est parfaitement tolérée, il n'en est pas de même du chloroforme en nature, même à faible dose.

—M. *Dujardin-Beaumetz* offre à la Société la thèse inaugurale d'un de ses élèves, M. H. Guy, sur les propriétés de l'*Hamamelis virginica.*

Il propose de mettre à l'ordre du jour des séances le traitement du choléra. A ce propos il présente un appareil pour les inhalations d'oxygène ; c'est un gazomètre, dans lequel l'oxygène est renfermé sous forte pression, et qui porte un tube de dégagement bifurqué, dont chaque extrémité se termine par un ajutage spécial : l'un est destiné aux inhalations par la bouche, l'autre aux inhalations par le nez. Il suffit d'employer l'un ou l'autre de ces ajutages, puisqu'on sait qu'il est impossible de respirer à la fois par la bouche et par le nez.

Les inhalations d'oxygène ont été employées contre le choléra à Toulon, et ont donné d'assez bons résultats à la période algide, alors que l'asphyxie est encore peu prononcée. Sous leur influence, la cyanose disparaît, la face prend à nouveau une coloration rosée, et le malade recouvre une certaine vitalité. Dans les formes foudroyantes de la maladie, lorsque les téguments ont une teinte blafarde, jaune verdâtre, et que l'asphyxie est très marquée, les inhalations d'oxygène restent sans effet.

M. *Huchard* propose à la Société de se prononcer relativement au danger que présente dans les circonstances actuelles la fête du 14 juillet. Cette question a déjà préoccupé la Société d'hygiène et l'Académie de médecine; il serait peut-être bon que la Société de thérapeutique donnât également son avis en pareille matière.

M. *Blondeau* était disposé à formuler la même proposition; il est, en effet, d'avis qu'il y a dans l'agglomération d'un grand nombre d'individus arrivant à Paris pour la fête du 14 juillet un danger de dissémination de l'épidémie cholérique, sans parler des écarts de régime qui créeront un terrain propice à la contamination.

M. *Dujardin-Beaumetz* pense que la question est assez complexe. Tout d'abord il n'y a pas encore à Paris un seul cas de choléra, et l'état sanitaire y est excellent; est-on bien sûr que les voyageurs arrivant en ville apporteront la maladie, et n'y a-t-il pas quelque inconvénient à effrayer la population en supprimant la fête projetée, comme on le ferait si le choléra avait éclaté déjà parmi nous. D'autre part, presque tous les trains de plaisir sont déjà arrivés; il est donc bien tard pour formuler un avis qui ne sera pas pris en considération.

M. *Blondeau* fait remarquer que, s'il est impossible d'affirmer que l'arrivée des voyageurs de province importera le choléra dans Paris, il n'est pas possible davantage d'affirmer qu'elle n'aura pas ce déplorable résultat. Ne vaut-il pas mieux pécher par excès de prudence?

M. *Duhomme* croit qu'il n'est jamais trop tard pour donner un avis utile, alors même qu'on a la conviction qu'il ne sera pas écouté de l'autorité, mais il est sage de dégager à l'avance la responsabilité médicale en pareille matière. La fête du 14 juillet constitue un danger qu'il faut signaler; il est d'ailleurs surprenant que l'autorité, qui sait fort bien demander aux médecins de se dévouer pour guérir, ne sache pas les consulter pour prévenir le mal.

M. *Campardon* partage entièrement cet avis, et n'hésite pas à croire que les écarts de régime pourront avoir une influence funeste.

M. *Dujardin-Beaumetz* est moins convaincu de la réalité du danger, cependant il pense que la prudence exigerait que la fête fût supprimée; d'autant plus que la désinfection des voyageurs à l'arrivée à Paris est absolument illusoire : le Conseil d'hygiène s'est du moins attaché à ne pas laisser mettre en œuvre des procédés barbares et dangereux, comme on en a employé sur quelques points. La désinfection se fait au moyen d'une solution ainsi composée : acide borique, 20 grammes; acide thymique, 1 gramme; eau, 1 litre. L'acide borique est un produit de fabrication française et n'a pas les inconvénients de l'acide phénique que nous fournit l'Allemagne. C'est d'ailleurs dans les gares de départ, et non dans les gares d'arrivée, que la désinfection devrait être pratiquée avec rigueur.

M. *Huchard* propose de voter la conclusion suivante : *La Société de thérapeutique émet l'avis qu'une agglomération d'individus et que les écarts de régime provoqués par la fête du 14 juillet constituent un réel danger pour la population parisienne dans les circonstances actuelles, même en l'absence de toute épidémie cholérique.* — Cette conclusion est adoptée à l'unanimité moins une voix.

— M. *C. Paul* communique à la Société une note sur le *traitement du choléra*, dans laquelle il fait connaître, d'après un mémoire inédit, la thérapeutique employée en 1865 à l'hôpital Necker par J. Bouley. Si le choléra foudroyant ou *nerveux pur* est au-dessus des ressources de l'art, il n'en est pas de même des autres formes. Dans la période algide de la forme grave, J. Bouley prescrivait, pour arrêter les vomissements, une potion ainsi formulée : éther sulfurique, 4 grammes; laudanum de Sydenham, 15 gouttes; sirop de limons, 30 grammes; eau de fleurs d'oranger, 30 grammes; eau de tilleul, 90 grammes. En cas d'intolérance gastrique, le lavement suivant : éther sulfurique, 2gr,50 ; laudanum de Sydenham, 0gr,50; eau, 100 grammes. Il combattait l'algidité par l'eau glacée à l'intérieur, et les divers stimulants alcooliques; à l'extérieur par les enveloppements chauds de toute nature. Lorsque l'algidité était prononcée, sans être extrême, l'hydrothérapie sous forme d'affusions froides lui a rendu des services signalés; elle calme l'éréthisme nerveux, l'anxiété épigastrique, les crampes, les vomissements; la soif disparaît, la température s'élève. Son emploi est contre-indiqué par la sénilité ou la débilité extrême du malade. J. Bouley n'a pas employé les injections sous-cutanées d'éther ou les injections intraveineuses d'eau ; M. C. Paul les signale pour mémoire. A la période de réaction, le vin, l'alcool, le café, le quinquina sont indiqués dans la forme putride; l'eau froide triomphe des accidents ataxiques; enfin, les inhalations d'oxygène donnent de bons résultats dans la forme léthargique ou soporeuse.

Les formes légères, bilieuses, se jugent par l'ipéca. Quant à la cholérine, on doit lui opposer, à l'exemple de J. Bouley, les boissons féculentes tièdes (eau de riz, eau d'orge, etc.), l'eau albumineuse, le diascordium et le bismuth, l'élixir parégorique, le laudanum.

Il convient de signaler le danger qui peut résulter pour les malades de l'ingestion de médicaments toxiques à une période où l'absorption ne se fait pas; en effet, lorsqu'elle vient à se rétablir, elle entraîne brusquement dans la circulation une dose excessive du médicament accumulé, et le malade peut mourir empoisonné. « Pas de drogues, » disait Bouley.

— A cinq heures trois quarts la séance est levée.

André PETIT.

Société médicale de Berlin.

SÉANCE DU 14 MAI 1884.

Lésions du fond de l'œil dans l'alcoolisme.

M. *Uhthoff* fait une communication sur les *lésions du fond de l'œil à la suite de l'alcoolisme*, et sur les altérations anatomiques de cette amblyopie spéciale. Pour lui, l'amblyopie alcoolique est infiniment plus fréquente que celle qui est due au tabac. Il examine depuis deux ans tous les aliénés admis à la Charité, et ses observations portent actuellement sur 360 cas d'alcooliques gravement atteints.

Dans 14 pour 100 des cas, il a rencontré une opalescence assez régulière de la rétine, surtout marquée à la papille, et souvent non accompagnée de troubles de la vision. L'auteur n'insiste pas sur cette altération très connue : il veut simplement mettre en relief deux points : 1° que ce trouble rétinien ne doit nullement être mis en rapport avec une amblyopie toxique; 2° que ce trouble n'est pas localisé à la papille, mais qu'il s'étend au voisinage.

Le symptôme le plus important révélé par l'ophthalmoscope est la décoloration atrophique partielle de la papille (moitié temporale). A ce propos il fait remarquer que cette décoloration n'intéresse souvent que le 1/4 ou le 1/5 de la papille; d'autre part, cette lésion ne détermine souvent pas de troubles visuels. Ce symptôme ophthalmoscopique constitue dans une clinique psychiatrique un excellent moyen de diagnostic, même lorsqu'il s'agit des femmes.

La communication se termine par la relation précieuse de deux autopsies. Dans les deux cas, les lésions constatées se rapportent à des névrites atrophiques partielles. M. Hirschberg fait observer que les médecins anglais attribuent au tabac une plus grande influence qu'à l'alcool, que les médecins allemands de l'école de M. Uhthoff prétendent le con-

traire, que pour lui la vérité est entre les deux, et que les formes mixtes prédominent Il estime que dans l'un des deux cas dont on a relaté l'autopsie, l'origine alcoolique n'est pas hors de doute.

REVUE DES JOURNAUX

De la « forme juvénile » de l'atrophie musculaire progressive, par M. ERB. — Nous reproduisons textuellement les conclusions très hardies du professeur de Heidelberg, à cause de la haute autorité de l'auteur dans le domaine de la neurologie.

Il existe, dit-il, une forme spéciale d'affection des muscles qui consiste, soit en une hypertrophie avec atrophie consécutive des fibres musculaires, soit en une hyperplasie du tissu cellulaire interstitiel, terminée par une lipomatose plus ou moins marquée. On ignore si les lésions siègent primitivement dans les muscles ou dans le tissu cellulaire, ou simultanément dans les deux tissus. Le système nerveux périphérique, ainsi que la moelle, ne présentent habituellement aucune altération saisissable. L'affection est essentiellement chronique, lentement progressive; chaque muscle frappé réagit en quelque sorte individuellement, et présente tantôt une atrophie considérable, tantôt l'hypertrophie vraie, tantôt la pseudo-hypertrophie.

Au point de vue clinique, la maladie est caractérisée par la localisation des lésions musculaires, par l'absence des tremblements fibrillaires et de la réaction dégénérative à l'exploration électrique, par l'absence de tout trouble nerveux ou autre. Elle apparaît tantôt dans les extrémités supérieures, tantôt dans les extrémités inférieures, suivant l'âge de l'individu. La plupart des cas publiés ont été rangés dans le cadre de l'atrophie musculaire progressive, une partie dans celui de la pseudo-hypertrophie.

La maladie apparaît sous la forme d'une atrophie musculaire progressive dans la jeunesse ou dans l'adolescence (un peu avant ou après la puberté), et revêt la forme désignée par l'auteur sous le nom de *forme juvénile de l'atrophie musculaire progressive;* elle se groupe dans les « familles » même après plusieurs générations.

Lorsque l'affection apparaît dès la première jeunesse, et s'il ne s'y joint pas de lipomatose, on a devant soi « *l'atrophie musculaire héréditaire* » des auteurs; si, au contraire, la lipomatose est hâtive et très marquée, c'est la « *pseudo-hypertrophie* ». *Toutes ces formes sont identiques et ne représentent que des modalités différentes d'une même affection, absolument distincte de la forme spinale de l'atrophie musculaire progressive.* Il y a donc lieu de leur appliquer des dénominations distinctes; la seconde s'appellerait: *Amyotrophie spinale progressive (Duchenne-Aran)*. L'autre porterait le nom de *Dystrophie musculaire progressive*, et aurait comme sous-genre l'atrophie musculaire juvénile et la pseudo-hypertrophie. Quant à la forme héréditaire, elle n'a aucune raison d'exister. (*Deutsch. Archir für klin. Med.*, t. XXXIV, p. 467.)

De l'arsenic dans le traitement de l'ulcère de l'estomac, par M. John STRAHAM. — Les médecins américains emploient fréquemment et avec succès l'arsenic dans le traitement non seulement de l'ulcère de l'estomac, mais encore de la gastrite chronique, du cancer de l'estomac et de diverses autres affections du tube digestif, iléo-colite, etc. Suivant cet exemple, l'auteur a traité avec un plein succès trois jeunes malades (femmes) atteintes d'ulcère de l'estomac. Bien que concurremment à l'usage de l'arsenic il ait prescrit un régime lacté, il n'hésite pas à attribuer l'honneur de la guérison au premier médicament, la diète lactée n'ayant joué que le rôle secondaire d'adjuvant. L'arsenic, par son action sur les extrémités des nerfs de l'estomac, soulage à merveille les douleurs et tonifie la membrane muqueuse de l'estomac; il fait aussi disparaître le catarrhe, qui existe au voisinage de l'ulcère, et empêche ainsi les vomissements muqueux, élément parfois important de la maladie. Ne sait-on pas d'ailleurs que l'arsenic employé contre les plaies et ulcérations a la propriété de les faire cicatriser? (*The British medical Journal*, 21 juin 1884, p. 1202.)

Cas de membrane congénitale étendue entre les deux cordes vocales, par M. Thomas AMORY (de Blois). — Louisa T..., jeune fille de vingt ans, vint consulter au dispensaire de Boston, en 1883, pour la gorge. Sa voix est très faible, rauque et puérile; elle raconte qu'elle a toujours été ainsi. A l'examen laryngoscopique, on reconnaît que les cordes vocales sont réunies dans leur moitié antérieure par une membrane blanche et transparente. Cette membrane semble élastique, se meut et se contracte parfaitement en suivant le mouvement des cordes vocales. Après avoir préparé la malade au contact des instruments, on fit l'opération suivante. N'ayant pas trouvé d'instrument mieux approprié, le chirurgien introduisit dans le larynx une pince de Mackensie et l'ouvrit une fois que son extrémité eut dépassé la membrane. On prévint l'accolement des deux segments de la membrane par plusieurs dilatations consécutives, et finalement la malade guérit, ayant gagné trois notes dans le haut et quatre dans le bas.

L'auteur rapproche de ce fait trois observations analogues qu'il a trouvées dans la littérature médicale : elles sont de Zurhelle (*Berlin. klin. Wochenschr.*, décembre 1869, p. 544), d'Elsberg (*Trans. of the Am. med. Assoc.*, 1870, p. 217), de Scheff (de Vienne) (*Allgemeine Wiener med. Zeitung*, 9 juillet 1878). (*The New-York medical Journal*, 14 juin 1884, p. 660.)

Deux observations de chancre de l'amygdale, par Charles H. KNIGHT. — L'auteur fait d'abord remarquer la rareté des chancres de cette région et rapporte ensuite les deux cas suivants. Dans le premier, il s'agit d'un homme de trente ans, qui vit apparaître un chancre de l'amygdale droite seize jours après un « coït anormal ». Le second est relatif à une femme d'environ quarante ans, qui eut également un chancre de l'amygdale. La contagion chez elle semble s'être faite par l'intermédiaire d'une poudre dentifrice, dont son neveu, jeune homme de seize ans, avait coutume d'user en commun avec elle. (*The New-York medical Journal*, 14 juin 1884, p. 662.)

BIBLIOGRAPHIE

Rapport du département médical pour l'année 1880 (*Otchet medicinskago Departamenta za* 1880 *gode*). 1 vol. in-8° de 358 pages. — Saint-Pétersbourg, 1884.

Il ne paraîtra pas inutile, sans doute, de faire connaître que la Russie publie annuellement un Rapport sanitaire très bien ordonné et très complet, et d'extraire de ce Rapport quelques données sur la mortalité, sur la répartition des maladies, et sur l'organisation générale du service de santé. On pourra ainsi constater immédiatement un contraste saisissant pour tous ceux qui ont visité ce noble pays: institutions modèles au centre, moyens insignifiants à la périphérie. La Russie possède une statistique que bien des Etats pourraient envier, et, d'autre part, des provinces grandes comme la France ne possèdent pas de médecins! Il y a cependant bien de l'amélioration depuis quelques années.

Le chiffre des médecins, en 1880, s'élève à 13846, *dont* 2004 *docteurs en médecine* (!!). Ces derniers occupent généralement des situations officielles. Le chiffre des sages-

femmes est de 982; en dehors de ce chiffre, 23 femmes ayant suivi les cours de médecine de l'hôpital militaire Nicolas, c'est-à-dire de véritables doctoresses, ont été autorisées à exercer la pratique médicale sous le nom de *sages-femmes supérieures*. Le Rapport ne signale que 3033 *feldschers*, mais qui en connaîtra jamais le nombre exact? A côté du feldscher officiel, qui a cheval et voiture, qui fait bâtir à Moscou des maisons de toute beauté, comme Nikiforow (voy. *St. Pet. med. Woch.*, 1884, n° 21), qui admet des docteurs à consulter avec lui, et qui en trouve (!!), on rencontre un peu partout le feldscher rebouteur, qui jouit, surtout dans les provinces orientales, d'un crédit incontesté et bien dangereux pour la santé publique.

Le chiffre des pharmacies est de 1696, plus 84 dans le Caucase et dans le pays des Cosaques du Don. Le chiffre des ordonnances (ô statistique!) atteint 11 851 221, d'une valeur moyenne de 72 kopecks, ce qui, au change du jour, représente environ 1 fr. 85!!! chiffre qui nous paraît tout simplement monstrueux.

Mais laissons de côté ces questions d'organisation.

La population étant évaluée à 85 millions d'habitants, on compte 2 545 811 décès et 3 463 444 naissances : différence de 1,3 pour 100 en faveur des naissances. On voit que le chiffre de la mortalité est bien supérieur à celui des autres nations européennes. Les résultats fournis par les conseils de revision confirment ce qui vient d'être dit. Sur 1 645 273 garçons nés en 1859, il n'en restait plus en 1880 que 788 135, c'est-à-dire 48 pour 100.

La statistique par nature de maladie ne peut être établie exactement que pour quelques grandes villes.

Le Rapport signale 91 442 *varioleux*, ayant entraîné 22 053 décès. La variole était également répandue sur tous les gouvernements.

La *scarlatine* figure pour 23 400 cas, avec 4796 morts. La ville de Riga a beaucoup souffert, ainsi que, d'une façon générale, les provinces de la Baltique.

La *diphthérie* continue à progresser. On en compte en 1880: 124 197 cas, avec 44 428 décès. Les gouvernements de Poltawa et de Koursk, et de toute la Petite Russie, ont été frappés de préférence.

La *rougeole* atteint 19 183 personnes, avec 1902 décès. Le siège principal est Moscou.

Le groupe des *typhus* a frappé 121 715 personnes; 15 974 décès. Les grandes villes sont très éprouvées. Le plus grand nombre de cas se rapporte à la fièvre typhoïde (10,4 pour 100 de mortalité), puis vient le typhus exanthématique (10,5 pour 100 de mortalité), enfin la fièvre récurrente (9,8 pour 100). Il est intéressant de constater que la mortalité est sensiblement la même dans ces trois affections.

La *dysentérie* est en progrès : 44 496 cas et 7057 décès. Le siège principal est le gouvernement de Wologda. Signalons encore 659 personnes atteintes du *charbon*, avec 117 décès. Le charbon est très fréquent en Russie; le Rapport signale le gouvernement de Charkow comme le plus éprouvé.

La *méningite cérébro-spinale* épidémique a été signalée en Courlande : 160 cas, 23 décès.

La *syphilis* figure pour 255 000 cas; ce chiffre est évidemment beaucoup au-dessous de la vérité. M. Tschistjakow, qui a visité avec le plus grand soin trente-sept villages du gouvernement de Pensa, a trouvé que 4,73 pour 100 de la population étaient atteints de syphilis. De même, Mme Sinaïde Elzina, qui a fait la même enquête dans un cercle du gouvernement de Toula, sur les femmes et les enfants seulement, a trouvé que 12 à 14 pour 100 de cette population spéciale présentaient les signes les plus évidents de la syphilis.

Le chiffre officiel des prostituées est de 31 290, ce qui laisse une belle marge à la prostitution clandestine. La Russie possède une organisation sensiblement analogue à celle de la France, et l'administration russe s'occupe avec un zèle marqué de cette partie de son service. Aucun étranger notable n'a traversé Moscou sans avoir été conduit par la police dans quelques-unes des grandes maisons de cette ville.

Le plus grand nombre de cas de *scorbut* ont été observés à Samara (420 cas avec 16 décès) et de Charkow (371 cas avec 16 décès). Ces chiffres sont certainement au-dessous de la vérité.

Enfin la *lèpre* est signalée comme endémique sur le lac Baïkal, à l'embouchure de la Szelenga, et dans le gouvernement d'Astrakhan.

Nous ne pousserons pas plus loin cette analyse, qui suffira pour faire connaître l'ensemble de l'état sanitaire du vaste empire russe, ainsi que les difficultés avec lesquelles les administrations et les médecins ont à lutter.

C. ZUBER.

Index bibliographique.

DIE METHODE DES UNTERRICHTS AN DER CHIRURGISCHEN KLINIK DER UNIVERSITAT KIEL (La méthode d'observation à la clinique chirurgicale de l'Université de Kiel), par le professeur Dr. ESMARCH. In-8° de 87 pages et dessins schématiques. Kiel, 1884. Lipsius et Tischer. — Cette brochure fait partie des publications périodiques de la clinique chirurgicale de Kiel. Ce fascicule comprend la leçon d'ouverture du professeur Esmarch; il est destiné aux étudiants, et leur trace des règles pratiques pour l'examen des malades. Le docteur Esmarch y a joint des résumés ou exposés en forme d'aphorismes des règles de l'observation clinique, de l'administration du chloroforme, de la respiration artificielle, et des tableaux représentant les types habituellement employés comme termes de comparaison dans les observations, par exemple, la grosseur d'un pois, du poing, d'une cerise, etc., etc. Ces tableaux peuvent avoir quelque intérêt spécial dans la clinique de Kiel; mais des mesures exactement prises avec un compas d'épaisseur ou même avec un mètre flexible nous paraissent un moyen encore plus simple et plus parfait que ces comparaisons de volume et de surface. Au contraire, les tableaux de régions, le schéma de l'appareil musculaire et nerveux de la vessie et de l'urèthre, la figuration du banc d'école, sont des indications utiles aux débutants.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DES TUMEURS SOLIDES DU SCAPULUM, par le docteur RENÉ DE LANGENHAGEN. In-8° de 206 pages. Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — Cette monographie renferme des documents qui jusqu'à présent ne se rencontraient que dans divers recueils étrangers; l'auteur y a joint plusieurs observations provenant de chirurgiens français, Blum, Gross, Després, Péan, Parise. Des tableaux statistiques résument plus de 170 observations d'extirpation totale de l'omoplate avec conservation du bras, de résection de l'omoplate après désarticulation du bras, d'ablation de l'omoplate et du bras, de résections partielles de l'omoplate.

L'auteur, faisant la critique des résultats obtenus, montre quelles sont les conditions opératoires les plus favorables; il se prononce avec raison en faveur de l'amputation du scapulum, en comparaison de la résection totale, parce que la statistique prouve que l'amputation est moins dangereuse et que le membre reprend ses fonctions dans un temps plus court, à cause de l'intégrité de la partie articulaire. Enfin il cite les opérations d'ablation du bras et de l'omoplate pour des tumeurs, lesquelles sont fort rares, et, à l'exception d'un malade opéré par M. Parise (de Lille), ne paraissent pas avoir prolongé longtemps la vie des malheureux atteints de néoplasmes, et qui ont eu le courage de se soumettre à une opération aussi considérable que celle de l'ablation de tout un membre; cependant le fait de M. Després, dans lequel le malade réclamait l'opération, et où la généralisation a évolué en sept mois, prouve qu'il peut y avoir avantage à ne pas attribuer à l'opération même une gravité aussi grande qu'on l'a pensé jusque dans ces dernières années.

TRAITEMENT DE L'ANKYLOSE DU GENOU, par le docteur F. LAGRANGE. In-8° de 176 pages. Paris, 1883. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — Cette thèse renferme des documents à consulter sur la question toujours à l'ordre du jour : Du choix à établir entre

les méthodes de redressement brusque (ostéoclasie, arthroclasie) et les méthodes sanglantes (ostéotomie linéaire et cunéiforme, résection articulaire). Restreignant son sujet à l'ankylose du genou, il a pu l'exposer avec les détails nécessaires, et les résumés analytiques en forme de tableaux qui servent de pièces justificatives sont utiles à étudier.

Les propositions de M. Lagrange montrent qu'il suit le mouvement chirurgical favorable aux ostéotomies, tout en conservant de justes réserves en faveur de l'ostéoclasie. « L'ostéotomie linéaire, dit-il, convient aux ankyloses osseuses solides non douloureuses avec disparition totale de l'articulation; l'ostéoclasie sus-condylienne doit cependant lui être préférée lorsque l'ankylose n'atteint pas l'angle droit, et qu'il n'y a ni torsion ni déviation latérales prononcées; la résection cunéiforme est indiquée dans les cas d'hypertrophie des condyles, d'ankylose avec ostéite persistante, trajets fistuleux, etc.; la résection articulaire est applicable aux ankyloses fibreuses que les lésions vasculo-nerveuses, les tractus fibreux du creux poplité, les changements de rapport des os ne permettent pas de réduire sans danger. »

L'auteur donne la statistique des ostéotomies linéaires : 23 ostéotomies cunéiformes, 15 résections.

VARIÉTÉS

INSTRUCTION CONCERNANT LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE EN CAS DE CHOLÉRA.

Plusieurs de nos confrères, à qui, de toutes parts, on réclame des conseils ou même une instruction pratique indiquant les mesures à prendre en cas d'épidémie cholérique, nous ont écrit pour nous prier de résumer à ce point de vue spécial ce qui se trouve un peu partout, surtout depuis que, par l'organe de la *Société de médecine publique*, M. Vallin a fait paraître une Instruction d'hygiène générale. Nous déférons à ce vœu, tout en faisant remarquer qu'il ne s'agit point ici de mesures internationales ou régionales, seules capables d'arrêter l'évolution d'une épidémie cholérique, mais bien de mesures locales et individuelles tout au plus susceptibles d'en atténuer la gravité.

I. *Mesures d'hygiène publique.* — Dans toutes les localités et en particulier dans les villes, les médecins devront insister pour obtenir des administrations publiques l'exécution rigoureuse des règlements de police assurant : 1° la propreté des maisons et des rues; 2° le lavage et la désinfection des égouts; 3° le curage fréquent, la désinfection complète des fosses de vidange et l'enlèvement rapide des matières *préalablement désinfectées;* 4° la distribution régulière d'une eau potable parfaitement pure; 5° la création de services sanitaires et d'établissements hospitaliers organisés de manière à parer à tous les besoins.

Peu de mots suffiront pour expliquer en quoi consistent ces mesures *préparatoires*. Le danger d'une épidémie provient surtout du milieu dans lequel les germes infectieux peuvent se développer. Si l'on assure par de fréquents lavages, par l'enlèvement rapide et complet de tous les détritus organiques, par des agents chimiques capables d'entraver les fermentations morbides, la propreté et la salubrité générale d'une ville, on n'arrêtera pas le choléra, mais on diminuera notablement ses ravages. La salubrité des maisons, des égouts, des fosses d'aisance, etc., sera rendue plus complète par la projection faite deux ou trois fois par jour, dans les éviers, les bouches d'égout, les cuvettes des fosses d'une grande quantité d'eau, à laquelle on pourra mélanger comme désinfectants le chlorure de chaux en poudre (une tasse à café de *chlorure de chaux sec* délayé dans environ 2 litres d'eau) le chlorure de zinc (50 grammes par litre d'eau) ou le *sulfate de cuivre* (2 ou 3 litres d'une solution au 1/20°). Ces désinfectants ne détruisent peut-être pas l'agent infectieux du choléra, mais, en arrêtant la fermentation des matières organiques, ils offrent moins d'aliments à son développement. Point n'est besoin d'expliquer ici la nécessité de livrer à tous une eau potable parfaitement pure, non plus que de préparer, en vue d'une épidémie, des établissements hospitaliers bien isolés ou de s'assurer le concours du corps médical.

D'autres obligations s'imposent aux pouvoirs publics et devront leur être rappelées par les médecins. Il faudra, en temps d'épidémie : 1° proscrire les grandes agglomérations, telles que fêtes officielles, foires, mouvements de troupes, réunions publiques, courses de chevaux, etc.; 2° établir un bureau sanitaire spécialement chargé de recueillir tous les documents relatifs à l'épidémie et particulièrement de provoquer la ***déclaration immédiate*** de tout cas de choléra survenu dans une localité ou une maison, de manière à permettre l'inspection médicale, puis la désinfection des locaux; 3° assurer, de la manière la plus minutieuse, la désinfection immédiate des matières cholériques dans toutes les maisons et dans toutes les chambres où le choléra aura sévi. Dans ce but il conviendrait, dès que le choléra aura été signalé dans une maison, d'y installer un ou plusieurs infirmiers spécialement chargés d'enlever dans des boîtes hermétiquement closes, les linges, matelas, pièces de mobilier, etc., souillés par les déjections cholériques et de les faire désinfecter à l'étuve ou de les détruire par le feu; 4° isoler les malades et prévenir l'encombrement dans les chambres ou les maisons atteintes par l'épidémie. Le rôle du médecin sera de faire comprendre aux ouvriers, aux indigents, à tous ceux qui vivent dans de mauvaises conditions hygiéniques les dangers de l'encombrement et l'utilité qu'il y aurait à évacuer immédiatement vers un poste de secours ou une salle d'hôpital ceux qui ne peuvent trouver chez eux tous les soins nécessaires.

II. *Mesures d'hygiène individuelle.* — S'il appartient à l'administration de préparer toutes les mesures qui pourraient être utilisées en cas d'épidémie, et de prescrire tout ce qui paraît avantageux au point de vue de l'assainissement de la cité, c'est à l'habitant de se défendre lui-même et de défendre tous les siens contre les atteintes de la maladie. Les recommandations que nous ferons à ce point de vue se réduisent aux termes suivants :

1° Eviter toute cause de débilitation ou de dépression physique ou morale. (Les veilles prolongées, les excès de tout genre, surtout les excès alcooliques, les bains froids trop longs, etc., sont très nuisibles.)

2° Eviter toute cause de refroidissement, par conséquent ne jamais laisser ouvertes, pendant la nuit, les fenêtres d'une chambre à coucher.

3° Ne faire usage que d'une eau parfaitement pure: préférer les eaux minérales naturelles et non falsifiées aux eaux de puits ou de sources dont on n'est jamais parfaitement sûr si l'on n'a pris le soin préalable de les faire bouillir; en tout cas, boire le moins possible et ne pas abuser des boissons glacées ni surtout des glaces ou sorbets.

4° Eviter, dans l'alimentation, les salades, les radis, les productions maraîchères (fruits ou légumes) qui se cultivent au ras du sol et que l'on mange crues. Autant que possible, ne faire usage que de fruits cuits ou tout au moins bien pelés. Eviter de même les salaisons, les viandes de charcuterie, les conserves alimentaires, etc.

5° Surveiller très attentivement l'état des fonctions digestives, ne faire aucun excès alimentaire et arrêter dès son début la diarrhée, qui n'est si souvent que la première manifestation du choléra.

Lorsque, malgré ces précautions, la maladie sera entrée dans une maison, les matières évacuées ou rendues par le malade devront être immédiatement désinfectées, c'est-à-dire reçues dans un vase qui contiendra une substance désinfectante, ou mélangées à cette substance. Le meilleur de tous les désinfectants est le bichlorure de mercure, mais il est d'un emploi difficile à cause de son extrême toxicité. Les

instructions officielles de la Société de médecine publique et du Conseil d'hygiène recommandent le sulfate de cuivre et le chlorure de chaux sec aux doses indiquées plus haut pour la désinfection des fosses d'aisance. On peut se servir de ces produits ou de tout autre que l'avenir indiquera peut-être; mais l'essentiel est de projeter immédiatement dans la fosse d'aisance les matières cholériques, mélangées à une *grande quantité* de l'agent désinfectant, et surtout de détruire ou de faire porter à l'étuve, enfermés dans des boîtes hermétiquement closes, les linges qui ne pourront être détruits, les vêtements et les objets de literie provenant des cholériques.

III. *Mesures à prendre contre le choléra confirmé.* — Nous venons d'indiquer aussi rapidement que possible ce qu'il convient de faire pour *éviter* la maladie. Mais il est une autre question au sujet de laquelle on demande également notre avis : que faut-il faire pour un malade qui vient d'être atteint du choléra et en attendant son médecin? La question ainsi posée est assez difficile à résoudre. Dans une maladie dont les indications varient beaucoup suivant la forme et la nature des symptômes observés, c'est au médecin seul qu'appartient le soin de diriger le traitement. Mais il arrive souvent que le médecin ne puisse qu'assez tardivement répondre à l'appel qui lui est adressé. Que faire en l'attendant? Comment prévoir, comment prévenir une rapide et souvent funeste aggravation? C'est ce que nous allons chercher à dire en peu de mots.

En temps d'épidémie cholérique, il ne faut pas se borner à observer, avec la plus scrupuleuse attention, les préceptes d'hygiène que nous venons de résumer. Il faut encore et surtout traiter énergiquement et dès leur première apparition les indigestions et les troubles intestinaux qui pourraient se manifester. Plus souvent la *diarrhée* est l'un des premiers symptômes du choléra. En arrêtant cette diarrhée *prodromique* ou *prémonitoire*, on a de grandes chances d'arrêter la maladie elle-même. A cette fin conviennent plusieurs médicaments, mais surtout l'*élixir parégorique* pris à la dose de 25 à 30 gouttes *après* chaque garde-robe dans une cuillerée à soupe d'eau sucrée, et les gouttes suivantes que l'on pourra associer à l'élixir parégorique et qui sont si utiles dans les cholérines et les diarrhées saisonnières.

℞. Teinture éthérée de valériane	10 grammes.	
Laudanum de Sydenham	ââ 5	—
Alcool à 95°		
Essence de menthe anglaise	XV gouttes.	

Ne pas filtrer et agiter le flacon avant de s'en servir.

S. Prendre, *après chaque garde-robe*, dans un verre à bordeaux d'eau sucrée, 10 à 15 de ces gouttes mélangées ou non à 25 ou 30 gouttes d'élixir parégorique.

Si le mal est plus sérieux, si les selles se reproduisent très fréquentes et très liquides, il faudra, en attendant la visite d'un médecin, faire coucher le malade, lui couvrir le ventre de cataplasmes chauds, le maintenir à la diète et lui faire prendre les gouttes anticholériques dans une infusion chaude de thé légèrement alcoolisé.

Supposons maintenant que la maladie se caractérise d'emblée, sans diarrhée *prémonitoire*, et se manifeste par des vomissements fréquents, une diarrhée abondante et presque involontaire, des crampes musculaires, une sensation générale de refroidissement. Aussitôt le malade devra être couché, enveloppé dans une couverture chaude. Des boules d'eau chaude seront placées autour de lui. A l'aide de flanelles imbibées d'esprit-de-vin ou d'essence de térébenthine, on frictionnera fréquemment les muscles des jambes, des cuisses, de l'abdomen. Au moment où se manifestent les crampes, on malaxera énergiquement les muscles, ou bien l'on fera alternativement fléchir et étendre les membres dont les muscles sont contracturés. En même temps on essayera de faire avaler par petites cuillerées à café de l'eau pure ou de l'eau de Seltz *glacées*, de la bière, de la tisane de champagne, etc., auxquelles on ajoutera les gouttes éthérées et opiacées qui peuvent toujours être utiles. Si cette eau est vomie, on pourra essayer de faire avaler du punch très chaud ou des infusions de thé, de mélisse, de menthe, etc. (Certains malades qui vomissent les boissons froides conservent les boissons très chaudes, et réciproquement.) On pourra encore prescrire quelques gouttes d'éther associé à l'acétate d'ammoniaque, à l'alcoolé de menthe, etc., ou faire prendre en petits lavements les médicaments qui sont immédiatement rejetés par le vomissement. Plus souvent, dans la période algide, les injections sous-cutanées d'éther seront favorables. On dit aussi du bien des inhalations d'oxygène, mais ces moyens sont de ceux dont un médecin éclairé peut seul juger l'opportunité.

Enfin il arrive parfois que la maladie éclate d'une manière presque *foudroyante* et se caractérise dès ses débuts, non seulement par la diarrhée et les vomissements, mais encore par l'algidité, la cyanose, des crampes très douloureuses, etc. C'est dans ces cas surtout qu'il importe d'agir vite en s'efforçant de rétablir la circulation périphérique et de ramener la chaleur. C'est alors que les frictions à l'essence de térébenthine, les lotions froides ou même les enveloppements au drap mouillé après lesquels on recouvre le malade de couvertures épaisses et chaudes, l'application de pointes de feu le long du dos et sur le creux hypogastrique, les ventouses sèches, etc., etc., jointes aux bains sinapisés, aux injections hypodermiques d'éther, aux inhalations d'oxygène, etc., peuvent être utiles. Les premiers de ces moyens sont à la portée de tous, les seconds exigent l'intervention d'un médecin, qui seul aussi doit rester juge des conditions dans lesquelles on peut intervenir pour modérer la période de réaction ou traiter la convalescence. Mais, nous le répétons, avant l'arrivée du médecin, ceux qui entourent le malade ne doivent pas rester désarmés, et c'est pour eux surtout que nous venons d'écrire ces quelques lignes.

L. Lereboullet.

CHOLÉRA.

M. Rochard a cité à l'Académie quelques chiffres intéressants qui montrent que la mortalité, dans l'épidémie actuelle, bien qu'elle soit un peu moindre que dans les épidémies antérieures, reste assez sérieuse. En 1854, la moyenne journalière des décès a été de 15 environ. En 1865, de 18. En 1884, jusqu'à ce jour, la mortalité ne dépasse guère 6 à 7 décès *en moyenne* par jour depuis le début de l'épidémie; mais il serait imprudent d'affirmer que celle-ci soit arrivée à la période d'état ou de déclin.

Nous continuons à reproduire ci-dessous quelques chiffres puisés dans les dépêches officielles.

A Toulon, le 2 juillet, on constatait 14 décès dans les vingt-quatre heures; le 3 juillet, 8 décès, dont 3 en ville; le 4 juillet, 17 décès, parmi lesquels celui de M. le docteur Borel, médecin de la marine. Le 5 juillet au matin, il restait en traitement : 114 malades dans les hôpitaux militaires, 12 à l'hôpital civil; 14 en ville. Le 5 juillet, 15 décès cholériques; le 6 juillet, 18 décès; le 7 juillet, 17 décès, dont 7 en ville et 10 dans les divers hôpitaux. A la date du 7 juillet, on comptait en tout 154 décès depuis le début de l'épidémie; le 8 juillet, 12 décès dans les vingt-quatre heures.

A Marseille, le 2 juillet, 5 décès cholériques et 12 malades en traitement au Pharo; le 3 juillet, 2 décès; le 4, 6 décès; le 5, 12 décès cholériques sur 54 décès en tout; le 6 juillet, 20 décès cholériques dans les vingt-quatre heures; le 7 juillet, 63 décès, dont 26 cholériques; le 8 juillet, 10 décès cholériques dans la journée.

A Aix, 4 décès cholériques ont été constatés le 7 et le 8 juillet.

A Coublevie, près de Voiron (Isère), un décès par diarrhée cholériforme chez une dame venue de Toulon.

CONGRÈS D'HYGIÈNE INDUSTRIELLE DE ROUEN.

Le Congrès d'hygiène industrielle ouvrira le samedi 26 juillet, à neuf heures du matin, dans le grand amphithéâtre de physique, où s'étaient réunis, en 1883, les membres de l'Association française pour l'avancement des sciences. Voici la liste des travaux inscrits pour être lus dans cette session :

§ I. *Hygiène de l'ouvrier dans l'atelier.* — Docteur Napias : Du rôle des poussières dans l'étiologie professionnelle; principes généraux d'hygiène préventive dans les industries à poussières. — Vilmotte : De l'atmosphère des ateliers. — Saladin : De la ventilation des ateliers de cardage et moyens d'y entretenir un air pur. — Mairesse : De la ventilation des ateliers et humidification des ateliers de filature et tissage. — Naudin : De l'emploi de la saturation par la vapeur d'eau de l'air pour la désinfection des ateliers. — Blaise : Perfectionnement apporté aux tondeuses mécaniques de drap dans le but d'éviter les accidents. — Delacroix : Moyens pratiques pour supprimer les vapeurs délétères. — Decoëne : Accidents de fabrique. — Offroy : Moyens préservatifs contre les accidents pouvant survenir dans l'apprêtage du coton. — Docteur Félix Brémond : Précautions à prendre pour diminuer les dangers de la fabrication du celluloïd. — Salva : Moyens de prévenir les accidents dus à l'explosion de certains mélanges gazeux. — Docteur Duchesne : Hygiène professionnelle des industries textiles. — Docteur Deshayes : Hygiène défectueuse des ouvriers dans les filatures et tissages de Rouen. — Docteurs Dupuis et Weiss : Vêtement de l'ouvrier. — Dutertre : Eclairage des ateliers. — Docteur A.-J. Martin : L'hygiène industrielle dans les expositions internationales d'hygiène et notamment à celle de Londres.

§ II. *Hygiène de l'ouvrier hors de l'atelier.* — Cacheux : Habitations ouvrières et alimentation de l'ouvrier. — Guillemard : Habitations ouvrières. — Siegfried : Habitations ouvrières. — L. Gosselin : Habitations ouvrières. — Martin : Les maisons ouvrières et Saint-Ouen. — Ch. Benoist : Des logements insalubres. — Thioudet : Hygiène de l'ouvrier hors de l'atelier, éducation, instruction, alimentation. — Delobel : Hygiène de l'ouvrier. — Egrot : Emploi de la vapeur dans les grandes manufactures pour la cuisson des aliments, l'hydrothérapie, etc., etc. — Marambat : De l'usage du tabac chez l'ouvrier; influences diverses de cet usage sur la famille.

§ III. — Léon Dumuys : Présentation d'un appareil appelé *caloriserve*, destiné au transport des aliments. — Boulangerie coopérative d'Angoulême.

Nota. — Afin de favoriser l'assistance au Congrès d'hygiène industrielle, l'administration des chemins de fer de l'Ouest a décidé qu'à partir du vendredi 25 juillet des billets à destination de Rouen seraient délivrés à prix réduit dans la plupart des gares de son réseau, et seraient valables jusqu'au lundi soir 28.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort du docteur Eug. Ritter, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. Né en 1837, Ritter avait été reçu à Paris docteur en médecine et docteur ès sciences, et avait été bientôt nommé chef des travaux chimiques à la Faculté de médecine de Strasbourg. Nommé agrégé en 1866 en même temps que son collègue le professeur Feltz, il publia en collaboration avec celui-ci une série de mémoires très remarqués sur l'empoisonnement par le phosphore, l'ictère grave, l'urémie, l'action physiologique de la fuchsine, etc., etc. Ses recherches de chimie organique, ses analyses d'eaux minérales, ses expertises médico-légales lui avaient assuré à la Faculté de Nancy, où il avait remplacé Blondlot, une situation des plus honorables. Ritter avait été le guide et le conseil de plusieurs générations d'étudiants à la Faculté de Strasbourg et à celle de Nancy. Il sera vivement regretté de tous ceux qui l'ont connu.

— On annonce aussi la mort du professeur S. Gross, du « Jefferson médical Collège » de Philadelphie. On lui doit un grand nombre d'ouvrages de chirurgie, en tête desquels il faut citer le *System of surgery* et le *Traité des voies urinaires.* S. Gross était un chirurgien éminent et un professeur très estimé en Amérique.

BOURSES DE DOCTORAT. — Par arrêté ministériel en date du 3 juillet 1884, l'ouverture des concours pour l'obtention de bourses de doctorat en médecine aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie le lundi 27 octobre 1884.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le 18 octobre, à quatre heures.

Sont admis à concourir :

Les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire. Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales.

Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire, et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie.

Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie.

Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* la seconde partie du deuxième examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

Les candidats justifiant des grades de bachelier ès sciences et de bachelier ès lettres qui continuent leurs études d'après l'ancien régime, s'ils ont obtenu la note *bien* à l'examen correspondant à leur temps de scolarité. Les épreuves seront les mêmes pour les étudiants de l'un et de l'autre régime d'études.

Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien*, pourront obtenir sans concours une bourse de première année.

LÉGION D'HONNEUR. — Ont été nommés :

Au grade de commandeur : M. Colin (Léon-Jean), médecin inspecteur, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris.

Au grade d'officier : MM. Servier, médecin principal de 1re classe; Josué Sainte-Rose, médecin-major de 1re classe; Pellerin, médecin-major de 1re classe; Blin, médecin-major de 1re classe; Champenois, médecin-major de 1re classe; Chastang, médecin en chef de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Bar, médecin-major de 1re classe; Sorel, médecin-major de 1re classe; Accolas, médecin-major de 1re classe; Schindler, médecin-major de 1re classe; Eichinger, médecin-major de 1re classe; Annequin, médecin-major de 1re classe; Alphant, médecin-major de 1re classe; Vieusse, médecin-major de 1re classe; Richard, médecin-major de 1re classe; Ringeisen, médecin-major de 1re classe; Desmonceaux, médecin-major de 1re classe; Viry, médecin-major de 1re classe; Carette, médecin-major de 2e classe; Kopff, médecin-major de 2e classe; Ameler, pharmacien-major de 1re classe; Treille, médecin-professeur de la marine; Dollieule, médecin de 1re classe de la marine; Cauvin, médecin de 1re classe de la marine; Siciliano, médecin de 1re classe de la marine; Gros-Désormeaux (la Martinique); Monier (Avignon); Delacroix (Châlons-sur-Marne).

M. le docteur Edmond Langebert et son fils nous prient de faire savoir qu'ils sont complètement étrangers à la préparation ainsi qu'à l'annonce faite dans les journaux politiques par un pharmacien homonyme, sous le nom de *sublimol Langlebert*, d'un remède contre le choléra.

MORTALITÉ A PARIS (27e semaine, du 27 juin au 3 juillet 1884). — Fièvre typhoïde, 43. — Variole, 2. — Rougeole, 41. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 12. — Diphthérie, croup, 26. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 51. — Phthisie pulmonaire, 196. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 66. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 43. — Bronchite aiguë, 18. — Pneumonie, 57. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 46; au sein et mixte, 25; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 85; de l'appareil circulatoire, 57; de l'appareil respiratoire, 47; de l'appareil digestif, 53; de l'appareil génito-urinaire, 30; de la peau et du tissu lamineux, 8; des os, articulations et muscles, 8. — Morts violentes, 37. — Causes non classées, 4. — Total : 991.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 17 juillet 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LE CHOLÉRA. — DES SUTURES DE L'UTÉRUS PENDANT L'OPÉRATION CÉSARIENNE.

Académie de médecine : Le choléra.

Nous chercherions en vain à cacher la pénible impression que nous a laissée la discussion aussi bruyante que confuse à laquelle assistait mardi dernier un public qui n'était venu à l'Académie qu'avec le désir sincère d'accepter et de répandre partout ses doctrines épidémiologiques et ses conseils de prophylaxie. Aussi bien est-il nécessaire de faire comprendre à ceux qui vont lire le compte rendu de cette séance ce qu'on était en droit d'espérer et ce qui rend plus regrettable que ne l'ont pensé certains membres de l'Académie le fâcheux avortement du vote auquel ils se sont associés.

Depuis que le choléra sévit à Toulon et à Marseille, les opinions les plus diverses, les plus contraires aux doctrines épidémiologiques et cliniques, reconnues vraies jusqu'à ce jour, ont été émises au sujet de la genèse, du développement et surtout de la prophylaxie de cette maladie. Les hésitations des uns et les affirmations des autres; les idées doctrinales relatives à la cause première de la maladie; les conseils pratiques donnés non seulement par la voie des journaux, mais encore dans les instructions officielles; les mesures prises par certaines municipalités et surtout celles qu'on a *imposées* dans les gares de la Compagnie P. L. M., et qui ont paru non seulement inefficaces et puériles, mais encore dangereuses; les allégations de M. Koch contredites par celles de M. Pasteur; l'inertie et le scepticisme des uns comparé au zèle inconsidéré et à l'autoritarisme des autres, tout cela n'était-il pas fait pour jeter le trouble dans les esprits? Aussi avons-nous compris que M. le ministre du commerce aît écrit à l'Académie en lui demandant « de coordonner les diverses mesures de prophylaxie de manière qu'une vue d'ensemble préside à leur application » et qu'il ait ajouté qu'il lui paraissait utile de soumettre à une discussion publique les mesures de préservation proposées tant par le Comité d'hygiène que par les autres autorités, de manière à donner une plus haute valeur à ceux de ces conseils qui auraient reçu l'approbation de l'Académie de médecine. En insistant pour que la réponse lui fût transmise d'urgence, le ministre du commerce remplissait encore son devoir. L'Académie aurait eu le temps, du 12 au 15 juillet, de réfléchir aux questions qui lui étaient soumises, d'arrêter un programme qui en rendît la discussion plus facile, au besoin de prolonger sa séance officielle jusqu'à ce que, de la délibération à laquelle elle était conviée, sortît une résolution nette, précise, et une instruction pratique qui pût, en raison des lois existantes, être rendue officiellement obligatoire. Mais il eût été nécessaire, pour arriver à ce résultat, que la *section d'hygiène*, reconnue comme devant être l'interprète des doctrines de la Compagnie tout entière, fût convoquée à l'avance et que les membres qui la composent se fussent mis d'accord pour rédiger une instruction vraiment utile. Si l'on réfléchit que, avec MM. Brouardel et Proust, à la section d'hygiène appartiennent M. J. Bergeron, dont le bon sens clinique et l'expérience sont unanimement appréciés, MM. Ernest Besnier et Léon Colin, dont les travaux épidémiologiques font autorité, et plusieurs savants dont la compétence est non moins indiscutable, on comprendra que deux ou trois séances auraient suffi pour préparer un rapport sérieux, vraiment digne de la Société savante qui en eût accepté la responsabilité et du pays qui en attendait impatiemment les conclusions. Aucune convocation spéciale n'ayant été faite, aucune mesure exceptionnelle n'ayant été provoquée, il en est résulté que la section d'hygiène, recevant à l'improviste un mandat dont elle déclinait la responsabilité, n'a pu consacrer qu'une demi-heure à peine à l'examen des résolutions qui lui étaient soumises et n'est revenue en séance que pour déclarer qu'elle n'entendait ni approuver ni improuver l'instruction sur laquelle s'appuie le rapport de M. Brouardel et qui seule peut en motiver ou même en justifier les conclusions. La section d'hygiène ne peut donc être jugée responsable du vote qui a mis fin à la séance de l'Académie. Elle s'est si peu occupée du simulacre de rapport dont M. Lunier a été chargé, que, pendant qu'elle était censée en dé-

libérer, l'un de ses membres, et non l'un des moins autorisés, M. L. Colin, lisait à la tribune de l'Académie un travail qui contredisait absolument toute une partie du rapport de M. Brouardel, travail dans lequel il faisait jouer à l'atmosphère le plus grand rôle dans la genèse et la propagation du choléra, et niait l'influence prédominante des eaux de boisson, que l'on suppose souvent à tort contaminées par les déjections cholériques En toute autre circonstance on eût compris que cette contradiction si marquée entre les doctrines défendues par M. Brouardel et celles que rappelait M. Colin, devait susciter un débat sérieux. A un ministre qui venait demander des conclusions précises, et non la continuation «des divergences qui troublent profondément l'opinion publique», il semblait logique de répondre en discutant longuement le problème d'étiologie étudié par M. L. Colin. Mais il était écrit que tout, dans cette séance, serait fait pour confondre l'attente du public. M. L. Colin termine sa lecture, regagne sa place et, au milieu d'un silence que troublèrent seuls quelques murmures, M. le président appelle à la tribune d'abord ceux des membres étrangers à l'Académie qui voudraient bien, en attendant un rapport que l'on sait devoir être la confirmation de ce qu'on vient d'entendre, lire un travail d'électricité, de gynécologie ou d'histoire naturelle; puis, ceux-ci n'ayant pas répondu à l'appel de leur nom, il invite M. B. Ball à faire une communication sur l'*aliénation mentale chez les jumeaux*. Heureusement il n'a pu être donné suite à ce projet. La commission académique est rentrée en séance, et c'est alors qu'une discussion, que nous ne pouvons ni ne voulons résumer ici, s'est ouverte sur les conclusions qu'elle avait dû admettre sans avoir eu le temps de les discuter à loisir.

Très lucide et très logique, le rapport de M. Brouardel, écrit au nom du Comité consultatif d'hygiène, en résumait la pensée. Le Comité avait, à tort ou à raison,— ce n'est plus le moment de discuter ce sujet,— affirmé l'inutilité absolue des cordons sanitaires et des quarantaines terrestres; il avait formellement condamné les singulières mesures dites de désinfection que l'on avait imposées dans les gares de la Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée; il avait demandé, pour remplacer ces mesures irrationnelles et dangereuses, l'institution d'un nouvel ordre de fonctionnaires : les commissaires de surveillance médicale, chargés, à l'arrivée des trains, de rechercher si un malade, en puissance de choléra, ne pourrait être arrêté et conduit à l'hôpital; enfin il avait résumé très méthodiquement les prescriptions hygiéniques contenues dans l'instruction écrite pour la première fois par M. Vallin, et adoptée ensuite par le Comité d'hygiène; puis, ce résumé bien fait, bien compris, il avait conclu en disant : Les décisions que nous soumettons à l'Académie sont exposées dans l'instruction publiée par le Comité consultatif d'hygiène. Le ministre du commerce a adopté cette instruction en lui donnant «sa pleine et entière approbation». Nous les résumons en cette formule concise : «Les mesures de préservation efficace sont celles que chaque personne doit prendre pour elle-même ou pour sa maison. Le devoir des municipalités est de veiller à ce que les prescriptions relatives à l'isolement des malades, à la désinfection des linges, vêtements, chambres, etc., soient rigoureusement accomplies et à ce que les prescriptions d'hygiène privée et générale soient exécutées dans toute leur rigueur, *conformément aux instructions adoptées par le ministre du commerce sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique*». Ainsi conçue, cette dernière proposition ne prêtait qu'à une seule critique. On pouvait demander compte à M. Brouardel de certaines fautes de rédaction, peu nombreuses, nous le reconnaissons volontiers, de quelques erreurs, moins nombreuses encore, que contient l'instruction précitée; mais il devenait évident pour tous que, séparée de l'instruction officielle qui lui sert de base, la dernière conclusion du rapport lu à l'Académie au nom de la *Commission du choléra*, n'était plus qu'un lieu commun, qu'une assertion qui ressortit non plus aux lois de l'hygiène publique ou privée, mais à des considérations plus que banales.

Or on verra plus loin, en lisant le compte rendu de la séance, que la plupart de ceux qui ont pris part à la discussion — s'il est encore permis d'employer ce mot — qui a suivi l'apparition de M. Lunier à la tribune académique ont tenu à déclarer qu'ils ne voulaient point approuver les conseils de l'instruction du Comité consultatif. En vain M. Brouardel a-t-il affirmé et maintenu qu'il avait soumis à l'Académie le sens général des instructions du Comité, il a été admis et reconnu que l'Académie n'adoptait en aucune façon l'instruction précitée. Pour mieux marquer l'opinion qui tendait à prévaloir et pour mieux affirmer sa préoccupation exclusive, «les conclusions que l'Académie va voter, a dit M. le secrétaire perpétuel, n'ont rien à faire avec les instructions votées par le Comité d'hygiène publique. C'est là un point qu'il était indispensable de spécifier». Que reste-t-il dès lors de la discussion académique après la suppression formellement motivée et unanimement acceptée de ces mots «conformément aux instructions adoptées par le ministre du commerce sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène»? Il reste deux conclusions négatives visant l'inutilité des cordons sanitaires et des mesures de désinfection locale opposées aux voyageurs dans les gares de chemin de fer; une disposition relative à l'inspection médicale des compartiments de chemin de fer, mesure qui, nous le craignons, sera elle aussi le plus souvent inefficace et illusoire; enfin une dernière conclusion qui est la seule réponse précise adressée à M. le ministre du commerce, et cette réponse, — on peut la reproduire — est ainsi conçue: «*Les mesures de préservation efficaces sont celles que chaque personne doit prendre pour elle-même et pour sa maison.*»

Que va faire maintenant M. le ministre du commerce? Va-t-il télégraphier à tous les préfets de France, au nom de l'Académie, cette phrase qui deviendrait légendaire, ou va-t-il, malgré le sentiment non équivoque de la savante Compagnie, recommander envers et contre tous l'instruction du Comité d'hygiène? Mais M. Proust qui l'a signée a reconnu lui-même que, dans une nouvelle édition, elle serait modifiée. Elle n'est donc pas définitive. Pourquoi dès lors l'Académie n'a-t-elle pas spécifié les modifications qu'elle doit subir?

On le voit, par cet exposé fidèle de ce qui s'est passé mardi dernier, ceux de nos lecteurs qui attendaient — leurs lettres en font foi — une instruction pratique et précise, se voient déçus dans leurs espérances. Le programme soumis aux délibérations de l'Académie de médecine aurait pu cependant être rédigé en d'autres termes. Si, après avoir écouté et applaudi le rapport de M. Brouardel, l'un des membres de l'Académie était venu proposer un ajournement de la discussion ou une prolongation de la séance, peut-être serait-on arrivé à résoudre quelques-unes des questions qui ont motivé la lettre ministérielle et qui préoccupent l'opinion publique. Ces questions, nous les discuterons successivement en commençant, dans un prochain article, par l'étude des désinfectants que l'on a déjà recommandés, mais dont l'usage et le

mode d'emploi sont inconnus du plus grand nombre. Nous ne voulons aujourd'hui, après avoir exprimé le regret que nous éprouvons de ne pouvoir publier une instruction complète et pratique due à l'Académie de médecine, que faire des vœux pour que, dès la prochaine séance, d'une discussion plus approfondie sortent des conclusions plus recommandables.

L. Lereboullet.

Des sutures de l'utérus pendant l'opération césarienne.

(Fin. — Voyez les numéros 25 et 26.)

III

L'utilité des sutures repose sur la possibilité d'obtenir une cicatrisation par première intention de la plaie de l'utérus après l'opération césarienne, et sur la possibilité de la maintenir fermée d'une façon exacte et durable.

Après l'extraction du fœtus, l'utérus se rétracte ordinairement avec énergie et l'incision qui a été faite se raccourcit d'une façon notable. Les bords de la plaie peuvent être intimement appliqués par leur partie profonde, tandis qu'à leur partie superficielle ils se portent en dehors. La plaie baille dans une étendue quelquefois considérable d'un à plusieurs centimètres. Au bout de quelques jours, l'aspect de la plaie est différent. Elle est ouverte dans toute son étendue et dans toute son épaisseur, de façon à représenter un orifice losangique ou ovalaire. Les sutures avaient habituellement coupé les tissus ou s'étaient dénouées; on les retrouvait libres au milieu du pus et du sang qui baignaient les bords de la plaie.

L'autopsie des femmes mortes longtemps après l'opération césarienne nous montre les différents modes suivant lesquels la guérison a été obtenue. Le plus souvent, des adhérences unissent les bords de la plaie utérine aux organes voisins : intestin, vessie, paroi abdominale. La plaie de l'utérus ne se cicatrise pas toujours dans toute son étendue et des fistules font communiquer la cavité de cet organe soit avec une cavité circonscrite de toutes parts par des fausses membranes, soit même à travers la paroi péritonéale avec l'extérieur. On pourra donc utiliser cette propriété du péritoine dans les procédés de suture pendant l'opération césarienne, et tenir grand compte de la facilité avec laquelle il produit des adhérences qui peuvent obtenir rapidement une occlusion d'une plaie dont les bords auront été préalablement exactement unis.

Les adhérences, au lieu d'établir l'union de l'utérus aux parties voisines, peuvent réunir les deux bords de la plaie de l'utérus. Il peut même se produire un vrai tissu de cicatrice, tantôt aminci, irrégulièrement épais, comme variqueux par places, tantôt, au contraire, épais et comme calleux.

L'examen microscopique de ce tissu de cicatrice n'a jamais permis d'y constater le moindre élément musculaire. Il est constitué de tissu conjonctif, recouvert en dehors et en dedans d'épithélium provenant soit de la muqueuse, soit de la séreuse.

Il eût été assez intéressant de comparer les procédés de l'opération aux résultats fournis ultérieurement par la nécropsie. Mais les observations sont trop peu précises pour permettre d'en tirer le moindre parti. Nous citerons cependant un cas d'Ed. Martin (*Ueber die Heilung der Wunde nach dem Kaiserschnitte nebst Beschreibung einer Narbe nach einem vor mehreren Jahren überstandenem Kaiserschnitte Monat. für Geburtsk.*, B. 24, p. 102). Dans cette observation, on n'avait pas mis de sutures utérines pendant l'opération césarienne, la malade succomba quelques années plus tard, et on constata que la plaie utérine était restée fistuleuse.

Les résultats anatomo-pathologiques décrits plus haut nous fournissent l'explication du mode de cicatrisation de la plaie utérine. Les fibres musculaires ne peuvent pas y prendre part; seules la séreuse et la partie profonde de la muqueuse peuvent y coopérer activement. Les fibres musculaires hypertrophiées et hyperplasiées pendant la grossesse doivent être remplacées après l'accouchement en partie, peut-être en totalité par des éléments plus jeunes. Elles subissent la dégénérescence graisseuse, qui facilite et prépare leur disparition. Le tissu cellulaire qui se trouve entre les fibres musculaires pourrait participer seul au travail de cicatrisation dont la muqueuse et la séreuse font surtout les frais. Quand bien même le travail de cicatrisation par première intention serait difficile, l'affrontement exact des bords de la plaie, l'adossement de la séreuse à elle-même peuvent avoir comme résultat la production d'adhérences péritonéales, l'occlusion de la plaie utérine, et la cicatrisation par seconde intention pourrait se faire avec une plaie bourgeonnante du côté de la cavité utérine et non pas du côté de la cavité péritonéale. Enfin ne gagnerait-on que quelques jours, qu'un grand résultat n'en serait pas moins obtenu, car la mort à la suite de l'opération césarienne survient presque constamment dans les trois ou quatre premiers jours.

D'ailleurs il ne nous semble pas douteux qu'on puisse obtenir une fermeture exacte et durable de la plaie utérine à l'aide des sutures. Nous avons eu l'occasion d'observer à Heidelberg une pièce qui appartient à M. le professeur Kehrer. Les sutures avaient bien tenu. On peut encore arguer de l'absence de fièvre observée les premiers jours dans les observations de Sänger et de Léopold pour penser qu'il n'y a pas eu péritonite circonscrite. Dans ces cas, il est fort probable que la cicatrisation a eu lieu par première intention.

La question des sutures utérines suppose d'ailleurs l'étude de la direction de l'incision de l'utérus, de la substance des fils à suture, du procédé de suture, du procédé d'adossement du péritoine à lui-même.

Comment devra-t-on pratiquer l'incision de l'utérus pour obtenir un rapprochement facile des bords de la plaie? — On a pratiqué l'incision de l'abdomen et celle de l'utérus à peu près dans tous les sens. Inutile de discuter ces procédés. On est d'accord aujourd'hui pour reconnaître la supériorité de l'incision de l'abdomen au niveau de la ligne blanche. Il est un autre principe généralement admis, c'est que l'incision de l'abdomen et l'incision de l'utérus doivent être parallèles.

Cependant telle n'est pas l'opinion de M. le professeur Kehrer. Après avoir fait l'incision de la paroi abdominale sur la ligne blanche, il incise transversalement l'utérus au niveau du segment inférieur, près de l'orifice interne du col. Il pense : 1° que dans ce cas l'antéversion normale de l'utérus s'oppose à l'écartement des bords de la plaie et facilite leur affrontement et leur fermeture par les sutures; 2° qu'on a moins à craindre l'hémorrhagie, puisqu'on ne doit pas rencontrer l'insertion placentaire sur le trajet de l'incision; 3° que le péritoine peut être facilement décollé en cette région

*

et par conséquent adossé à lui-même. Mais on peut faire à ce procédé des objections sérieuses. Les ligaments larges sont plus rapprochés de la ligne médiane en avant qu'en arrière, ils ne sont distants en avant que de 12 centimètres à peu près. La circonférence de la tête de l'enfant mesure 34 centimètres en moyenne. Pour la faire passer à travers l'incision, il faudra donc sectionner les ligaments larges, d'où le danger d'ouvrir de gros vaisseaux, de produire une hémorrhagie bien autrement redoutable, bien plus difficile à arrêter que celle qui proviendrait de la rencontre du placenta sur le trajet de l'incision. De plus cette opération est difficile. L'incision longitudinale de l'abdomen et transversale de l'utérus doit rendre très difficiles l'extraction de l'enfant, la pose des sutures et la toilette du péritoine. Il ne faut rien moins que l'habileté manuelle de M. le professeur Kehrer pour surmonter les obstacles inhérents au procédé opératoire qu'il préconise.

De quelle substance doivent être constitués les fils de sutures mis en usage? — Voici la statistique qui résulte du relevé des observations que nous avons recueillies :

	Cas.	Morts.	Guérisons.
Sutures avec des fils d'argent.....	20	10	10
— — de fer.......	1	1	0
— — métalliques..	3	3	0
— — de caoutchouc.	2	1	1
— — de soie......	19	12	7
— — des fils......	5	0	5
— — de catgut....	16	12	4

auxquels derniers cas il faut peut-être ajouter :

	Cas.	Morts.	Guérisons.
Statistique de Martin............	4	4	0
— de Radfort..........	7	7	0
Sutures non indiquées...........	10	7	3
Sutures complexes : fils d'argent et crin de cheval	1	0	1
— catgut et fils de soie.........	1	0	1

On ne peut attacher à cette statistique une bien grande importance parce qu'elle ne tient pas compte d'éléments nombreux et fort complexes. Le seul intérêt qui peut s'y attacher n'est que la confirmation des faits observés dans la pratique de l'ovariotomie. Quelle conclusion peut-on, en effet, tirer des résultats obtenus à la suite des sutures avec le fil? De quels fils s'agit-il? N'y a-t-il pas eu dans ces cas des observations de sutures avec les fils de soie? La substance de la suture est indéterminée. Sont-ce des fils de lin ou de chanvre? sont-ils cirés ou non? sont-ils traités ou non par les procédés antiseptiques? On ne peut rien conclure de ces résultats cependant si favorables.

Cette statistique nous apprend cependant plusieurs faits utiles à enregistrer. Dans l'opération césarienne, comme dans l'ovariotomie, les sutures de fils de soie et d'argent sont bien tolérées. Des autopsies de femmes ayant subi antérieurement une opération césarienne démontrent que les fils d'argent s'enkystent très bien (Lungren). La statistique démontre enfin que le catgut est une substance très infidèle. La faveur qui s'était attachée tout d'abord à l'usage de cette substance, n'est pas justifiée. On croyait qu'il était facile de l'expurger des germes septiques et rien n'est moins certain. Il semble au contraire que l'huile phéniquée permet à la longue la pullulation des germes septiques (Koch). Il est vrai que dans ces derniers temps, on a conseillé une nouvelle préparation de catgut à l'acide chromique, qui paraît supérieure à la fabrication antérieurement employée. Mais les épreuves de cette nouvelle substance sont encore à fournir. Quant à sa résorption facile, elle est pour l'opération césarienne un inconvénient plutôt qu'un avantage. Cette résorption elle-même n'est pas toujours identique suivant les fils employés. C'est une substance inconstante dans ses propriétés, infidèle dans son emploi. Son usage dans les sutures pendant l'opération césarienne a donné de mauvais résultats. Le catgut se ramollit, se résorbe trop vite et par conséquent se relâche. Il se dénoue très facilement, malgré le soin qu'on a mis à faire les ligatures. On a vu le catgut dénoué quoiqu'on ait superposé à chaque suture trois nœuds pour assurer sa solide tenue. Lorsqu'il tient bien, il coupe les tissus. L'expérience a donné des résultats définitivement défavorables à cette substance, telle qu'elle était préparée jusqu'à ce jour.

C'est donc jusqu'à maintenant les fils de soie ou les fils d'argent qu'il faudra employer.

Quel procédé de sutures choisira-t-on? — Pour bien choisir le procédé de suture, il faut se rappeler l'épaisseur et la rigidité des parois utérines, la tendance à l'écartement des bords externes de la plaie, la difficulté d'affrontement de la plaie dans toute son épaisseur. Pour que les conditions d'une bonne suture utérine soient obtenues, il faut que la pression exercée par ces sutures existe sur toute l'étendue de la plaie utérine, en des points absolument correspondants. La suture de matelassier, en surjet exerçant une pression en un point et pas de pression au point correspondant, doit donc être rejetée.

Dans l'un comme dans l'autre cas, la partie de l'utérus qui n'est pas soutenue est soumise à la contraction et à la rétraction utérines. Il ne faut pas oublier qu'il suffit de la plus petite fissure pour que les lochies soient aspirées dans la cavité abdominale, sous l'influence des changements de tension intra-abdominale résultant des mouvements respiratoires.

C'est donc à la suture entrecoupée qu'il faut donner la préférence. Et il ne faudra pas craindre de placer autant de sutures qu'il sera nécessaire pour obtenir un affrontement exact de la plaie. Voyons, à cet égard, les résultats fournis par la statistique :

	FILS D'ARGENT	FILS DE SOIE	CATGUT
1 suture......	2 cas, 2 morts.	2 cas, 0 mort.	»
2 sutures.....	2 cas, 1 mort.	»	»
4 sutures.....	2 cas, 2 morts.	3 cas, 2 morts.	»
5 sutures.....	3 cas, 1 mort.	3 cas, 2 morts.	2 cas, 1 mort.
6 sutures.....	1 cas, 1 mort.	»	
7 sutures.....	»	1 cas, 0 mort.	»
8 sutures.....	2 cas, 0 mort.	»	1 cas, 0 mort.
Sutures multiples ou en nombre non indiqué.....	4 cas, 2 morts.	10 cas, 8 morts.	12 cas, 10 morts. 1 fois suture du matelassier, 0 mort.
Sutures profondes et superficielles..	4 cas, 1 mort.	»	»

Il est encore bien plus difficile d'interpréter cette statistique que celle qui se rapporte à l'influence de la substance

des sutures. Les cas ne sont pas assez nombreux, et l'interprétation des faits est bien plus complexe. Les sutures ont été souvent placées pour arrêter le sang plutôt que dans le but de réunir les bords de la plaie.

Ce qu'il importe surtout, c'est d'obtenir l'affrontement des bords externes de la plaie utérine, parce qu'ils ont le plus de tendance à s'entr'ouvrir, parce qu'ils commandent la grande cavité péritonéale, parce que la séreuse peut fournir rapidement des fausses membranes qui assurent l'action des sutures. Il est donc nécessaire de mettre deux espèces de sutures entrecoupées, les unes profondes, les autres superficielles. Les sutures profondes devront être placées assez loin de la plaie, à plus de 1 centimètre de distance; les sutures superficielles en seront beaucoup plus rapprochées, à moins de 1 centimètre de distance.

Les sutures profondes ne doivent pas comprendre toute l'épaisseur de l'utérus. La partie superficielle de la muqueuse est vouée à la desquamation. Il y a donc un danger de la saisir dans la suture. Il peut y avoir une suppuration qui gagne de proche en proche le canal formé par la suture, et compromette finalement son influence. La suture sera dirigée obliquement, de façon à atteindre par son point le plus éloigné seulement la partie profonde de la muqueuse. Les sutures coupent surtout du côté du péritoine plutôt que du côté de la muqueuse; elles doivent donc tenir plus du tissu musculaire en dehors qu'en dedans. Les sutures superficielles sont des sutures de sûreté, elles ont surtout pour résultat d'affronter la séreuse; elles ne doivent comprendre que la moitié de l'épaisseur des parois utérines.

Les sutures devront être nombreuses, mais il est difficile d'en fixer à l'avance le nombre. Cela dépend de l'étendue de l'incision utérine, de l'état de la rétraction de l'organe. L'affrontement exact des bords de la plaie indiquera d'ailleurs aisément la pratique qu'on devra suivre à cet égard.

Comment peut-on assurer l'adossement du péritoine à lui-même? — Les procédés de sutures utéro-abdominales que nous avons étudiés, n'ont d'importance qu'au point de vue historique; elles ont contribué à spécifier le rôle du péritoine dans la production des fausses membranes, et le parti qu'on peut en tirer pour la cicatrisation rapide et définitive de la plaie utérine après l'opération césarienne. Il ne s'agit plus maintenant d'obtenir des adhérences entre le péritoine qui recouvre l'utérus et celui qui recouvre les organes voisins, mais bien entre celui qui recouvre l'un des bords de la plaie utérine et celui qui recouvre l'autre bord. Van Aubel (*Bull. de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1862, p. 249) et Martino d'Avanzo (*Jacolucci* in *il Morgagni*, 1862, p. 721) ont conseillé de séparer le péritoine avec une couche aussi mince que possible du tissu musculaire sous-jacent de l'utérus, dans une étendue de 1 centimètre et même plus, et de suturer en affrontant la séreuse à la séreuse. Van Aubel conseillait la suture du matelassier; Martino d'Avanzo, la suture de Gély. D'après ces procédés, le péritoine seul est affronté, mais non pas le reste de la paroi utérine. Celle-ci jouit donc sans entraves de sa rétractilité et de sa contractilité si puissantes. Elle compromet par ses tiraillements l'affrontement exact des parties qui sont retenues par la suture et les expose à la section par les fils.

M. le professeur Kehrer (*Archiv für Gynäk.*, 1882, p. 180) fait, comme nous l'avons déjà indiqué, une incision transversale de l'utérus au niveau du segment inférieur, près de l'orifice interne du col. Là le péritoine peut être décollé et suturé (sutures superficielles). Des sutures profondes peuvent être placées sur la tunique musculeuse. Les nœuds des sutures profondes se trouvent dans le point de séparation de la séreuse décollée et de la tunique musculaire. (Voy. la figure représentant cette opération, in *Archiv für Gynäk.*, 1882, XIX[e] vol., p. 206.)

Sänger conseille de décoller avec le bistouri le péritoine dans une étendue de 1 centimètre; il enlève ensuite une tranche de tissu utérin parallèlement à la séreuse détachée. Il se propose ainsi de suturer la partie profonde de l'utérus et séparément le péritoine, qu'on peut affronter à lui-même grâce à la petite portion de l'utérus sous-jacente enlevée (voy. les figures représentant ces opérations, *loc. cit.*, pl. I, fig. 8 et 10). Beumer a pratiqué l'opération suivant cette méthode de Sänger.

Léopold pense qu'il est plus facile d'enlever le tissu utérin dans toute son épaisseur. Le péritoine décollé pourrait être plus facilement insinué entre les bords de la plaie utérine que dans l'opération de Sänger. Comme dans cette opération, on pose des sutures profondes et des sutures superficielles. (Voy. la figure dans *Archiv für Gynäk.*, XIX[e] vol., 1882, p 408, et Sänger, *loc. cit.*, pl. I, fig. 6.)

C'est à l'expérience de trancher en dernier ressort la valeur de ces procédés. Pour notre part, nous donnerions la préférence aux procédés d'ailleurs si semblables de Sänger ou de Léopold.

Ces opérations sont délicates, il faut que l'enlèvement d'une tranche de l'utérus soit nette, qu'elle ne soit pas tailladée. Elle est longue. Mal faite, elle expose à des dangers et à des mécomptes. De toute façon, il y a à redouter qu'une hémorrhagie abondante ou continue gêne l'opérateur et fasse courir des risques à la malade. Aussi Sänger, Léopold, Beumer conseillent-ils de placer un lien élastique au niveau du col de l'utérus. Celui-ci permet d'obtenir une hémostase temporaire; il permet de faire l'opération à sec et facilement. L'application de ce lien n'est pas dangereuse. Elle a été exécutée sans inconvénient dans les opérations d'hystérectomie par le procédé de Schröder et dans l'opération de Porro par le procédé de Müller. L'autopsie de la malade de Beumer a permis de constater au niveau du lien l'existence d'ecchymoses insignifiantes et dont il n'y a pas lieu de tenir compte. Deux opérations ont été exécutées par Kehrer, avec succès dans un cas; les trois opérations de Léopold, de Sänger, de Beumer ont donné deux succès. Remarquons que l'insuccès de Beumer se rapportait à un fibrome utérin. Sänger avait aussi exécuté son opération dans un cas de corps fibreux de l'utérus. Son opération est d'autant plus remarquable, que les opérations césariennes pour une obstruction déterminée par un fibrome de l'utérus ont été presque constamment suivies de mort. On peut consulter à cet égard la statistique de Cazin (*Archives de tocologie*, 1875, p. 641 et 705), et celle de Sänger (*loc. cit.*, p. 12 et suivantes).

Les résultats cités plus haut ne sont pas suffisants pour entraîner définitivement les convictions, mais ils sont assez encourageants pour engager de suivre la voie ouverte par les opérateurs cités plus haut. Les principes sur lesquels sont basées leurs opérations doivent attirer l'attention. L'avenir seul peut permettre de les juger définitivement.

Porak.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

La contagion de la tuberculose et sa prophylaxie. — Rapport lu à la Société médicale des hôpitaux, par M. E. Vallin (1).

DEUXIÈME PARTIE.

Règles prophylactiques. — Le phthisique doit toujours coucher seul dans sa chambre et dans son lit. Cette recommandation, le médecin ne doit jamais manquer de la faire; l'exécution rencontrera plus d'un obstacle. Deux arguments semblent péremptoires: au malade, on laissera comprendre le danger auquel il expose le conjoint, le parent ou l'ami; auprès de ce dernier, on invoquera la nécessité pour le malade d'un air pur qu'il ne faut pas contribuer à souiller.

Jamais un enfant ne doit partager la chambre, encore moins le lit, d'une mère, d'un père ou d'une sœur phthisiques; si l'enfant est lui-même malade ou délicat, le danger est plus grand encore; il est considérable si l'enfant ou le parent est convalescent de rougeole, atteint d'une affection des bronches, du larynx, du parenchyme pulmonaire, de la plèvre, c'est-à-dire d'une lésion qui entraîne presque inévitablement la desquamation de la muqueuse respiratoire, et favorise les inoculations directes par les poussières ou les germes introduits dans l'arbre bronchique. Nous pensons même qu'il est prudent de ne pas laisser un enfant qui relève de rougeole ou de bronchite profonde passer sa convalescence dans la maison qu'habitent des parents ou des personnes phthisiques, quand même il ne séjournerait que passagèrement dans la chambre occupée habituellement par le malade; le séjour à la campagne dans un air vraiment pur lui conviendra mieux, à tous les points de vue, pour achever son rétablissement.

Quand il s'agit d'époux, l'épuisement et la dépression causés par le chagrin, les veilles, la réclusion, les fatigues de toutes sortes, le surmènement, diminuent la résistance vitale du conjoint encore bien portant, augmentent sa réceptivité et le mettent dans les conditions les plus favorables à la transmission ultérieure. Dans son intérêt propre, comme dans l'intérêt du malade, il doit se résigner à occuper une chambre voisine, d'où la surveillance est facile. D'ailleurs le danger de contamination est beaucoup moindre au début d'une affection tuberculeuse, qu'à l'époque où de vastes cavernes fournissent des sécrétions abondantes.

La phthisie buccale, pharyngée ou laryngée semble au contraire capable de favoriser la propagation et la dissémination du principe virulent par les surfaces ulcérées, les plaies exposées des muqueuses. C'est par une raison analogue qu'on a renoncé presque partout, dans les laboratoires, à l'injection sous-cutanée du suc tuberculeux, qui amène presque inévitablement des abcès fistuleux ouverts au dehors, et favorise l'infection des locaux où sont d'autres animaux en expérience; l'inoculation par injection dans la cavité péritonéale est presque exclusivement adoptée aujourd'hui, parce qu'elle agit plus sûrement et sans danger pour le voisinage.

Quelques observations, parmi lesquelles celles que nous avons citées, semblent montrer la facilité plus grande de transmission dans le cas de tuberculisation buccale et prolongée, et ce n'est pas le seul point d'analogie qu'on pourrait trouver entre la syphilis et la tuberculose. L'inhalation habituelle des vapeurs d'iodoforme à l'aide d'un petit tube de verre en forme de cigarette est un moyen capable à la fois de calmer les douleurs de cette grave complication, et peut-être de diminuer les dangers de la transmission.

M. Verneuil et quelques auteurs ont, en ces derniers temps, soulevé la question de savoir si les orchites caséeuses, qui sont parfois la première manifestation de la tuberculose, ne pouvaient pas avoir leur origine dans une sorte d'inoculation locale, à la suite d'une blennorrhagie contractée auprès d'une femme phthisique. La question est nouvelle et encore trop indécise pour justifier la prohibition complète des rapports sexuels avec les personnes atteintes de tuberculose. Ces relations doivent être sinon proscrites, au moins très réservées, surtout quand il s'agit d'un malade décidément phthisique, pour qui tout ébranlement nerveux est une cause d'épuisement profond. Une grossesse serait d'ailleurs fatale, à la fois pour la femme malade ou simplement menacée de tuberculose, et pour l'enfant qui naîtrait d'un père ou d'une mère déjà phthisiques. La femme tuberculeuse ou suspecte de le devenir doit renoncer à la maternité, et surtout à l'allaitement; on a pu dire jadis que le lait d'une mère phthisique valait encore mieux que celui d'une nourrice très saine, mais mercenaire; depuis les expériences de la transmission de la tuberculose par le lait des vaches pommelières, il n'est plus un médecin qui puisse émettre une pareille allégation.

C'est surtout dans le confinement nocturne que réside le danger de la vie en commun avec les phthisiques; quand l'air a été largement renouvelé, quand la ventilation est continue, libérale, on peut impunément circuler et même séjourner dans les locaux qu'ils habitent. Cette ventilation continue est un bienfait pour le malade aussi bien qu'une prophylaxie pour ceux qui l'environnent, et sans aller aussi loin que MM. Bennett et Mac Cormac pour qui la première condition du traitement de la phthisie est l'ouverture permanente des fenêtres pendant la nuit, on ne saurait trop blâmer, au point de vue qui nous occupe, le méphitisme auquel on condamne d'ordinaire les tuberculeux pendant la nuit. La crainte des courants d'air et des refroidissements conduit à l'occlusion sévère de toutes les issues, à l'adoption de portières, de rideaux superposés, d'alcôves; ces dernières devraient être rigoureusement proscrites, elles sont nuisibles plus encore pour le malade que pour ses proches. Pendant toutes les heures que le malade passe hors de sa chambre, et tant que cela est possible, il ne doit pas y rester d'une façon continue, les fenêtres seront largement ouvertes, sauf à allumer un feu clair quelques instants avant d'y rentrer. Il est indispensable d'y assurer une ventilation permanente, même pendant la nuit, soit à l'aide d'orifices étroits et multiples placés au voisinage du plafond, soit en utilisant et en favorisant l'appel d'air par les cheminées. Cette ventilation continue, sur laquelle insistent justement MM. Peter et Jaccoud, n'expose nullement aux refroidissements quand elle est bien ménagée; c'est une des meilleures sauvegardes contre tout danger de contamination, et les membres d'une famille peuvent ainsi circuler et même séjourner impunément pendant le jour dans la chambre réservée à un phthisique. Il va sans dire que l'hygiène ne saurait approuver le maintien des salles communes d'inhalation qui existent encore dans certaines stations fréquentées surtout par les tuberculeux, et où malades et suspects respirent, crachent et éternuent au milieu d'une atmosphère lourde, humide, dans une promiscuité respiratoire regrettable.

Les produits de l'expectoration sont sans contredit l'agent principal de la transmission de la tuberculose; nulle part on ne trouve autant de bacilles que dans les crachats; la virulence de ceux-ci est extrême; la fréquence des localisations pulmonaires permet de supposer que le principe morbide a pénétré par la voie respiratoire; on pourrait dire que la désinfection des crachats constitue presque toute la prophylaxie de la tuberculose. Dans les périodes avancées de l'affection, quand le poumon est criblé de cavernes, les malades, par suite de faiblesse, d'insouciance, parfois de délire, souillent tout ce qui les environne du produit inces-

(1) Nous ne pouvons, en raison de son étendue, reproduire en entier le remarquable rapport de M. Vallin; mais nous tenons au moins à en donner la deuxième partie, la plus neuve, la plus personnelle.

sant de l'expectoration : le sol, leurs vêtements, la literie, etc. Dans certains hôpitaux, quand ils sont trop faibles pour saisir leur crachoir, ou pour éviter qu'ils ne le renversent, on le remplace par un drap d'alèze étendu sur le lit, et sur lequel ils projettent directement l'expectoration. M. le professeur Picot, de Bordeaux, vient d'attirer l'attention sur les chances de propagation que peut engendrer cette pratique. L'habitude de cracher dans un mouchoir est également mauvaise ; les poches des vêtements peuvent être souillées ; on déplace tous ces linges, on les secoue et le mucus desséché forme des poussières qui disséminent les germes.

La projection des crachats sur le sol est une source de danger sur laquelle M. Villemin a longuement attiré l'attention (1) ; le piétinement soulève du sol ainsi maculé des poussières dont l'absorption ne peut être innocente pour ceux qui les respirent ou qui les avalent dans les habitations privées, comme dans les habitations collectives, dans les casernes, les couvents, les ateliers, les prisons, où les phthisiques séjournent parfois longtemps au milieu d'un grand nombre de personnes saines, avant d'être envoyées à l'hôpital. Or les expériences de Schill et Fischer que nous allons citer prouvent que les crachats tuberculeux desséchés conservent encore toute leur virulence au bout de trois mois (95 jours); c'est seulement au bout de sept mois (226 jours) que leur inoculation reste sans effet.

Le médecin doit donc veiller à ce que l'expectoration des phthisiques soit recueillie *exclusivement* dans des crachoirs; ceux-ci doivent être faciles à nettoyer et à désinfecter et quand ils servent à l'usage exclusif d'une personne, à orifice étroit et à couvercle mobile. D'après les recherches récentes de MM. Schill et Fischer (2), assistants de Koch, à l'Office sanitaire impérial de Berlin, les crachats tuberculeux à l'état frais auraient une grande résistance à l'action des désinfectants: l'alcool absolu à haute dose, l'acide phénique à la dose de 5 à 10 pour 100, la solution saturée d'acide salicylique (?), l'acide acétique à 32 pour 100, l'eau saturée d'aniline, l'ébullition, seraient les seuls agents qui auraient détruit l'inoculabilité des crachats frais. Le sublimé, qui à la dose de 5 pour 1000 détruit la virulence des crachats desséchés, serait inerte même à la dose de 2 pour 100 ; de même l'iode, l'iodoforme, etc., qui coagulent le mucus à la surface des crachats frais, ce qui empêche la neutralisation des parties profondes.

Les recherches de MM. Schill et Fischer sont passibles de beaucoup de critiques dont la place n'est pas ici ; il est un grand nombre de substances qu'ils n'ont pas expérimentées, et dont l'emploi serait sans doute plus pratique que celui de l'alcool ou de l'eau d'aniline ; c'est un sujet qui demande de nouvelles études. Même dans l'état actuel de la science, on n'est pas désarmé. Ce qui importe avant tout, c'est de recueillir les crachats dans des vases spéciaux, de les empêcher de se dessécher et de se transformer en poussière. Pour ce dernier objet, n'importe quel liquide humectant de la sciure de bois fine ou du sablon pourrait suffire. Il vaut mieux toutefois employer des liquides antiseptiques ou antivirulents, quand même la destruction des bacilles ne serait pas obtenue d'une façon absolue et certaine. La poussière doit être simplement humide, et pour empêcher l'évaporation rapide de l'eau, on fera bien de mélanger à celle-ci le dixième de son volume de glycérine. Les liquides les plus recommandables nous paraissent être les suivants :

Chlorure de zinc liquide à 45°.	100 grammes.
Eau et glycérine............	1 litre.
Chlorure de chaux...........	50 grammes.
Eau..................	1 litre.
Acide phénique cristallisé....	5 grammes.
Eau......................	900 —
Glycérine.................	100 —
Acide thymique cristallisé....	2 grammes.
Alcool....................	50 —
Eau......................	900 —
Glycérine.................	50 —
Sulfate de cuivre cristallisé...	50 grammes.
Acide azotique.............	50 —
Eau......................	850 —
Glycérine.................	50 —

Malheureusement les odeurs fortes sont mal supportées par les phthisiques; elles provoquent la toux ou la nausée; il faut alors s'en tenir exclusivement aux substances fixes et inoffensives.

En tout cas, les crachoirs doivent être vidés au moins deux fois par jour; le mieux est de verser de l'eau bouillante sur les matières expectorées, et de jeter ce mélange dans la cuvette des cabinets; on plonge ensuite le crachoir dans de l'eau qu'on maintient à l'ébullition pendant quelques minutes. Il ne semble pas qu'il puisse y avoir inconvénient à jeter ces matières dans les fosses d'aisance ; il importe, au contraire, de ne pas vider les crachoirs sur les fumiers, sur le sol des jardins et des basses-cours, où les matières d'expectoration peuvent se dessécher et être dispersées par le vent sous forme de poussière.

Les mouchoirs et les linges qui auraient accidentellement recueilli les crachats devraient être plongés dans l'eau bouillante, puis exprimés avant d'être envoyés au blanchissage.

Ces précautions sont d'un emploi facile; elles ne sont pas moins nécessaires dans les habitations privées que dans les hôpitaux, où elles devraient être l'objet d'une surveillance attentive.

Mais il est des lieux où le danger est plus grand encore, et où l'on ne saurait prendre trop de précautions pour éviter la dissémination des crachats. Nous voulons parler des stations thermales fréquentées presque exclusivement par des phthisiques, où ceux-ci se promènent ou séjournent pendant un grand nombre d'heures dans des galeries, dans des salles de réunion, dont ils souillent parfois le sol du produit de l'expectoration. Il ne suffit pas de multiplier les crachoirs ; ils ne sont pas à portée, ou l'on manque le but ; le sol est fréquemment maculé. Un des médecins les plus distingués de nos stations pyrénéennes, M. le docteur Valery Meunier, est venu récemment nous soumettre ses préoccupations et nous demander notre avis sur les mesures à prendre dans les établissements qu'il inspecte. L'aspersion permanente de sciure de bois ou de sable phéniqué n'aurait d'autre effet que de diminuer le scrupule des promeneurs. On a songé à remplacer les crachoirs par des rigoles latérales, en marbre ou en ardoise, à fleur de sol, incessamment lavées par un courant d'eau; mais l'aspect en serait répugnant. Il nous paraît préférable de multiplier les crachoirs contenant des poussières humides et désinfectantes, de répandre la même poudre sur le sol deux ou trois fois par jour, au moment de la moindre fréquentation des couloirs et des salles, et de procéder immédiatement au balayage; passer ensuite sur les dalles un linge humecté d'une solution phéniquée ou de chlorure de zinc ; chaque opération peut se faire en quelques minutes, et prévient tout dégagement de poussière.

Ces mesures sont, en somme, aisément applicables quand il s'agit de couloirs et de salles de réunion dallés ; les difficultés sont plus grandes dans une chambre où la négligence, les accidents des derniers jours, ont souillé des produits de l'expectoration les tapis, les rideaux, les tentures, le parquet.

Dans une grande ville, dans une maison particulière, après

(1) Villemin, *De la propagation de la phthisie*, Académie de médecine, 13 avril 1869 et *Gazette hebdomadaire*, 1869, p. 264.

(2) *Ueber die Desinfection des Auswurfs der Phthisiker*, von E. Schill et B. Fischer, Mittheilungen aus dem Kaiserlichem Gesundheitsamte, 1884, p. 131-146. Analysé par Zuber, *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, juin 1884, p. 508.)

le décès d'un tuberculeux, il faut faire enlever les rideaux et les tentures en étoffes qui ne peuvent se laver, et les faire passer à la vapeur à + 100 degrés.

Les objets métalliques en fer et en cuivre seront enlevés ou graissés, et l'on fera brûler dans des réceptacles plats, en fer, avec les précautions d'usage, 30 grammes de fleur de soufre par mètre cube de l'espace; une précaution utile sera de soumettre à l'ébullition, pendant un quart d'heure, une certaine quantité d'eau au milieu de la chambre, avant de commencer la fumigation, afin de déposer de la vapeur condensée sur les murailles et dans leurs fissures, et de fixer ainsi le gaz acide sulfureux très soluble dans l'eau. Les expériences que nous avons faites (1) sur la neutralisation du suc tuberculeux par divers agents désinfectants et antivirulents nous paraissent prouver que ces fumigations, à la dose que nous indiquons, sont capables de donner toute sécurité; du même coup, on purifie les tapis qu'on laisse en place, les murailles et même la literie, qu'on peut étaler sur les meubles pour en rendre toutes les parties accessibles aux gaz sulfureux; il vaut mieux encore faire faire l'épuration de toute la literie par la vapeur à + 100 degrés centigrades. Les objets désinfectés par l'acide sulfureux s'imprègnent d'une odeur fade, assez désagréable et tenace; après l'opération principale, qui dure au plus vingt-quatre heures, il est bon de laisser la fenêtre de la chambre largement ouverte, jour et nuit, pendant huit jours et plus, et de ne l'occuper de nouveau qu'au bout d'un mois.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 15 JUILLET 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

DISTRIBUTION TOPOGRAPHIQUE DES DÉGÉNÉRATIONS SECONDAIRES CONSÉCUTIVES AUX LÉSIONS DESTRUCTIVES DES HÉMISPHÈRES CÉRÉBRAUX CHEZ L'HOMME ET CHEZ QUELQUES ANIMAUX. (Note de M. *A. Pitres.*) — Après avoir exposé les lois qui président au développement des dégénérations du faisceau pyramidal chez l'homme à la suite des lésions destructives partielles des hémisphères cérébraux, l'auteur fait connaître les expériences comparatives qu'il a entreprises sur certains animaux.

Les résultats qu'elles lui ont donnés sont les suivants :

Les communications anatomiques qui unissent le cerveau et la moelle ne sont pas établies sur un type uniforme chez tous les vertébrés.

Chez l'homme, une grande partie des fibres qui partent des régions motrices de l'écorce cérébrale se prolongent directement jusque dans la moelle épinière, où elles se terminent. *Chez lui les fibres cortico-médullaires sont relativement peu abondantes.*

Chez le chien et le chat, la majeure partie des fibres qui partent des régions excitables de l'écorce cérébrale s'arrêtent dans les noyaux gris de la protubérance et du bulbe, et *les fibres cortico-médullaires sont relativement peu abondantes.*

Chez le lapin et le cobaye, toutes les fibres qui partent des régions excitables des hémisphères cérébraux s'arrêtent dans la protubérance ou le bulbe; *il n'y a pas de fibres cortico-médullaires directes.*

Enfin chez les pigeons et les poules, les lobes cérébraux ne sont pas réunis par des faisceaux distincts aux parties sous-jacentes de l'axe nerveux. Il n'y a pas chez eux de faisceau pyramidal ou, tout au moins, ce faisceau, s'il existe, n'a pas son point de départ dans les lobes cérébraux.

(1) Vallin, *Note sur les neutralisants du suc tuberculeux*, lue à l'Académie de médecine le 16 janvier 1883 (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1883, p. 89).

Ces différences dans les rapports qui unissent le cerveau aux centres nerveux inférieurs, chez l'homme et chez les animaux ci-dessus indiqués, donnent la clef des opinions contradictoires émises par les cliniciens d'un côté et par les physiologistes de l'autre, touchant les localisations cérébrales motrices.

PERCEPTION DES DIFFÉRENCES SUCCESSIVES DE L'ÉCLAIRAGE. (Note de M. *Aug. Charpentier.*) — Nous avons déjà à plusieurs reprises rendu compte des recherches de M. Aug. Charpentier sur la perception des couleurs. Aujourd'hui le même auteur communique à l'Académie les résultats de ses dernières recherches, faites à l'aide d'une nouvelle méthode, sur la perception des variations de clarté successives d'une même surface.

C'est ainsi qu'il a constaté que : 1° à égale intensité *lumineuse* des couleurs la sensibilité différentielle successive est d'autant plus délicate que la couleur est moins réfrangible; 2° à égale intensité *chromatique* ou *visuelle*, cette fonction est indépendante de la nature des couleurs. De là cette conclusion que les lois déjà établies pour la perception des différences *simultanées* de l'éclairage sont les mêmes pour les différences *successives*.

La seule distinction existant entre ces deux modes de perception différentielle consiste en ce que la perception *différentielle simultanée* décroît progressivement et mutuellement du centre à la périphérie de la rétine, tandis que la perception des *variations successives* conserve sensiblement la même valeur dans toutes les parties du champ visuel et paraît même être un peu plus délicate dans une zone moyennement excentrique de ce dernier.

DE L'ACTION DU CAFÉ SUR LA COMPOSITION DU SANG ET LES ÉCHANGES NUTRITIFS. (Note de MM. *Couty*, *Guimaraes* et *Nicobey.*) — M. *Vulpian* présente une nouvelle note de MM Couty, Guimaraes et Nicobey, dont la conclusion est que le café est un aliment complexe, agissant surtout par les modifications intermédiaires qu'il imprime aux phénomènes de nutrition et de fonctionnement général. Il rend l'organisme capable à la fois de consommer et de détruire en plus grande proportion les éléments azotés, et par suite, il doit être considéré comme un fournisseur indirect de travail, indispensable à tous ceux qui ont besoin de beaucoup de forces disponibles.

LE CHOLÉRA ET LE PRIX BRÉANT. — Cent soixante-neuf mémoires différents sur le choléra, tous écrits en langue espagnole, figurent parmi les pièces de la correspondance de la semaine. Une pareille avalanche s'explique par ce fait qu'un journal espagnol a annoncé tout récemment que l'Académie devait décerner un prix de cent mille francs à celui qui aurait trouvé le moyen de guérir le choléra asiatique.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 15 JUILLET 1884.— PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

ÉLECTION. — Par 64 voix sur 74 votants, M. *Cornil* est élu membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique. M. Voisin obtient 8 voix et M. Grancher, 2.

CHOLÉRA. — Dès le début de la séance, M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre de M. le ministre du commerce, dans laquelle celui-ci déclare que les mesures appliquées ou proposées dans le but de prévenir l'extension de l'épidémie qui frappe Toulon et Marseille et d'en atténuer les effets présentent des divergences qui troublent profondément l'opinion publique. Les unes, qui lui ont été soumises par le Comité consultatif d'hygiène publique de France, ont reçu sa pleine et entière approbation; mais d'autres, inspirées également par le souci de s'opposer à la marche de l'é-

pidémie, ont été prises par diverses autorités administratives ou municipales, et l'utilité de quelques-unes de ces dernières a paru fort contestable. Aussi a-t-il pensé qu'il était de l'intérêt de la santé publique de coordonner les diverses mesures de prophylaxie, de manière qu'une vue d'ensemble préside à leur application, et il lui a paru utile de soumettre à une discussion publique devant l'Académie de médecine les moyens de préservation proposés tant par le Comité d'hygiène que par les autres autorités : ceux de ces conseils qui recevraient l'approbation de l'Académie acquerraient ainsi une plus haute valeur. Il a chargé M. le docteur Brouardel, président du Comité consultatif d'hygiène publique, d'exposer les opinions du Comité devant l'Académie. Il insiste pour qu'elle se prononce dans sa séance du mardi 15 de ce mois, et pour que, le jour même, le résultat de sa délibération lui soit transmis.

M. *Brouardel* rappelle que, le 1er juillet dernier, M. le ministre du commerce a désigné quelques-uns des membres du Comité consultatif d'hygiène de France pour constituer une commission dite du choléra. Cette commission se compose de MM. Brouardel, président, Pasteur, Peter, Legouest, Rochard, Gallard, Vallin et Nicolas, directeur du commerce intérieur. C'est elle-même qui a prié le ministre de soumettre à l'Académie les mesures qu'elle lui a proposé de prendre dans le but d'atténuer les ravages de l'épidémie qui frappe en ce moment Toulon et Marseille.

La Commission espère qu'au cours de la discussion surgira quelque proposition nouvelle, qu'elle s'empressera de soumettre à l'approbation ministérielle. De plus, elle se trouve en présence de mesures nombreuses prises ou conseillées par des administrations différentes et dont plusieurs lui ont paru impraticables ou excessives.

Armées par la loi du 5 avril 1884, les municipalités, excitées par le légitime désir de protéger leurs concitoyens, prennent sur les divers points du territoire les mesures les plus variées sans aucune coordination avec celles qui sont adoptées par les municipalités voisines. Nice interdit l'accès de la ville à tout étranger qui n'aura pas fait une quarantaine de cinq jours. Hendaye interdit le passage dans sa gare des provenances d'Espagne alors que cette contrée n'est pas contaminée. D'autres villes, telles que Ruffec, demandent à transformer leurs gares en lazarets, au risque de créer des foyers capables de propager l'épidémie par la réunion, dans le point le plus fréquenté de la ville, des quarantaines et des marchandises provenant des contrées envahies. Il appartient à l'Académie de discerner et d'indiquer la règle à suivre, de rétablir une unité de vue indispensable pour servir de guides aux autorités locales et aux individus.

La préservation du territoire sain par l'isolement des foyers contaminés est le moyen qui, à priori, semble le plus simple, celui qui a été le premier proposé et expérimenté lors de l'épidémie de 1830-1832. Cette séquestration est possible et efficace lorsqu'il s'agit d'îles ou de pays ne communiquant entre eux que par la mer. L'exemple de l'île de Crète et de la Sicile en 1865 prouve qu'elle est alors justifiée. Mais elle n'a jamais réussi dans l'Europe continentale, ni en Autriche, ni en Russie, ni en Prusse, où on en fit l'essai pendant la première épidémie. Partout les cordons sanitaires ont été débordés et sont devenus eux-mêmes des agents de transmission pour l'épidémie.

En France, d'ailleurs, comment séquestrer les pays contaminés? Le cordon sanitaire devrait-il faire usage de ses armes contre les populations affolées?

Quant à l'isolement d'une ville, d'une commune, d'une réunion d'hommes avant qu'elle soit contaminée, il a été appliqué, il est vrai, avec succès, en 1831, à Peterhof et à Tsarkoe Sélo, où la cour de Russie, comptant 10000 personnes, s'était séquestrée. Ce mode protecteur peut être utilisé exceptionnellement. Il l'a été par la troupe, à Toulon, dès le début de l'épidémie et, jusqu'à ce jour, la préservation a été presque complète.

Mais, pour être efficace, il doit être appliqué sans distinction à tous les étrangers, car la propagation du choléra a surtout pour cause le voyageur en puissance de maladie pendant cinq ou six jours et peut-être même pendant un temps beaucoup plus long. Il ne faut pas compter sur une désinfection qui, pour les objets, ne pourrait être vraiment effectuée que par le surchauffement ou le trempage et qui d'ailleurs, pour les personnes en puissance de choléra, serait complètement illusoire.

Les fumigations ne peuvent être que dangereuses sans utilité : elles n'ont que les apparences de l'hygiène, qu'elles compromettent en inspirant une sécurité trompeuse.

Sommes-nous donc désarmés? La Commission du choléra ne le pense pas. Chacun est maître de restreindre son danger personnel par son hygiène propre et celle de sa maison.

La Commission ne soumettra pas à l'Académie tous les détails des instructions qu'elle a formulées. Elle résumera seulement les idées générales qui l'ont guidée et indiquera les conséquences qui s'en déduisent.

Les faits observés établissent que les matières excrémentitielles sont l'agent le plus puissant de transmission du choléra si elles ne sont pas détruites par des agents énergiques.

La Commission a donc conseillé d'isoler autant que possible tout cholérique, de désinfecter ses matières, de détruire par le feu, s'ils ont peu de valeur, les vêtements souillés, les linges tachés ou de les plonger de suite dans de l'eau en ébullition, ou dans une solution de sulfate de cuivre, de chlorure de zinc, de chlorure de chaux, de désinfecter la chambre après guérison ou après décès à l'aide de l'acide sulfureux. Mêmes précautions pour ceux qui soignent un cholérique.

Le choléra ne se propage point par l'air. Mais il est bon de tenir propres les fosses d'aisance. Il faut éviter tout excès; ne boire que de l'eau bouillie, ne manger que des légumes ou des fruits cuits; éviter de provoquer l'apparition des troubles intestinaux par l'ingestion immodérée de liqueurs alcooliques, de glaces, de mets de digestion difficile ou par des refroidissements, des bains froids, etc.

La Commission a demandé que les voyageurs eux-mêmes fussent surveillés; que les médecins fussent présents à l'arrivée des trains, chargés de donner des soins immédiats aux personnes malades, de les placer dans des maisons choisies à cet effet près des gares, et de les empêcher de continuer leur route.

Le rôle des municipalités est de veiller à la stricte observation des mesures qui échappent à l'action individuelle. Elles doivent éviter les grandes agglomérations humaines. Elles doivent surveiller la qualité des denrées alimentaires, la pureté des eaux, veiller à ce que les cholériques ne puissent séjourner dans les hôtels ou les auberges, à ce qu'après la mort ils soient mis en bière et inhumés dans le plus bref délai, etc.

La Commission a indiqué, parmi les désinfectants, en dehors de l'étuve, sèche ou humide, le sulfate de cuivre, le chlorure de zinc, le chlorure de chaux. Elle n'a pas cru devoir recommander le sublimé à cause de ses propriétés toxiques.

Tel est le sens général des décisions prises par la Commission du choléra. Elle a tenu à les soumettre à l'approbation de l'Académie. La Commission les résume dans les propositions suivantes :

1° Les quarantaines terrestres, quelle que soit la forme sous laquelle on les établisse, sont impraticables en France.

2° Les pratiques de désinfection imposées aux voyageurs et à leurs bagages dans les gares de chemins de fer sont inefficaces et illusoires.

3° Il y a lieu d'établir sur les lignes de chemins de fer, dans les grandes gares, des postes de surveillance médicale

pour donner des soins aux malades atteints par l'épidémie et les isoler des autres voyageurs.

4° Les mesures de préservation efficace sont celles que chaque personne doit prendre pour elle-même et pour sa maison.

Le devoir des municipalités est de veiller à ce que les prescriptions relatives à l'isolement des malades, à la désinfection des linges, vêtements, chambres, etc., soient rigoureusement accomplies, et à ce que les précautions d'hygiène privée et générale soient exécutées dans toute leur rigueur.

— L'Académie renvoie le rapport de M. Brouardel à l'examen d'une commission composée de ceux des membres de la section d'hygiène qui se trouvent présents à la séance. Cette commission, qui se réunit immédiatement, est chargée de donner son avis séance tenante. En attendant, l'Académie procède à une élection et entend une communication de M. Léon Colin.

Communication de M. Léon Colin. — L'auteur lit un mémoire qu'il avait écrit en réponse au discours de M. Fauvel.

Contrairement à l'opinion de son collègue, M. Colin déclare que pour lui, dès le principe, il a été fixé sur la nature de l'épidémie de Toulon et sur la nécessité d'instituer la prophylaxie du *choléra asiatique*.

M. Colin déclare que ses études antérieures sont peu favorables à l'opinion récemment formulée par M. Koch (de Berlin) de l'influence salutaire des sécheresses qui, suivant le savant allemand, empêcheraient le développement des microbes cholérigènes. L'auteur estime en outre que c'est à tort que les eaux de boisson contaminées par les déjections cholériques ont été incriminées comme étant les agents les plus actifs de la contagion.

— Au bout de quinze ou vingt minutes, la Commission rentre dans la salle des séances, et M. *Lunier*, rapporteur, monte à la tribune pour donner lecture du rapport de cette commission et en soumettre les conclusions à l'approbation de l'Académie.

Ces conclusions ne sont autres que celles du rapport de M. Brouardel telles que nous les avons reproduites plus haut et qui ont été adoptées, sauf d'infimes modifications de détail, à la suite d'une discussion confuse à laquelle ont pris part MM. Dujardin-Beaumetz, Colin (d'Alfort), Brouardel, Proust, Besnier, Béclard, Tarnier, Hardy, Gueneau de Mussy (Noël), Larrey, Legouest, Bucquoy, Villemin, Lagneau, Hervieux, J. Guérin et M. le président Alph. Guérin.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 11 JUILLET 1884. — PRÉSIDENCE DE M. BUCQUOY.

Instruction sur les mesures à prendre en cas de choléra (présentation de brochure) : M. E. Vallin. — A propos du choléra. Hygiène hospitalière : MM. E. Besnier, Martineau, Gérin-Roze. — Rapport sur la contagion de la tuberculose et sa prophylaxie : M. E. Vallin.

M. *E. Vallin* offre à la Société la nouvelle édition de la brochure sur les *mesures à prendre en cas de choléra*, contenant les instructions qu'il a rédigées l'an dernier sur la demande de la Société de médecine publique.

— M. *E. Besnier* est d'avis que si l'intensité de l'épidémie cholérique et sa propagation à la ville de Marseille ne légitiment pas la panique générale, du moins elles obligent les médecins à se préoccuper des mesures à prendre pour agir le plus efficacement possible si le choléra éclate à Paris.

M. E. Besnier ajoute à ce propos que c'est avec un profond étonnement qu'il a pris connaissance, par les récits des journaux politiques, de la visite de M. le professeur Koch à Marseille. M. Koch semble être venu en France bien moins pour étudier le choléra que pour passer une inspection des dispositions prises contre l'épidémie, et faire une conférence aux médecins de Marseille. Si la municipalité de cette ville ne sait à quoi s'en tenir relativement aux mesures à prendre dans les circonstances actuelles, ce n'est pas à M. Koch qu'elle doit s'adresser. Il est probable que les médecins français ne rencontreraient pas en Allemagne un accueil semblable à celui qui a été fait au professeur de Berlin.

M. E. Besnier fait savoir que la Commission d'hygiène des hôpitaux s'est réunie pour aviser aux dispositions urgentes en vue de l'épidémie possible. Les cholériques seront tout d'abord placés dans deux établissements spéciaux, l'hôpital des Mariniers, sur la rive gauche, près de la ligne de Versailles, et l'hôpital Bichat; c'est donc 400 lits environ dont on pourra disposer, et cela suffira pendant les quinze ou vingt premiers jours, à moins que le choléra n'éclate avec une intensité considérable à la suite des fêtes du 14 juillet. Il faut, d'ailleurs, dès maintenant s'occuper d'aménager des services d'isolement dans chaque hôpital pour soigner les cas de choléra déclarés dans les hôpitaux généraux ou ceux qui seront conduits la nuit dans ces hôpitaux et ne pourront être transportés dans les établissements spéciaux. A l'hôpital Saint-Louis, les baraquements construits pour les varioleux seront affectés à cet usage, mais ils offrent une organisation défectueuse, les déjections des malades étant reçues dans deux tinettes filtrantes, surplombant le jardin de l'hôpital, puis, de là, les liquides se rendant dans l'égout commun, qui passe sous les salles du rez-de-chaussée, et enfin dans l'égout de la rue. La nécessité de la désinfection complète et immédiate des déjections s'impose donc d'une façon absolue; elle est malheureusement peu pratique lorsqu'il s'agit d'un grand nombre de cholériques réunis. En tout cas, il faut s'efforcer de faire *le moins mal possible*, et tous les médecins des hôpitaux doivent, dès aujourd'hui, étudier cette question pour chaque établissement en particulier; peut-être sont-ils trop habitués à s'en reposer sur l'administration, et négligent-ils même, parfois, de signaler les réformes les plus urgentes.

M. *Martineau* demande à M. E. Besnier de préciser les mesures qu'il compte prendre, car il existe à Lourcine des baraquements analogues à ceux de Saint-Louis, et il désire régler sa conduite sur celle de M. Besnier si l'on affecte ces baraquements au service des cholériques. Il fait, dès maintenant, désinfecter les matières des malades au chlorure de chaux, et fait laver deux fois par jour les cuvettes des cabinets avec la solution de chlorure de zinc. Il regrette que l'administration ait refusé de fournir du vinaigre de Pennès pour faire des pulvérisations sur la literie.

M. *E. Besnier* s'efforcera d'obtenir la désinfection immédiate et complète des selles. Peut-être pourra-t-on obtenir la crémation des matières au moyen des chaudières à bitume; M. Lailler étudie cette question. Quant au vinaigre de Pennès, il est rayé, en effet, de la liste des substances mises à la disposition des médecins des hôpitaux; c'est d'ailleurs un antiseptique d'odeur agréable plutôt qu'un véritable désinfectant; il est bien moins énergique que le chlorure de zinc.

M. *Gérin-Roze* réclame de nouveau, ainsi qu'il l'a fait dans la précédente séance, la distribution d'eau filtrée dans les hôpitaux pour les malades et les infirmiers; il rappelle que les tisanes elles-mêmes sont faites avec de l'eau non filtrée.

Il fait observer à M. E. Besnier qu'il ne suffit pas toujours de signaler à l'administration les réformes nécessaires pour les obtenir à coup sûr. En effet, pour éviter les dangers de contamination des enfants sains dans les visites faites aux petits frères ou sœurs malades dans les hôpitaux d'enfants,

il avait demandé à l'administration de s'opposer à ce que les enfants au-dessous de seize ans pussent entrer dans ces établissements, les jours de visite, avec les parents. Cette sage mesure a été repoussée comme trop radicale. — Il a alors réclamé une pancarte avertissant du danger que courent les enfants sains à séjourner toute une matinée dans la salle de consultation des enfants malades. La pancarte est promise depuis plus de quinze jours, mais il l'attend encore.

M. *E. Besnier* fait remarquer que trois hôpitaux seulement ne possèdent pas d'eau filtrée et que, d'ailleurs, les filtres sont parfois, bien plus que l'eau non filtrée, une source de dangers; en effet, un filtre mal entretenu, ce qui est fréquent, est une cause puissante d'infection, ainsi que l'a démontré M. Vallin. Cette question est donc complexe et n'est pas jusqu'ici parfaitement résolue.

— M. *Ferrand* offre à la Société une brochure du docteur Sauvet (de Marseille) renfermant l'éloge du docteur Fabre, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à Marseille, décédé subitement dans cette ville à l'âge de quarante-sept ans.

— M. *E. Vallin* donne lecture de son rapport sur *la contagion de la tuberculose et sa prophylaxie*, fait au nom d'une commission composée de MM. Villemin, Millard, Grancher, Debove, C. Paul et Vallin, rapporteur. Ce rapport comprend deux parties : Dans la première, M. E. Vallin recherche *si la tuberculose est transmissible*. Il étudie la question au double point de vue expérimental et clinique; retrace l'historique des recherches de Villemin, de Giboux, de Chauveau, Parrot, Toussaint, Gerlach, Johne, H. Martin, Koch, etc., relate les divers procédés d'inoculation directe, ou d'introduction de la matière tuberculeuse par les voies respiratoires et les voies digestives, et montre que les résultats positifs des inoculations, chez les animaux, sont aujourd'hui établis de façon incontestable. Il rappelle ensuite les idées qui ont régné depuis Morgagni sur la réalité de la transmissibilité de la tuberculose de l'individu malade à l'individu sain, et relate, d'après nombre d'auteurs, et en particulier d'après les documents réunis en Angleterre par l'enquête de l'Association médicale britannique, un ensemble fort intéressant d'observations cliniques démontrant le fait de la transmission et les conditions dans lesquelles elle s'opère : vie commune, promiscuité, imprégnation lente et continue des individus en état de réceptivité. L'inoculation directe est plus rare. « Il ne faut pas méconnaître le danger, dit M. Vallin, mais il faut se garder de l'exagérer, de considérer les tuberculeux comme des pestiférés, et de leur diminuer ces soins délicats qui leur sont si nécessaires, dont ils sont si reconnaissants, et qu'il est si doux de donner, en pareil cas, à l'un des siens. » Il suffit d'éveiller l'attention sur la réalité ou la possibilité du danger, et d'instituer une prophylaxie bien entendue.

La seconde partie est consacrée aux *règles prophylactiques* et présente un haut intérêt pratique (voy. p. 482).

M. E. Vallin formule en terminant, au nom de la Commission, les conclusions suivantes : La transmissibilité de la tuberculose par les malades est probable quoiqu'elle ne soit pas rigoureusement démontrée. Elle se fait surtout par l'intermédiaire des crachats et de l'air expiré. Bien que l'isolement des malades ne soit pas nécessaire, il importe de prendre certaines mesures prophylactiques pour écarter les chances de transmission aux personnes qui sont en rapport habituel avec eux.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

ANDRÉ PETIT.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 9 JUILLET 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Traitement du cancer de l'utérus; suite de la discussion : MM. Labbé, Marchand, Terrier, Lucas-Championnière, Trélat, Verneuil. — Elongation et arrachement du nerf dentaire inférieur pour névralgie rebelle : M. Monod.

M. *Labbé* communique ce que son expérience lui a appris relativement au traitement du cancer de l'utérus. Et d'abord quelle forme de cancer de l'utérus est justiciable d'une opération? Ce n'est assurément pas la forme squirrheuse, ayant envahi les culs-de-sac et le vagin, il ne peut être question que de la forme épithéliale. Appliquée à cette dernière variété, l'extirpation totale de la matrice n'a donné que des résultats bien peu satisfaisants, si l'on consulte les observations des chirurgiens étrangers et celles des chirurgiens bordelais. On ne devrait d'ailleurs la pratiquer qu'après s'être préalablement assuré de l'intégrité du vagin et des ganglions pelviens; la voie vaginale semble, jusqu'à nouvel ordre, préférable à la voie hypogastrique. On a dit qu'une condition indispensable à l'opération partielle ou totale était l'abaissement de l'utérus, cela est vrai si l'on place la malade dans le décubitus dorsal; mais en la mettant dans la position de l'opération de la fistule vésico-vaginale, et en se servant du spéculum de Sims, rien n'est plus facile que d'agir largement sur l'organe sans exercer sur lui la moindre traction. Relativement au choix à faire comme instrument d'exérèse entre l'anse galvanique, l'écraseur et le serre-nœud, M. Labbé donne la préférence à l'anse galvanique, qu'il a déjà préconisée dans un mémoire en 1874.

Autant que les circonstances le permettent, on doit toujours tenter quelque chose contre le cancer utérin; l'intervention rendra souvent d'importants services aux malades en palliant des symptômes alarmants, et parfois elle prolongera d'une façon inespérée la vie des patientes. En 1872, M. Labbé a opéré une malade présentant un épithélioma du col, reconnu tel par le microscope. Cette femme vit encore. Il y a trois ans, il a évidé au galvano-cautère un col épithéliomateux; la malade jouit depuis ce moment d'une excellente santé. Comme l'a fait remarquer M. Polaillon, il importe de compléter l'action du galvano-cautère par des applications caustiques. M. Labbé, dans ce but, se sert avec avantage de la pâte de Canquoin, qui est éminemment hémostatique. Tous ces moyens palliatifs sont non seulement indiqués, mais même commandés dans certains cas. On doit combattre les symptômes des cancers utérins au même titre que l'on combat les symptômes des cancers internes, de la tuberculose, des affections cardiaques, etc.

M. *Marchand* partage les idées émises par M. Labbé sur l'utilité du traitement palliatif du cancer de l'utérus. Ne fait-on pas des opérations très graves pour calmer les souffrances et prolonger la vie de malades atteints d'affections aussi incurables, par exemple la colotomie dans le cancer ano-rectal? Le cancer utérin, comme il a été déjà dit au cours de cette discussion, a bénéficié parfois pour un temps très long de l'intervention. La statistique de Schrœder, qui porte sur 811 cas, est très instructive à cet égard. Ce chirurgien se sert de préférence de l'instrument tranchant. Il a opéré certaines malades en réséquant seulement par la voie abdominale le corps de l'utérus et laissant le col comme pédicule. Dans ces cas, la récidive paraît plus rapide.

M. *Terrier* fait remarquer à M. Marchand qu'il semble faire une confusion entre les opérations palliatives et les opérations incomplètes; ce sont de ces dernières que M. Marchand veut parler. Or, si elles soulagent quelquefois les malades, elles sont le plus souvent inefficaces et dangereuses; jamais elles ne sauraient être curatives. Si l'on veut essayer la cure radicale du cancer utérin, il faut enlever la totalité

de l'organe. Jusqu'ici cette opération a été trop meurtrière pour qu'on la rapproche, par exemple, de l'ablation du sein; mais on est en droit d'espérer qu'elle deviendra peut-être un jour aussi peu dangereuse.

M. *Lucas-Championnière* rappelle ce qu'il a déjà dit, à savoir que les opérations partielles, en dehors des cas où leur urgence est commandée par certaines indications : hémorrhagie, douleur, ont des résultats trop souvent déplorables. C'est ainsi qu'un membre de la Société a cité, il y a quelque temps, le cas d'une malade qui, à la suite d'une de ces opérations, vécut encore dix-sept mois avec les ennuis d'une fistule vésico-vaginale surajoutée à son mal primitif. Si l'ablation totale de l'utérus était moins dangereuse, elle serait bien préférable à toutes les opérations partielles.

M. *Trélat* rappelle qu'il s'est servi de l'anse galvanique avant 1870, et que, dès cette époque, il a retiré profit de son emploi, contrairement à ce que faisait Demarquay, qui, armé de cet instrument, brûlait tout, sauf le col. En résumé, les moyens dont dispose la thérapeutique contre le cancer de l'utérus sont nombreux, mais infidèles; leur puissance s'efface en raison des dangers que leur emploi fait courir aux malades. Une seule opération serait radicale, ce serait l'ablation totale de l'organe, et encore à condition que les ganglions seraient indemnes. Lorsque, par des perfectionnements encore inconnus, mais non impossibles, on aura rendu faisable cette opération, c'est à elle qu'il faudra avoir recours. Jusque-là il faut se contenter des opérations palliatives, et surtout des pansements, qui sont encore les meilleures ressources offertes par la thérapeutique.

M. *Verneuil* repousse absolument, jusqu'à nouvel ordre, toute ablation totale de l'utérus; mais il est partisan des opérations partielles, lorsqu'on peut dépasser les limites du mal; il faut agir ici comme pour le cancer de la lèvre, c'est-à-dire opérer largement.

— M. *Monod* a pratiqué deux fois l'élongation et l'arrachement du nerf dentaire inférieur pour une névralgie rebelle de ce tronc nerveux. Le premier malade, opéré il y a treize mois, n'a pas vu sa névralgie récidiver. Le second subit d'abord l'arrachement du nerf à son entrée dans le canal, après trépanation préalable de la branche montante; au bout de six mois la névralgie reparut. M. Monod fit alors l'élongation et l'arrachement du nerf tout entier au niveau du tronc mentonnier; depuis le malade n'a plus eu aucune douleur.

M. *Tillaux* a fait trois opérations de ce genre; un de ses malades, opéré depuis douze à quinze ans, n'a plus eu aucune douleur. Autrefois il se servait du procédé de Michel, qui consiste à atteindre le nerf au niveau de l'épine de Spix. Maintenant il préfère la trépanation de la branche montante, qu'il perfore non avec le trépan, mais avec le ciseau et le maillet. Deux malades opérés ainsi ont guéri très vite et d'une façon définitive.

Alfred Pousson.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement d'un kyste du pancréas par l'opération, par M. Gussenbauer. — Un homme de quarante ans souffrait depuis trois mois d'une affection de l'estomac caractérisée par de la douleur, des vomissements, de l'amaigrissement. A son entrée à l'hôpital, on constate l'existence dans la région épigastrique d'une tumeur s'étendant jusqu'à l'ombilic, nettement délimitée, diminuant de largeur transversalement depuis le rebord costal gauche jusqu'à la région lombaire droite. Le diamètre horizontal médian atteint 18 centimètres et demi, et le diamètre oblique, dans la plus grande longueur, 22 centimètres. En gonflant artificiellement l'estomac, on peut voir la grosse courbure et le côlon transverse recouvrir transversalement la tumeur; ces deux organes, lorsque les parois abdominales sont relâchées, peuvent être déplacés sur la tumeur qui suit les mouvements respiratoires. A la percussion, son skodique sur toute la surface, son mat lorsque les parois sont fortement appliquées sur la tumeur. Coloration brun grisâtre de la peau du malade. Diagnostic : kyste du pancréas ou de la capsule surrénale gauche; le mot de kyste hématique fut même prononcé. Les éléments de ce hardi diagnostic ne se dégagent pas bien de la lecture de l'observation.

L'opération consista à fixer la paroi kystique au péritoine de la paroi abdominale incisée, après séparation du côlon de la grosse courbure de l'estomac. Puis le kyste, fortement tendu, fut vidé partiellement avec le trocart, puis incisé. Le doigt, introduit dans la cavité, permit d'enlever des parois du kyste des portions plus adhérentes d'une masse brun noirâtre. D'ailleurs les parois étaient lisses; on pouvait pénétrer jusque dans la région du pancréas et pousser la paroi kystique postérieure jusque par-dessus l'aorte. Le liquide sorti (1900 grammes environ) contenait du sang modifié, pas de substance colorante de la bile, ni de métalbumine, de peptone ou de sucre, mais bien de l'albumine ordinaire, ainsi qu'un corps analogue à la mucine. D. 1,010.

Suites de l'opération favorables. Dans le cours de la seconde semaine, des masses de substance noirâtre, semblables à celles que l'opération avait permis d'enlever, s'éliminèrent spontanément par la plaie. Plus tard, la cavité se rétrécit considérablement et ne sécréta plus qu'un liquide incolore. Ce liquide, à réaction alcaline, digérait l'albumine, formait de la leucine et de la tyrosine, transformait l'amidon en sucre, et n'était donc pas autre chose que la sécrétion pancréatique. Le kyste était bien un véritable hématome du pancréas. Quatre-vingt-quatre jours après l'opération, le malade quitta l'hôpital; une petite fistule conduisait dans une cavité profonde de 3 centimètres; le liquide sécrété était peu abondant. (*Archiv für klin. Chir.*, t. XXIX, p. 355.)

Sur la résorption du manganèse dans l'organisme animal, par M. Cahn. — Travail de pharmacologie expérimentale du laboratoire de Strasbourg au moyen du citrate de manganèse et de soude.

1° Le manganèse, porté dans le torrent circulatoire, n'est pas absorbé par les corpuscules rouges.

2° Le métal est recueilli par les organes parenchymateux qui en déterminent la progression ultérieure. La plus grande partie est éliminée par la muqueuse intestinale, et quitte l'organisme avec les fèces.

3° Lorsque l'intestin est dans son intégrité ordinaire, il n'absorbe le manganèse en aucune proportion.

Vu le voisinage chimique et pharmacologique du fer et du manganèse, il est permis de supposer que les faits constatés par celui-ci seront aussi applicables à celui-là. Toutefois il est bon d'attendre les résultats d'expériences directes. (*Arch. für exp. Path.*, t. XVIII, p. 129.)

Travaux à consulter.

Hémorrhagie de l'estomac a la suite de lavage, par M. Michaelis. — L'intérêt de cette observation est dans le traitement. Pour sauver le malade, l'auteur dut recourir à la transfusion d'une solution de sel de cuisine (350 grammes environ). Opération laborieuse, mais suivie d'un effet favorable. (*Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 25.)

Du traitement hydriatique de la fièvre, par M. Naunyn. — Ce travail est l'exposé le plus méthodique et le plus complet de tout ce qui a été dit et écrit sur l'action des bains froids et sur

leur emploi dans les diverses maladies. Il suffit de signaler cette œuvre, qui ne se prête pas à l'analyse. (*Archiv für exp. Path.*, t. XVIII, p. 49.)

De la présence de l'acide oxybutyrique dans l'urine des diabétiques, par M. Minkowski. — Il s'agit d'un acide oxybutyrique spécial, caractérisé par son pouvoir rotatoire à gauche, identique, par conséquent, avec celui que Külz a désigné sous le nom d'acide *pseudo-oxybutyrique*. (*Archiv für exp. Path.*, t. XVIII, p. 35.)

De la kératine des os, par M. Smith. — Recherches entreprises pour contrôler celles de Brœsike (*Centralb.*, 1883), d'après lesquelles les membranes des canaux de Havers, des corpuscules osseux et de leurs prolongements se composeraient de kératine. Résultat entièrement négatif. (*Zeitsch. für Biologie*, t. XIX.)

Infection mixte de microbes de la pneumonie et de la tuberculose, par M. Samter. — Nous signalons ce travail sans y ajouter une foi absolue. L'idée est jolie, très à la mode en Allemagne, et paraît de nature à éclairer bien des cas obscurs. Elle a été émise pour la première fois, à notre avis, par M. Pasteur dans son travail un peu oublié sur la fièvre puerpérale. Dans deux cas de pneumonie tuberculeuse, l'auteur a trouvé dans les crachats simultanément les micrococcus de la pneumonie (Friedlander) et le bacille de la tuberculose (Koch). (*Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 25.)

BIBLIOGRAPHIE

Le choléra ; étiologie et prophylaxie, par M. A. Proust. Paris, G. Masson, 1883.

Ce livre avait été écrit alors que, il y a un an, une épidémie cholérique grave et meurtrière sévissait en Egypte et menaçait l'Europe. Annoncée par M. Fauvel, considérée par tous les épidémiologistes français comme la conséquence forcée de la négligence avec laquelle les autorités anglaises avaient surveillé les navires venus de Bombay, l'épidémie paraissait justifier les doctrines qui avaient été admises par les conférences de Constantinople et de Vienne. M. Proust ne pouvait donc qu'affirmer avec plus d'énergie que jamais l'autorité de ces doctrines. Il n'y a pas manqué, et cette étude résume avec une grande précision tout ce que l'on doit aux recherches si tenaces et presque toujours si concluantes de M. Fauvel.

Aujourd'hui surtout, alors même que les faits observés à Toulon et à Marseille donnent un démenti aux prévisions de l'éminent Inspecteur général des services sanitaires, il faut, en effet, reconnaître le mérite qu'il a eu de bien préciser ce qui, le plus souvent, reste vrai en matière d'épidémie cholérique. M. Fauvel s'est trompé sur le caractère de l'épidémie de Toulon. Il a affirmé qu'il s'agissait d'une épidémie locale parce que les rapports qu'il avait reçus ne lui permettaient pas de retrouver le bâtiment qui avait importé à Toulon une maladie manifestement exotique. Il n'a point voulu admettre, en l'absence d'une épidémie cholérique égyptienne, qu'il s'était produit à Toulon ce qui avait été observé si souvent, aussi bien dans le Hadjaz, qu'à Hambourg, Berlin, Londres, Aarau, Genève, etc., etc., c'est-à-dire une explosion nouvelle en apparence, mais évidemment due soit à une importation directe, soit à la reviviscence de germes anciens. Et cependant l'étude du livre de M. Proust démontre combien peut être longue la durée d'une épidémie cholérique, combien souvent il arrive que la maladie se réveille après une longue période d'accalmie, et combien dès lors il est difficile, aujourd'hui surtout que les communications commerciales sont si fréquentes et si rapides, de nettement indiquer par quelle voie le choléra a été importé dans une région depuis longtemps indemne.

Nous n'avons donc plus à résumer la marche des épidémies antérieures. Les conditions épidémiologiques se sont modifiées du tout au tout et, lorsqu'on voit le choléra se développer brusquement à Toulon, il faut admettre qu'il y a été importé, que ce soit par le *Shamrock*, par la *Sarthe* ou par un navire venu de n'importe où? Ce qui nous engage à signaler et à recommander aujourd'hui la lecture du livre de M. Proust, ce sont surtout les faits nombreux qu'il cite et qui nous paraissent démontrer que l'on aurait pu, dès le début de l'épidémie à Toulon, prendre, comme nous l'avons déjà dit, des mesures de prophylaxie aussi rigoureuses qu'efficaces.

Le choléra ne se manifeste en Europe, dit M. Proust, que lorsqu'il y a été importé. Il s'y transmet par l'intermédiaire des malades et les faits qui permettent d'établir l'origine des épidémies secondaires après l'arrivée dans une ville ou un village de cholériques atteints de diarrhée ou porteurs de vêtements ou de linges souillés par les déjections cholériques sont si nombreux et si connus, que point n'est besoin de les rappeler. Mais il est un autre argument que nous tenons à invoquer, non seulement, comme l'a fait M. Proust, pour démontrer l'étiologie du choléra, mais encore et surtout pour rappeler ce qui aurait pu être fait à Toulon. Nous voulons parler du résultat des mesures restrictives qui ont réussi à préserver certains lieux ou certains pays.

Les faits de Peterhoff et Tsarkoë-Selo, ceux observés en Sicile et en 1856 à Constantinople, sont tout à fait probants à ce point de vue. Nous en déduirons même un argument sur lequel M. Proust ne nous paraît pas avoir suffisamment insisté. Notre savant confrère admet, sans preuves certaines, que le choléra peut se transmettre par l'air ambiant, et il est certain que, dans bien des cas, les atteintes multiples de la maladie s'observant à des distances souvent lointaines ne peuvent s'expliquer par la contamination des fosses d'aisance ou l'ingestion d'une eau souillée par des matières cholériques. Cependant la préservation de la Sicile, alors que nombre de vaisseaux infectés passaient par le détroit de Messine, prouve la difficulté du transport à distance du miasme cholérique par l'atmosphère, aussi bien que la préservation des soldats et des gardiens de la prison d'Ebrach, qui ne se servaient point des fosses d'aisance contaminées par les nombreux prisonniers atteints du choléra.

D'autres faits non moins importants sont à relever dans le livre de M. Proust. Nous avons déjà cité, dans un précédent article, ceux qui prouvent que les hardes et les vêtements des cholériques peuvent conserver pendant *plusieurs mois* et transmettre après ce temps une maladie dont l'origine épidémiologique reste si souvent obscure.

Ces faits ne contredisent en rien les doctrines microbiennes qui tendent à prévaloir aujourd'hui. Ils les confirment plutôt. Certains microbes vivent presque indéfiniment dans des bouillons de culture appropriés et peuvent être réinoculés, plus virulents qu'au début, après un temps plus ou moins long. Ne comprend-on pas dès lors que le microbe cholérique puisse se trouver, à l'abri du contact de l'air, au milieu de linges, de hardes, de marchandises, etc., dans des conditions favorables à son développement et à sa reproduction? Ceux qui, à l'exemple de M. Koch, voudraient préciser avec une rigueur mathématique la durée de cette virulence et prétendre que quelques heures suffisent à dessécher sur un linge et à tuer l'agent infectieux de la maladie, s'exposeraient à recevoir des médecins qui observent sérieusement les faits de transmission cholérique de nombreux démentis.

Aussi ne partageons-nous point l'avis de M. Proust lorsqu'il dit : « Le miasme cholérique paraît volatil; il se mêle à l'air ambiant, qui semble être son *véhicule principal*, et il conserve toute son action dans un air confiné » (p. 83). Si le miasme cholérique paraît conserver longtemps toute son action dans un air confiné, c'est parce qu'il a trouvé dans un linge ou un vêtement souillés de déjections et imprégnés de substances albuminoïdes, qui peuvent être com-

parées à des bouillons de culture, les conditions de sa conservation et de son développement. Comme la plupart des microbes, il se détruit rapidement dans l'air extérieur. Plus grande est donc l'importance de l'eau, et la plupart des épidémiologistes s'accordent aujourd'hui à regarder l'eau de boisson comme étant le véhicule le plus ordinaire de l'agent cholérique et les voies digestives comme son réceptacle habituel.

Parmi les autres chapitres de ce livre auquel les conditions actuelles donnent un nouvel intérêt, nous devons citer sans pouvoir y insister, celui qui traite des expériences entreprises par divers savants, entre autres par Legros et Goujon, pour reproduire artificiellement le choléra. Ces expérimentateurs avaient soutenu que diverses espèces animales sont susceptibles de gagner la maladie. S'il en avait été ainsi, les inoculations tentées si souvent par M. Koch auraient réussi et l'on pourrait affirmer, sans crainte de démenti, que le microbe découvert par M. Koch est bien l'agent spécifique du choléra. Malheureusement il n'en est rien. Les inoculations ont échoué et dès lors un certain doute plane encore sur les recherches microbiologiques du savant allemand.

Quant aux conclusions prophylactiques que M. Proust déduit de ses recherches épidémiologiques, elles sont connues et paraissent aujourd'hui moins applicables depuis que l'on a vu l'épidémie de Toulon naître dans des conditions qui rappellent l'épidémie de l'année dernière, c'est-à-dire malgré les mesures prises dans les ports de la Méditerranée et alors que rien ne pouvait faire prévoir une importation nouvelle. S'il est vrai que, en raison des nécessités du commerce européen, l'on ne peut plus désormais empêcher l'arrivée dans nos ports de vaisseaux capables d'importer le choléra, il faudra donc rechercher comment il deviendrait possible d'entraver son extension. Nous avons déjà soulevé cette question et nous aurons certainement l'occasion d'y revenir. Il nous suffisait pour aujourd'hui de recommander la lecture d'un ouvrage qui, au point de vue historique et épidémiologique, est celui qui résume le mieux les doctrines françaises.

L. Lereboullet.

Index bibliographique.

Contribution a l'étude du carcinome de la parotide, par le docteur Paul Michaux, ancien interne des hôpitaux. Thèse de Paris, 1884. G. Masson. — Consciencieuse étude qui comprend, après un rapide historique de la question, des notions anatomiques relatives à la marche du cancer parotidien, et divisées par l'auteur en connexions topographiques et connexions lymphatiques. Le cancer primitif de la parotide est une affection de l'âge mûr, plus fréquente chez l'homme, sur le développement de laquelle l'hérédité, et peut-être l'existence d'inflammations antérieures de la glande, ne paraissent pas sans influence. Le cancer secondaire est une propagation à la parotide d'une tumeur maligne de voisinage : cancer du pharynx, du maxillaire inférieur, etc. Quant aux signes cliniques permettant de reconnaître cette redoutable affection, on peut la diviser en deux classes : les symptômes fonctionnels, dont les principaux sont représentés par la paralysie faciale, les douleurs, les troubles de l'ouïe, la gêne de la mastication, des mouvements du cou, etc., et les déformations physiques, tumeur dure surtout au début, fixe, immobile dès les premiers temps, adhérant bientôt aux téguments, ayant une tendance marquée à l'extension et envahissant les ganglions. La marche de la maladie revêt trois modes particuliers : elle aboutit à l'ulcération et aux hémorrhagies, ou conduit à une cachexie plus ou moins rapide, ou encore à la généralisation du produit pathologique. Il va sans dire que la mort est la terminaison constante de cette affection; et l'auteur établit que le traitement ne doit avoir pour but que de soulager le malade, toute intervention chirurgicale étant inutile lorsqu'elle est incomplète, et l'extirpation en totalité de la parotide cancéreuse étant généralement impraticable.

Étiologie de la diphthérie de l'homme, par M. Taube. Brochure in-8° de 67 pages. Leipzig, 1884. — Recueil d'observations, suivi de quelques commentaires. « La diphthérie est une maladie nettement contagieuse, à incubation courte, dont les germes conservent pendant plusieurs mois leur puissance infectieuse. Elle est la seule affection aiguë pour laquelle nous possédions la preuve d'un développement local à l'origine. L'apparition des plaques sur les amygdales tient au mode de déglutition spécial à l'homme, grâce auquel les amygdales et la langue sont seules en contact direct et continu. Comme les tonsilles sont toujours prises simultanément et surtout aux points fortement touchés par la langue lors de la déglutition, on doit considérer ce dernier organe comme étant le foyer de l'agent pathogénique.

» La diphthérie se répand plus tard par d'énergiques contacts et déplacements de surface, et frappe de préférence les parties enflammées.

» Pour empêcher cette propagation, il faut avant tout une muqueuse saine. *Toute cautérisation doit être rejetée*; les meilleurs résultats sont fournis par le chlorate de potasse associé à la belladone et répété toutes les demi-heures. »

VARIÉTÉS

Le choléra a Marseille et a Toulon.

M. le docteur Onimus, qui s'est rendu à Marseille pour y entreprendre une série de recherches ozonométriques, nous adresse une lettre fort intéressante dont nous extrayons les passages suivants. Jusqu'à ce jour, M. Onimus n'a pu encore commencer ses expériences qui, pour être sérieuses, nécessitent une installation spéciale; mais il a pu s'assurer que que tous les papiers ozonométriques déposés en divers points de la ville marquaient O.

Quant aux causes de l'épidémie, voici ce que nous en dit M. Onimus :

Malgré les nouvelles constructions et les grands boulevards, l'hygiène publique est à Marseille dans un état des plus précaires. Cela explique de suite la discussion qui a eu lieu sur l'arrosage et la dessiccation. En effet, ici, on ne balaye pas ou fort peu, et quand on a mouillé, ou arrosé si vous préférez, mais non fait enlever les détritus, ceux-ci sèssèchent au soleil, sur place, et par conséquent on n'a fait que favoriser quelques heures de fermentation. Il est évident que dans ces conditions, il vaudrait autant ne pas arroser, et laisser bien sécher pour pouvoir employer tous ces détritus à alimenter les feux qu'on allume le soir.

Dans certains quartiers, surtout du côté de l'abattoir, sur le boulevard National, ces conditions sont déplorables pour la salubrité publique; aussi l'arrosage ne fait que remplacer la poussière par une boue fétide. De plus, en maint endroit, les particuliers arrosent avec l'eau sale des ruisseaux.

Mais l'hygiène privée est encore bien plus mauvaise. Certains vieux Marseillais ne peuvent, paraît-il, renoncer aux vieilles habitudes, alors même qu'ils ont dans leur maison des cabinets d'aisance. Puis, dans beaucoup de maisons, ils ont le « tout-à-l'égout » sans grilles ou du moins sans avoir réparé la grille qui gênait et qu'on a détruite. Enfin des cours intérieures sont remplies de fumier, produit surtout par des quantités de volailles qu'on élève dans ces cours.

Aussi, ce dont il faudrait s'étonner, c'est que le choléra ne soit pas constamment dans ces endroits; et j'espère bien, après avoir constaté tout cela de près, que l'épidémie ne fera que peu de victimes en dehors de ces pays.

D'ailleurs les seules personnes atteintes jusqu'à présent sont celles qui vivent dans ces mauvaises conditions et qui font des imprudences. J'insiste sur ce point, car il pourra peut-être vous aider à rassurer le public et à arrêter l'affolement ridicule qui existe. Ici cela ressemble à une panique bête, car, sans raison réelle, tous les ouvriers surtout quittent Marseille. A la gare, c'est avant le départ des trains, un vrai campement, et ils vont tous, les uns mornes, les autres chantant, dans les environs de Marseille, où ils s'entassent les uns sur les autres. Ce qu'il y a de curieux et de rassurant, c'est que sauf quelques cas isolés, il n'y a pas eu grande mortalité parmi ces émigrants.

En même temps ceux qui restent ne veulent plus travailler, et, les fourneaux économiques leur venant en aide, ils se livrent à leur doux *far niente*. Comme on devrait doubler leurs rations et les employer à balayer les rues!

Ce qui désole le plus, c'est l'affolement de la population; on manque d'infirmiers aux hôpitaux, quoique le nombre des malades ne soit pas bien considérable, et plusieurs cochers refusent de conduire à l'hôpital.

Le Pharo est situé sur une hauteur, et le jardin en est assez étendu; eh bien, la plupart des cochers ne veulent pas monter jusqu'à l'habitation, et j'ai eu toutes les peines du monde, la première fois que j'y suis allé, à empêcher mon cocher de rester au pied de cette espèce de montagne. En me montrant la grille, il me dit: « Mais vous y êtes à votre Pharo, » et ce n'est qu'après un entretien plus ou moins académique qu'il a bien voulu me mener plus haut.

La classe aisée a eu relativement moins peur, et il est vrai de dire qu'elle n'a pas été éprouvée. Raison de plus pour croire que l'épidémie ne se propagera pas trop, ou ne sera pas très meurtrière, là où les conditions d'hygiène sont bonnes.

Il est à désirer que le docteur Quesnel, un des professeurs les plus distingués de l'Ecole de médecine, envoie à l'Académie de médecine le rapport qu'il a lu aux Ministres sur la situation sanitaire de Marseille. Je vais vous en donner un résumé très imparfait, mais qui vous en montrera l'importance.

Le docteur Quesnel divise les cas de choléra en trois catégories. Dans la première il a classé les faits de contagion évidente importée de Toulon. Dans la deuxième les faits probables de transmission par des marchandises ou des denrées et enfin dans la troisième ceux où cette propagation n'a pu être démontrée. Dans ce dernier ordre de faits, nous trouvons des cas de choléra probablement *nostras* développés à Marseille bien avant ceux de Toulon, et qui certainement avaient préparé le terrain pour l'éclosion de l'épidémie. Avant le lycéen qui a quitté Toulon le 26 juin, il y a un ouvrier habitant les environs du port qui avait été malade le 10 juin. De plus le 11 juin mourait un ouvrier italien, frappé par le choléra asphyxique, et qui habitait un quartier populeux de la banlieue. Ce cas fut suivi de deux autres non moins caractéristiques. Ce fut un centre d'infection.

Le 27 juin mouraient dans un des quartiers les plus élevés de Marseille, une femme de cinquante ans et son gendre, et on n'a pu rattacher ces faits à la contagion, car, d'après une enquête des plus minutieuses, ces deux personnes n'avaient communiqué avec aucune personne venant de Toulon.

— Ajoutons à cette lettre qu'à Toulon les mesures sanitaires sont encore bien plus insuffisantes qu'à Marseille. Le service de la voirie n'est plus surveillé. Les détritus organiques séjournent sur le sol et dans les ruisseaux. Le correspondant du *Temps* signale, à propos de l'enlèvement des cadavres et de la désinfection des locaux, des faits qui, s'ils se reproduisent, seraient de nature à activer et à aggraver singulièrement l'épidémie.

La mortalité journalière due au choléra à Toulon et à Marseille devient plus difficile à établir chaque jour, en raison des dépêches contradictoires données à des heures différentes par les correspondants des divers journaux. Nous attendrons donc pour les publier que nous ayons pu recevoir de nos correspondants des renseignements plus précis, afin de mieux juger la marche de la maladie. Bornons-nous à déclarer que celle-ci paraît stationnaire à Toulon, où l'on ne constate journellement que 15 à 20 décès cholériques. A Marseille, au contraire, la situation semble s'aggraver, et le nombre des décès a dépassé cette semaine 60 dans les vingt-quatre heures, et du 27 juin au 16 juillet on compte en tout 575 décès. Mais il importe surtout, pour pouvoir préciser la marche de l'épidémie, de connaître la morbidité, et les chiffres qui indiquent le nombre des entrées restent très variables et ne sont que très rarement communiqués aux journaux avec une précision suffisante.

La maladie ne paraît pas s'étendre rapidement aux environs de Marseille et de Toulon.

On signale un nouveau décès à Nîmes. A Lyon, l'état sanitaire reste excellent. Il en est de même à Paris.

Dans la séance du 16 juillet dernier, M. Paul Bert a déposé sur le bureau de la Chambre des députés la proposition de loi suivante:

« Art. 1er. — Tout médecin est tenu de déclarer, dans le plus bref délai possible, à la municipalité et au délégué préfectoral spécial tout cas de choléra qu'il est appelé à soigner.

» Art. 2. — Le délégué préfectoral se transporte aussitôt au domicile indiqué, décide et fait exécuter les mesures qu'il juge utiles, et fait le nécessaire pour isoler le malade et les personnes qui le soignent ou sont en rapport avec lui, pour désinfecter ou même détruire les hardes, linges, meubles et effets, pour assainir l'appartement ou même la maison; cela aussi bien pendant le traitement qu'après la guérison du malade.

» En cas de mort, il prendra toutes les précautions qu'il jugera indispensables pour que le cadavre ne puisse devenir une cause de propagation de la maladie.

» Art. 3. — Le maire est autorisé à prendre avant l'arrivée du délégué préfectoral toutes les mesures de précaution qu'il considérera comme nécessaires.

» Il est tenu de mettre à la disposition du délégué toutes les ressources exigées par celui-ci, et d'user à cet effet des droits que lui confèrent les lois générales de police.

» Art. 4. — Dans le délai d'un mois à partir de la promulgation de la présente loi, des délégués seront nommés par les préfets en nombre suffisant dans les contrées menacées; ce nombre pourra toujours être augmenté.

» Ils recevront des indemnités, payées, ainsi que les secours aux malades et remplacement des objets détruits, et en général les dépenses exigées pour l'exécution de la présente loi, sur le budget de l'Etat.

» Art. 5. — Toute infraction à l'article 1er de la présente loi est punie des peines portées à l'article 459 du Code pénal.

» Les personnes qui s'opposeraient aux mesures ordonnées par le délégué en exécution de l'article 2 seront punies des peines spécifiées à l'article 460 du Code pénal.

» Si de ces infractions il était résulté une contagion dans les communes, les peines seraient celles portées à l'article 461 du Code pénal.

» Si l'opposition aux mesures prescrites par le délégué venait du maire ou des officiers de police à quelque titre que ce soit, les peines seraient celles de l'article 462 du Code pénal.

» En ces différents cas, l'article 463, sur les circonstances atténuantes, pourra être appliqué. »

Les articles 459, 460, 461, 462 et 463 du Code pénal, visés par M. Paul Bert, sont ceux qui concernent les infractions aux lois concernant les épizooties.

Les peines varient de six jours à deux mois, de deux à six mois, de deux à cinq ans de prison.

Pour les maires et officiers de police, la peine d'emprisonnement serait d'un mois au moins et d'un tiers au plus de la peine la plus forte qui serait appliquée à un autre coupable du même délit. Les amendes infligées varient de 16 francs à 1000 francs.

Nous ignorons le sort qu'aura cette proposition de loi; mais, si elle devait être discutée, nous rappellerions que la loi du 3 mars 1822, qui n'a jamais été abrogée, donne aux pouvoirs publics toute autorité pour prescrire et faire exécuter les règlements de police sanitaire qu'une épidémie grave pourrait nécessiter.

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Trélat est transféré, sur sa demande, de l'hôpital Necker à l'hôpital de la Charité, dans la chaire de clinique de M. Gosselin. M. le professeur Le Fort remplace M. le professeur Trélat à l'hôpital Necker.

Légion d'honneur. — Ont été nommés:

Au grade d'officier: MM. les docteurs Tourdes, doyen de la Faculté de médecine de Nancy; Léon Le Fort, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à Paris, professeur à la Faculté de médecine; Dumontpallier, médecin de l'hôpital de la Pitié.

Au grade de chevalier: MM. les docteurs Garny, médecin à Blida; Fernet, médecin à l'hôpital Beaujon; Javal, directeur du laboratoire d'ophthalmologie à la Sorbonne; Blatin, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand; Dufraigne, ancien chirurgien en chef de l'hospice de Meaux; Joyeux, médecin des épidémies et médecin inspecteur des enfants du premier âge

(Mirecourt); Paquelin, inventeur du thermocautère (titres exceptionnels); Duburqua, médecin à Casteljaloux (Lot-et-Garonne); Brière, membre du bureau de bienfaisance de Breteuil (Eure); Rey, médecin à Saint-Denis (Lot); Tahère, médecin inspecteur des enfants du premier âge (Calvados).

CONCOURS. — Le ministre de l'intérieur du royaume d'Italie a mis au concours les sujets suivants : 1° (Prix de 2000 francs.) Exposer les progrès faits dans ce siècle (en Italie et à l'étranger), dans l'étude anthropologique criminelle, et les théories soutenues par les auteurs les plus autorisés. Passer en revue les faits et les statistiques sur lesquels ces théories s'appuient, et les confirmer ou les combattre à l'aide d'autres faits et d'autres statistiques. 2° (Prix de 1000 francs.) Exposer la règle et le critérium sur lesquels se sont basés les législateurs anciens et modernes pour définir et prévenir la récidive. Examiner surtout à l'aide des faits quelles sont les causes principales de la récidive et par quels moyens on peut la combattre. 3° (Prix de 1000 francs.) Déterminer ce qu'est la volonté; quelle est la genèse psycho-physiologique des actes dits volontaires. Quels faits psycho-physiques ont précédé généralement l'acte volontaire; indiquer de quelle façon, à quelle époque de la vie et sous quelles conditions (internes ou externes) se développe normalement chez l'homme la faculté de la volonté; quels rapports existent entre les modalités diverses de cette faculté et les autres facultés mentales; indiquer quels sont les moyens les plus efficaces pour augmenter l'énergie de la volonté, etc. Pour le premier sujet seul, le concours est international, mais les mémoires doivent être écrits en français ou en italien. Le terme fixé pour le dépôt des mémoires est : le 31 décembre 1884 pour le premier sujet, et le 30 septembre pour les deux autres. (*Progrès médical.*)

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Béchet, doyen des médecins d'Avignon.

MORTALITÉ A PARIS (28e semaine, du 4 au 10 juillet 1884). — Fièvre typhoïde, 41. — Variole, 1. — Rougeole, 39. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 14. — Diphthérie, croup, 27. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 60. — Phthisie pulmonaire, 188. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 73. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 47. — Bronchite aiguë, 21. — Pneumonie, 53. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 86; au sein et mixte, 34; inconnu, 8. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 109; de l'appareil circulatoire, 47; de l'appareil respiratoire, 61; de l'appareil digestif, 71; de l'appareil génito-urinaire, 32; de la peau et du tissu lamineux, 10; des os, articulations et muscles, 10. — Morts violentes, 37. — Causes non classées, 6. — Total : 1105.

Résumé de la 28e semaine. — Le service de Statistique a compté pendant la semaine actuelle 1105 décès, au lieu de 991 qui s'étaient produits la semaine précédente.

C'est exclusivement aux maladies de l'enfance, notamment à l'athrepsie des nouveau-nés, qu'il faut attribuer cette augmentation considérable du nombre des décès. Cette aggravation de la mortalité infantile, qui doit être attribuée aux lourdes chaleurs de ces derniers jours, est aisée à constater par la comparaison des derniers *Bulletins hebdomadaires de Statistique municipale.*

Voici, en effet, quel a été le nombre des décès par âges pendant les cinq dernières semaines :

	24e semaine. Du 6 au 12 juin.	25e semaine. Du 13 au 19 juin.	26e semaine. Du 20 au 26 juin.	27e semaine. Du 27 juin au 3 juill.	28e semaine. Du 4 au 10 juill.
De 0 à 1 an........	147	128	139	146	225
De 1 à 2 ans........	57	75	73	79	84
De 2 à 5 ans........	85	80	66	67	79
De 5 à 15 ans........	65	72	64	50	60
De 15 à 35 ans......	159	176	170	181	179
De 35 à 60 ans......	237	267	248	270	255
60 ans et et au dessus.	206	202	202	198	223
Total......	956	1000	962	931	1105

On voit que le nombre des décès des enfants de moins d'un an, après être resté pendant les quatre semaines de juin très voisin de 140 décès, est monté subitement à 225 pendant la semaine actuelle. Aucun des autres âges n'a vu augmenter sa mortalité dans de telles proportions.

L'étude des causes de mort montre également que c'est principalement aux maladies propres à l'enfance qu'est dû le nombre élevé des décès que nous observons cette semaine.

L'athrepsie, la grande cause de mort des enfants à la mamelle, fait 128 décès au lieu de 75 décès qu'elle avait causés la semaine dernière. On sait que la fréquence de cette maladie est généralement en rapport immédiat avec la hauteur du thermomètre.

La méningite, qui a causé cette semaine 60 décès de tout âge (au lieu de 51 la semaine précédente), a redoublé de fréquence sur les jeunes enfants, car nous comptons cette semaine 24 décès dus à cette cause parmi les enfants de 0 à 1 an (le chiffre moyen est 9).

C'est donc presque exclusivement à l'action funeste que la chaleur exerce sur l'organisme des enfants à la mamelle qu'est due l'augmentation du nombre des décès que nous constatons cette semaine.

Le service de Statistique n'a reçu encore cette semaine avis d'aucun décès par choléra. Mais plusieurs médecins ont signalé des cas de cholérine tels qu'on en rencontre à l'époque des fortes chaleurs; ces cholérines n'ont donné lieu à aucun décès, sauf pour un enfant de onze mois, qui est mort en une journée. Cet accident n'est pas rare à cette époque de l'année et ne mérite pas d'attirer l'attention.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 25 juillet). — *Ordre du jour :* M. Dujardin-Beaumetz : Du diagnostic du cancer de l'estomac. — MM. A. Gombault et Chauffard : Etude expérimentale sur le processus tuberculeux de certains épanchements de la plèvre et du péritoine. — M. Féréol : Sur la circulaire administrative qui détermine les médicaments que les internes peuvent prescrire dans l'intervalle des visites.

— Sur la demande de M. le docteur Edmond Langlebert, parent et homonyme de M. Adolphe Langlebert, pharmacien, ancien interne des hôpitaux, nous avions publié une note, au sujet de laquelle M. Adolphe Langlebert nous prie de déclarer que le désinfectant qu'il a mis en vente n'a jamais été indiqué par lui comme « un remède contre le choléra ».

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Revues scientifiques publiées par le journal *la République française,* sous la direction de M. Paul Bert. Sixième année. Il traite des questions les plus importantes qui aient, pendant l'année écoulée, occupé le monde savant : Physique, Chimie, Géologie, Anthropologie, Botanique, Physiologie, Hygiène, Agriculture, y sont tour à tour étudiées. 1 vol. in-8 avec figures dans le texte. Paris, G. Masson. 6 fr.

Le mobilier scolaire, dans ses rapports avec l'hygiène de l'œil myope et en particulier *la table-chaise hygiénique* du docteur Fontaine Atigier. In-8 de 20 pages avec figures. Paris, J.-B. Baillière et fils. 1 fr.

Nature vivante de la contagion, contagiosité de la tuberculose, par M. H. Bouley. 1 beau volume in-8. Paris, Asselin et Cie. 8 fr.

Vaccine et variole, contribution à l'étude de leurs rapports, par M. le docteur Louis Berthet. In-8 de 94 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr. 50

La gymnastique, notions physiologiques et pédagogiques, applications hygiéniques et médicales, par M. A. Collineau, professeur aux cours normaux de la Société pour l'instruction élémentaire, etc. 1 vol. in-8 de 284 pages avec 136 figures. Paris, J.-B. Baillière et fils. 10 fr.

De la cirrhose alcoolique graisseuse, par M. le docteur H. Gilson, ancien interne des hôpitaux. In-8 de 80 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr.

Les maladies chroniques de la gorge et de la voix, hygiène et traitement, par M. le docteur Farges. 1 vol. in-8. Paris, F. Alcan. 2 fr.

De la pince à os et du cranioclaste, par M. le docteur A. Auvard, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Paris. 1 vol. grand in-8 de 260 pages avec 45 figures dans le texte. Paris, O. Doin. 5 fr.

Recherches historiques, ethnographiques et médico-légales sur l'avortement criminel, par M. le docteur Léon Galliot. In-8 de 130 pages avec deux tableaux de la statistique criminelle de la France. Paris, O. Doin. 4 fr.

De l'alcool, sa combustion physiologique, son antidote, par M. le docteur Jules Jaillet, ancien chef du laboratoire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8 de 180 pages. Paris, O. Doin. 4 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITE DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 24 juillet 1884.

LE CHOLÉRA. — LES MÉTHODES DE PROPHYLAXIE. — DE QUELQUES TRAVAUX RÉCENTS RELATIFS AUX OREILLONS.

Le choléra. — Les méthodes de prophylaxie.

Malgré l'intérêt réel qu'il présente au point de vue historique et épidémiologique, nous ne pouvons discuter aujourd'hui le discours de M. Jules Guérin qui a rempli tout entière la dernière séance de l'Académie. On en trouvera plus loin le compte rendu analytique. Nous aurons d'ailleurs l'occasion d'y revenir.

Mais, puisque l'Académie a jugé inutile de répondre plus explicitement aux questions qui lui étaient posées par M. le Ministre du Commerce et puisque, comme nous l'avions prévu, les conclusions qu'elle a votées il y a huit jours ont été transmises officiellement à tous les préfets de France et rendues exécutoires, nous devons à nos lecteurs une étude un peu plus précise des mesures de prophylaxie que l'on est en droit de conseiller. A dire vrai, la plupart de ces mesures se trouvent indiquées sinon avec détails, du moins en substance dans le rapport lu à l'Académie par M. Brouardel. Un sentiment de réserve facile à comprendre avait engagé le président du Comité consultatif d'hygiène à ne soumettre à l'approbation de l'Académie que le *sens général* des instructions visées par le Comité et approuvées par le Ministre. Il n'appartenait qu'à l'Académie de retenir, parmi les conseils donnés, ceux qui lui paraissaient de nature à recevoir son approbation et à « acquérir ainsi une plus haute valeur ». Il semblait aussi très naturel de penser que, au cours de la discussion, pourrait surgir « quelque proposition nouvelle » que le Comité s'empresserait de soumettre à l'approbation ministérielle. Le représentant officiel du Comité consultatif devait donc, tout en exposant très nettement les principes généraux qui l'avaient guidé, se contenter de résumer les décisions prises par la Commission du choléra, en ajoutant que ces décisions se trouvaient « exposées dans tous leurs détails dans l'instruction publiée par le Comité ». C'est ce qu'a fait M. Brouar-

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Dissensions intestines à la Faculté tchèque de Prague. — Projet de réouverture d'une école de médecine à Salzburg. — Les demi-médecins — Les médecins étrangers au service de la Turquie. — Rivalité des indigènes. — La nouvelle organisation de l'Ecole de médecine militaire turque. — Pratiques médicales en Mésopotamie.— Talismans. — Conjurations et gymnastique obstétricale. — Ce qu'une engelure peut coûter à un médecin. — Qui doit juger au point de vue juridique de la gravité d'une blessure ?

Il y a deux ans à peine que la Faculté tchèque de Prague est fondée et déjà des dissentiments sérieux divisent ses membres et menacent de porter préjudice à son enseignement. Tout le monde s'étonne à bon droit que les chaires de médecine légale, des maladies d'enfants et des psychiatres restent vacantes; cela tient simplement à ce que MM. les professeurs n'ont pu jusqu'à ce jour se mettre d'accord sur les candidats; la chaire de médecine légale existe depuis plus d'un an et aucune proposition n'a été faite au Ministre.

En présence de ces interminables hésitations, celui-ci a fini par intervenir et déclarer à la Faculté qu'elle eût à voter au plus vite. Le savant corps est trop jeune pour voir dans cette mise en demeure, une atteinte à ses privilèges ; de pareilles susceptibilités ne sont permises qu'aux établissements qui ont un passé, des titres, des traditions; il y a donc tout lieu de croire que d'ici peu la première et unique Faculté slave de l'Autriche aura son personnel au complet.

On s'occupe sérieusement de tous côtés de réformer l'enseignement médical: au ministère de la guerre on songe à ouvrir de nouveau l'Académie Joséphine; on veut créer une faculté de médecine à l'université de Czernovitz près de Brünn et les journaux allemands applaudissent à cette idée; il est question de rétablir l'Institut médico-chirurgical de

del. Si, après la séance académique dont nous avons rendu compte, le Ministre du Commerce a dû, en transmettant aux préfets le *sens général* des indications votées par l'Académie, se résigner à laisser les municipalités et les administrations publiques continuer à prescrire des mesures souvent contradictoires au lieu de leur donner, sur tous les points, des conseils précis et formels, nous n'avons plus à rechercher à qui incombe la responsabilité de ces « divergences qui troublent profondément l'opinion publique ».

Si nous avons cru devoir revenir une dernière fois sur ce que nous avions déjà dit dans notre précédent article, c'est pour mieux faire comprendre pourquoi nous répondrons nous-même aux questions qu'a soulevées le vote de l'Académie et dont les lettres que nous avons reçues à ce propos nous prouvent l'intérêt.

L'Académie a déclaré, en effet, que « les pratiques de désinfection imposées aux voyageurs et à leurs bagages dans les gares de chemin de fer sont inefficaces et illusoires »; mais elle a ajouté que « le devoir des municipalités est de veiller... à la désinfection des linges, vêtements, chambres, etc. » des cholériques. On nous demande, et chacun avouera que cette question est légitime, en quoi doit consister une désinfection vraiment utile, comment cette désinfection peut être pratiquée, quels en devront être les agents.

Pour mieux résumer, à ce point de vue, ce que nous savons des mesures de prophylaxie à recommander contre les provenances cholériques, nous devons exposer rapidement les questions étiologiques et pathogéniques que tous les médecins sont en droit de considérer comme résolues.

Que l'on accepte la doctrine *microbienne*, celle qui consiste à affirmer l'existence d'un élément spécifique, seul agent de la transmissibilité du choléra d'un organisme sain à un organisme malade, ou que l'on se borne à déclarer que la maladie naît de conditions épidémiologiques diverses, on reconnaîtra volontiers que le choléra se propage et se transmet *surtout* par les déjections du cholérique, c'est-à-dire par les matières provenant de son tube digestif. Toutefois les partisans de la doctrine microbienne appuient les déductions prophylactiques qu'ils proposent sur des arguments dont leurs adversaires ne sauraient contester la valeur. Nous n'insisterons pas sur l'argument anatomo-pathologique, bien que nous le considérions nous-même comme ayant une valeur capitale. La découvertede M. Koch, confirmée en partie par MM. Straus et Roux, c'est-à-dire la démonstration de l'existence d'un bacille que l'on retrouve presque toujours dans le tube digestif, qui, dans les cas foudroyants, ne se rencontre que dans le liquide qu'il contient, mais qui, après quelques jours de maladie, se voit dans les tuniques intestinales, bacille que l'on peut isoler et cultiver, dont on a décrit les caractères morphologiques et le mode de génération, ces recherches très consciencieusement faites, très longtemps poursuivies, semblent déjà démontrer, même en l'absence d'inoculations positives, que l'on est sur la voie d'une nouvelle doctrine qui pourra, dans un avenir plus ou moins prochain, éclairer d'un jour nouveau la pathogénie du choléra.

Théoriquement rien n'empêche non plus de soutenir que les microbes cholériques sécrètent dans l'intestin un poison spécifique, une *ptomaïne* spéciale, qui, à doses considérables, sur un terrain ou dans un intestin qui sert de bouillon de culture favorable, sidère le malade et amène la mort en quelques heures.

On peut encore admettre que l'évolution de l'épidémie, l'apparition simultanée en divers points d'une ville, en apparence éloignés les uns des autres, de plusieurs cas de choléra, provient de ce fait que tous les malades atteints ont *touché* des matières ou consommé des aliments imprégnés du contage spécifique. Peut-on affirmer que, dans une ville où il est toujours si difficile d'apprécier les conditions dans lesquelles naît et se propage une maladie épidémique, les malades n'ont pas consommé des aliments qu'un même maraîcher leur aurait fournis? Et la durée de l'incubation de la maladie, le temps qui s'écoule entre l'apparition du choléra *importé* par un navire ou un malade et la généralisation de l'épidémie, ne s'expliquerait-elle pas par la reproduction lente, mais fatalement progressive, d'un organisme microscopique?

Ce ne sont là que des hypothèses; mais elles ont un caractère de vraisemblance indéniable et nous ne nous arrêterons pas à leur opposer les arguments des anticontagionnistes. Ceux-ci, d'ailleurs, auraient peine à contester les *faits* positifs qui démontrent la transmissibilité de la maladie par les linges souillés de déjections cholérique. Il faut donc, en se plaçant à un point de vue exclusivement pratique, affirmer que l'air ambiant ne transmet qu'à une faible distance le contage cholérique et que, par conséquent, si les parents, les amis, les voisins d'un cholériques sont les premiers atteints, ce peut être parce que leurs ongles ou leurs mains ont emporté quelques parcelles de ces éléments spécifiques que le tube digestif paraît seul apte à recevoir dans des conditions favorables à leur multiplication.

Salzburg. Cet institut eut sa période de gloire; le journal professionnel qui paraissait sous son patronage au commencement du siècle était un des meilleurs de l'Autriche. Malheureusement les tendances de notre temps ne sont guère favorables aux petits centres scolaires. En France, la Révolution a supprimé toutes les Universités provinciales; dans les autres pays de l'Europe, la réforme fut plus lente et moins radicale, mais est arrivée au même résultat. Madrid a étouffé Alcala de Hénarès, comme Naples a étouffé Salerne, comme Münich a étouffé Witenberg. L'Institut de Salzburg n'échappa point à l'action des causes destructives qui les menaçaient. Après une décadence qui dura cinquante ans, il finit par être fermé en 1875. Les étudiants se portèrent vers les grandes universités où l'enseignement est plus varié, où les ressources sont plus nombreuses. Salzburg était restée fidèle à son rôle, à ses traditions; jamais l'Ecole n'avait songé à remplacer son titre (*Med. Chir. Lehranstalt*) par un autre plus sonore et mieux vu du public; elle formait surtout des praticiens de campagne, des chirurgiens (Wundärzte). En Autriche comme en France ce grade a subi une véritable dépréciation depuis son origine : il y a bien peu de pays chez nous où le cultivateur le moins instruit ne sache qu'il existe entre l'officier de santé et le docteur une différence légale.

En Autriche, il y a longtemps qu'on a réclamé pour la première fois contre les médecins de seconde classe et les études, plus modestes que celles des docteurs, auxquelles ils étaient tenus.

Dès 1849, les professeurs de l'Institut médico-chirurgical de Salzburg lui-même déclaraient qu'il fallait pour rendre de sérieux services dans la pratique un minimum de culture intellectuelle et des connaissances identiques pour tous; par conséquent qu'il était inutile d'essayer de former des demi-médecins. Ces idées sont si bien entrées dans l'esprit public, que les établissements destinés à les former ont disparu. C'est encore aujourd'hui la grande objection qu'on oppose

D'ailleurs, même en se plaçant au point de vue de la contamination par l'intermédiaire de l'air atmosphérique plutôt encore que par l'eau alimentaire, les conclusions prophylactiques ne seront guère modifiées. C'est toujours le cholérique et surtout ses déjections qu'il importe de désinfecter pour éviter la propagation de la maladie.

Nous voici donc amenés à rechercher comment, le choléra étant importé dans une ville, on peut parvenir rien que par la désinfection des matières cholériques, à en empêcher la propagation.

Nous n'avons plus, en effet, à discuter ici les questions d'immunité personnelle ou locale, c'est-à-dire l'influence des mesures d'hygiène générale ou privée sur la prophylaxie du choléra comme de toutes les maladies épidémiques. Il est évident pour tout le monde que plus une ville sera propre, bien aérée, bien construite, et plus ses habitants, surtout s'ils sont sobres et bien portants au moment de l'invasion de la maladie, pourront se mettre à l'abri du fléau. Ce qu'il importe seulement d'indiquer, ce sont les mesures à prendre pour tuer les microbes ou pour désinfecter complètement les matières cholériques. A ce point de vue diverses subdivisions peuvent être établies :

1° Le cholérique est un homme sain en apparence, mais déjà atteint de *diarrhée prodromique*. Il va et vient, mais partout où il s'arrête, partout où ses déjections sont déposées, un foyer local d'infection peut être créé si l'on n'intervient à temps.

2° Le cholérique est un malade, alité, dont les vêtements, la literie, la chambre, la maison reçoivent incessamment et en abondance les germes morbides.

3° La transmissibilité de la maladie peut enfin s'établir par des vêtements ou des bagages ayant appartenu à un cholérique ou bien par des eaux de boissons souillées après l'infiltration dans le sol des matières cholériformes.

Dans les trois hypothèses qu'importe-t-il surtout de conseiller ? La désinfection rigoureuse des garde-robes qui sont suspectes; la destruction ou la désinfection des linges ou des vêtements qui ont été souillés. La première solution est la plus difficile à obtenir et nous ne pensons pas qu'il soit facile, sinon possible, de désinfecter complètement et définitivement toutes les fosses d'aisance, tous les endroits où pourront être déposées des déjections cholériques. Mais, tout en réservant pour un prochain article, la question de la désinfection des *water-closet* et des égouts, nous devons insister sur une première méthode à conseiller, celle qui consiste à détruire *immédiatement* et *complètement* les germes cholériques déposés par le malade sur les vêtements, les linges, la literie, etc., qu'il a touchés, c'est-à-dire à supprimer l'une des causes principales de la propagation de la maladie.

I. De la désinfection par l'étuve.

Nous supposons donc qu'un cholérique soit malade dans une salle d'hôpital ou un appartement privé et qu'il ait souillé sa literie, son linge, ses habits, que convient-il de faire de suite ?

A l'hôpital la conclusion est des plus simples, des plus pratiques. Puisque l'on a créé des hôpitaux spéciaux, il conviendra, partout où ils existent, d'établir un système de literie aussi élémentaire que possible et de détruire, par incinération, les vêtements et les matelas, assez peu chers pour pouvoir être brûlés aussitôt qu'ils auront été souillés. Quant aux linges, vêtements, literie, etc., qu'on ne pourrait détruire, le meilleur procédé de désinfection que nous puissions conseiller à ce point de vue est l'étuve. Tout hôpital un peu considérable devrait donc avoir une étuve fixe, et cette étuve, qui pourrait servir non seulement en temps d'épidémie cholérique, mais encore pour désinfecter les vêtements dans toutes les maladies contagieuses ou parasitaires, ne saurait être établie que dans des conditions suffisantes pour parer désormais à toutes les éventualités.

Nous pourrions nous contenter de ces indications générales et renvoyer tous ceux de nos correspondants qui nous ont demandé de leur indiquer quelles sont les étuves qu'il faut préférer aux savantes études consacrées à cette question par notre collègue et ami M. Vallin, non seulement dans son *Traité des désinfectants*, mais encore et surtout dans les nombreux articles qu'il a écrits dans la *Revue d'hygiène* sur la désinfection par l'air chaud (1). Mais nous préférons, tout en recommandant la lecture de ces articles si compétents, résumer ici ce que nous savons des récentes recherches entreprises pour rendre ces étuves à la fois plus efficaces et plus pratiques.

Depuis les travaux et les expériences que l'hygiène doit à MM. Koch, Gaffky et Lœffler, il est démontré que, pour détruire les germes organiques et par conséquent le microbe du choléra, une température dépassant 110 degrés est indispensable. Il est prouvé de plus que, pour que cette température

(1) Voy. *Traité des désinfectants et de la désinfection*, par E. Vallin. Paris, G. Masson, 1883, p. 428 et suiv. et *Bulletin de la Société de médecine publique*, 1877, t. I, p. 45 et 317. — *Revue d'hygiène*, 1879, 1883 et 1884, passim.

---

au rétablissement de l'Ecole de médecine de Salzburg.

« Il n'y a aucune raison, dit un journal de Vienne, de créer une Faculté dans cette ville, celles de Graz et d'Innsbrück sont peu éloignées et elles ne sont pas tellement fréquentées qu'elles ne puissent donner l'hospitalité à tous les étudiants du pays. On ne pourra faire qu'une école spéciale destinée à former des praticiens de second ordre pour les pays qui manquent de médecins. Il y en a beaucoup, surtout dans les montagnes. Mais rendra-t-on sérieusement service à la population en lui fournissant des demi-médecins? Nous n'avons aucune animosité contre les chirurgiens de nos anciennes écoles ; nous admettons même que certains d'entre eux ne le cèdent guère aux docteurs par la science et l'habileté pratique; mais ce n'est pas le cas pour le plus grand nombre.

» On admet aujourd'hui que pour répondre aux besoins du public un docteur doit faire cinq ans d'études régulières. Ce serait un dangereux anachronisme que de fonder un établissement qui ferait un médecin dans un temps deux fois moindre. »

— En 1870, un haut fonctionnaire turc, Stephan-Pacha, voulant réorganiser le service de santé militaire dans l'armée, engagea à Vienne un certain nombre de médecins. Au début la solde était modeste; mais on promettait beaucoup pour l'avenir; puis l'attrait d'un voyage en Orient, l'espoir de contribuer à une œuvre utile de servir la cause de la civilisation décidèrent beaucoup de jeunes gens. Des docteurs récemment établis, des médecins en second de services hospitaliers répondirent à l'appel du pacha. La désillusion fut rapide et complète ; bien peu des engagés de 1870 sont encore aujourd'hui dans l'armée ottomane : « Des privations constantes, au point de vue social et au point de vue scientifique, dit M. A. Fenykövy, des dégoûts, des intrigues de toute nature, voilà ce que nous avons rencontré. »

Le médecin étranger a sous ses ordres un pharmacien et

soit efficace, pour qu'elle atteigne non seulement les couches superficielles, mais encore, dans leurs parties centrales, les divers éléments des matières soumises à la désinfection, il importe de combiner l'action de la vapeur d'eau à celle de l'air sec. D'après M. Koch, « il faut renoncer absolument à l'emploi des étuves à air sec et chaud; la désinfection par la chaleur sèche exige un temps très long et est par conséquent fort coûteuse; on n'est pas assuré de l'avoir obtenue, même en poussant la température à un degré où les objets exposés sont notablement endommagés ». Au contraire une exposition directe à la vapeur à + 100 degrés pendant cinq à dix minutes suffit à détruire la vitalité de presque tous les proto-organismes et même la virulence du sang charbonneux desséché et très ancien, riche en spores. Des expériences personnelles faites par M. Vallin à l'hôpital de la Maternité l'ont conduit à des résultats identiques. L'air chaud et sec ne pénètre pas au centre des matelas, des oreillers, des ballots de couvertures, etc., et par conséquent ne donne pas des résultats satisfaisants. Mais, d'autre part, il ne nous est pas démontré que la vapeur d'eau, même en se servant de solutions salines dont le degré d'ébullition dépasse 100 degrés, puisse être longtemps maintenue à une température aussi élevée que celle obtenue par l'air chaud. De là cette conclusion : Dans les étuves à désinfection, il importe de pouvoir employer alternativement et successivement l'air chaud sec et la vapeur d'eau à la pression atmosphérique. Le mieux sera donc d'exposer les linges, literie, hardes contaminés : 1° à une température de 115 ou 120 degrés produite par l'échauffement de l'air intérieur; 2° à l'action de la vapeur d'eau projetée à l'intérieur de l'étuve; 3° à une nouvelle exposition à la chaleur sèche. Il faut donc que l'étuve puisse être facilement alimentée de chaleur sèche et de chaleur humide. Mais cela ne suffit pas. Dans un certain nombre d'expériences, des résultats très divers ont été obtenus à l'aide de thermomètres à maxima placés dans diverses régions de l'appareil. Ces différences résultent de la formation de veines ascendantes, à une température souvent très élevée, et qui peuvent roussir et détériorer le matériel alors que, dans des points voisins, la température s'abaisse. Il convient donc de toujours faire arriver l'air chaud par la partie *supérieure* de l'étuve et non par les parties latérales ou inférieures. Il faut de plus que les parois de l'appareil restent toujours pendant toute la durée de l'expérience à une température assez élevée pour éviter la condensation de la vapeur d'eau, que des écrans protègent contre le rayonnement toutes les matières soumises à la désinfection, enfin que des portes opposées, garnies de bourrelets et de corps mauvais conducteurs du calorique, permettent d'introduire par une extrémité de l'appareil et de faire sortir par l'autre extrémité les objets à désinfecter qui seront, dans l'étuve, suspendus verticalement pour offrir le plus de surface possible à l'action de la chaleur. Installées dans ces conditions, les étuves fixes rendront dans les hôpitaux un peu considérables, des services signalés. Nous avons sous les yeux les rapports présentés à la Société de médecine publique (juillet et août 1881 et janvier 1884) par M. Ch. Herscher, ingénieur civil. Nous avons vu les étuves construites dans les ateliers de MM. Geneste et Herscher et nous croyons que ces étuves réalisent un progrès réel.

Mais à côté de ces étuves fixes, dont le prix de revient (3500 à 4000 francs) est assez considérable, qu'elles soient alimentées par un générateur à vapeur ou par un appareil à gaz auquel on adaptera une bouilloire spéciale, il importe de recommander des appareils plus simples et surtout plus portatifs. En cas d'épidémie cholérique, dans les quartiers populeux, alors qu'il importe de désinfecter rapidement de grandes quantités de linges, de matelas, de vêtements, il faut des appareils *portatifs* et moins chers. Ce sont ceux-ci que l'on est en train de construire à Paris. Ils se composent d'une caisse rectangulaire à parois creuses, où peut circuler l'air chauffé à l'aide d'un fourneau placé en dehors de l'appareil, et dans laquelle il devient facile de projeter au moment voulu la vapeur d'eau fournie par une marmite spéciale. L'appareil tout entier peut être installé sur un chariot quelconque. On pourrait, à Paris, les établir provisoirement dans un poste de police; puis, sur réquisition médicale, les porter à domicile pour assurer la désinfection *immédiate* des linges et vêtements provenant d'un cholérique. Dans les petits hôpitaux, dans les villes qui ne peuvent faire les frais d'une étuve fixe, ces appareils provisoires, qui ne coûtent que 1200 à 1500 francs, pourraient rendre bien des services. On trouvera dans le *Traité de la désinfection* de M. Vallin la description et le modèle d'appareils du même genre. Il nous suffira de les signaler.

Enfin il peut arriver que, pris au dépourvu, on ne puisse faire usage d'aucune étuve. Dans ces conditions, l'eau bouillante additionnée ou non de l'un des produits chimiques que nous indiquerons dans notre prochain article, pourrait servir à désinfecter les linges et hardes d'un cholérique. La question essentielle est de ne jamais les faire sortir de la chambre du cholérique, de ne jamais les confier à un blan-

---

un chirurgien indigènes; le pharmacien est d'une ignorance, d'une maladresse et d'une malpropreté à peine croyables ; c'est à peine s'il lit suffisamment le français pour comprendre une prescription; ceux qui savent préparer des pilules ou la décoction blanche de Sydenham sont considérés comme de véritables savants. Ces officiers de santé subalternes sont unis par une haine touchante du médecin; jamais ils ne manquent l'occasion de négliger ses prescriptions ou de les interpréter à contresens pour l'accuser ensuite de maladresse et le perdre autant que faire se peut dans l'esprit des hommes. Plus on va, plus le personnel indigène est nul et malveillant.

Autrefois il y avait à Constantinople une école de médecine militaire dans laquelle l'enseignement était donné en français par des professeurs étrangers. Les résultats étaient bons; il sortait chaque année un certain nombre de jeunes gens ayant des connaissances sérieuses et dont les plus intelligents allaient compléter leur éducation aux frais de l'État à Vienne et à Paris; ces médecins jouissaient d'une considération méritée.

Depuis quelques années, tout a changé : le français a été remplacé par le turc; comme il n'existe point de littérature médicale en cette langue, on a dû pour l'enseignement traduire à la hâte quelques manuels étrangers.

On reçoit aujourd'hui tous ceux qui ont fait une scolarité régulière dans les gymnases nationaux; il suffit qu'ils sachent correctement parler et écrire leur langue. Après cinq ans d'études, et quelles études ! ils sont envoyés dans les régiments; s'ils sont suffisamment habiles, s'ils ont de la chance, ils font leur chemin comme les autres, mais l'activité et l'instruction n'y sont pour rien.

Tous détestent les étrangers par patriotisme et parce qu'ils touchent une solde plus élevée et plus régulièrement payée que la leur. Il est vrai que les premiers ont pour se consoler la pratique civile; dans les pays turcs ou arabes cette pratique est ingrate. En Mésopotamie, par exem-

chisseur sans les avoir au préalable soumis à une première désinfection par l'étuve ou l'eau bouillante. Si ces procédés de purification étaient toujours et partout exécutés avec la plus extrême rigueur, on éviterait bien des contagions secondaires, on arrêterait souvent dès ses débuts une épidémie naissante. Il nous reste à indiquer comment il faut désinfecter les déjections cholériques, quels sont les produits chimiques à conseiller dans ce but, par quels moyens pratiques — car il est évidemment impossible de purifier à la fois toutes les fosses et tous les égouts — on peut arriver à arrêter, avant sa projection dans la fosse, un produit infectant. Ce sera le sujet d'un prochain article.

L. LEREBOULLET.

De quelques travaux récents relatifs aux oreillons.

Dans ces dernières années, l'histoire des oreillons a été l'objet de divers travaux intéressants qui méritent d'être rapprochés dans une rapide analyse; car ils sont de nature à modifier quelque peu le pronostic général de cette maladie, que seule, jusqu'à ce jour, l'atrophie consécutive à la métastase testiculaire venait assombrir. D'une part, par la clinique et l'expérimentation, on s'est attaché à montrer dans les oreillons une maladie infectieuse et parasitaire; d'autre part, on a établi la fréquence relative, au cours de ce processus morbide, de diverses manifestations pathologiques, jusqu'à présent peu étudiées, qui peuvent singulièrement compromettre l'avenir du malade.

I

Nous sommes habitués à ne voir dans les oreillons qu'une maladie bénigne avec réaction générale des plus modérées, et même à ne point redouter outre mesure les phénomènes typhoïdes et les accidents nerveux qui dramatisent parfois la scène morbide, pour s'atténuer et disparaître rapidement. C'est l'absence de manifestations d'origine nettement infectieuse qui explique, jusqu'à un certain point, l'erreur où sont tombés maints cliniciens distingués, s'obstinant à ne voir dans les oreillons qu'une maladie locale. Et cependant, dans un grand nombre de cas, on observe tel ou tel phénomène qui, pour ne pas être à lui seul caractéristique de l'état infectieux, n'en suscite pas moins le soupçon d'un processus de cet ordre. C'est ce qu'a fort bien indiqué Karth dans son excellente thèse (*Sur une forme grave d'oreillons*, Paris, 1883). Il a eu, du reste, la bonne fortune d'observer dans le service de son maître, le professeur Bouchard, « un exemple d'oreillons arrivés à leur summum d'intensité, représentant, si l'on veut, la forme hypertoxique de la maladie ». Début par fièvre vive, vomissements, céphalalgie, insomnie; période d'état caractérisée, en dehors des fluxions parotidienne et sous-maxillaire, par un gonflement énorme du cou, un œdème conjonctival et palpébral très prononcé, une stomatite et une angine desquamatives intenses, enfin par l'hypertrophie de la rate et une albuminurie tenace, le tout ayant duré plusieurs semaines avec un état général grave : n'y a-t-il pas dans ce complexus symptomatique les signes les plus manifestes d'un processus infectieux?

Il ne s'agit pas là d'ailleurs d'un fait unique, qui puisse prêter à des interprétations multiples; car, pour ne parler que des observations récentes, l'infectiosité était tout aussi accusée dans celle qui a fait l'objet d'une clinique récente de M. le professeur Jaccoud, résumée dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (février 1884). Chez ce malade aussi on avait constaté une tuméfaction notable de la rate, de l'albuminurie, et en outre, chose absolument exceptionnelle dans les oreillons, une poussée endopéricarditique.

Dans les tableaux morbides de ce genre, deux faits surtout méritent d'être relevés : la splénomégalie et l'albuminurie, deux phénomènes à peine mentionnés dans les ouvrages classiques.

La tuméfaction de la rate, considérée à si juste titre comme caractéristique des états infectieux, avait déjà été notée par divers auteurs, tels que Gerhardt et Colin. Peut-être la rencontrerait-on fréquemment si l'on s'attachait à percuter la région splénique dans tous les cas d'oreillons.

N'en serait-il pas de même pour l'albuminurie, que l'on n'a guère l'occasion de rechercher, vu la rareté des oreillons dans les milieux hospitaliers et les difficultés de l'examen uroscopique dans la pratique civile? Il est permis de le croire; car, on le sait, les observations ne manquent pas d'albuminurie plus ou moins abondante, plus ou moins tenace, avec ou sans anasarque, consécutive à cette maladie. Récemment encore Croner rapportait à la Société de médecine interne de Berlin (février 1884) l'histoire d'un enfant de six ans qui, dans le cours des oreillons, eut une néphrite aiguë des plus

---

ple, les femmes indigènes ont recours lors de l'accouchement à des pratiques sauvages. On ne se figure pas quels supplices doit endurer une pauvre femme en cas de dystocie : des talismans sont d'abord appliqués, puis l'iman récite du haut du minaret une prière ecbolique et jette un œuf à terre : c'est une pratique respectée et puissante. Si elle échoue, on fait marcher la parturiente pieds nus sur un débris de vase, elle accouchera d'autant mieux qu'elle le brisera plus tôt; on lui administre de l'eau dans le soulier de son père. Ce sont là des moyens d'attente et de douceur; quand la dystocie persiste, on a recours à d'autres procédés plus énergiques : la femme est couchée sur le dos et les voisines lui piétinent l'abdomen. L'accouchement ne se fait pas; on la fait sauter à la couverture, on la suspend pendant une minute ou deux après avoir lié le bras et la jambe du même côté. On tue de la sorte quantité de personnes qu'une intervention très simple eût certainement sauvées. Le difficile, c'est d'amener un Turc à appeler un médecin. La fille d'un bimbaschi (chirurgien-major) eut un premier accouchement difficile. On employa tous les procédés nationaux, et comme une personne présente parlait d'un praticien européen : « Ma fille mourra si son heure est arrivée, répondit gravement le bon bimbaschi, mais nous n'appellerons jamais un homme près d'elle. »

— Les tribunaux autrichiens sont parfois durs envers les négligences professionnelles. Un jugement rendu à Vienne a excité parmi les médecins du pays une pénible émotion. Le docteur Spintzer a été condamné et l'exercice de son art lui a été interdit dans des conditions singulières. Si ce jugement est confirmé en appel, la pratique deviendra extrêmement difficile, car il rend les médecins responsables de la manière dont sont exécutées leurs prescriptions. Une cliente de M. Spintzer lui demande ce qu'il faut faire contre une engelure dont sa petite fille était atteinte. Le docteur conseille une application de collo-

intenses. L'albuminurie est ordinairement passagère, et, dans ces cas, on pourrait l'attribuer à la dyscrasie fébrile. Mais cette interprétation pathogénique n'est plus de mise lorsqu'il se produit, dans le cours ou au déclin des oreillons, un véritable mal de Bright aigu avec anasarque généralisée, qui peut passer à la chronicité ou même se terminer par la mort, comme dans les faits de Renard (*Union médicale*, 1869) et de Colin (*Union médicale*, 1876). Ici évidemment nous sommes en présence d'une néphrite infectieuse analogue à celles de la scarlatine, de la fièvre typhoïde, de la tuberculose; ce qui vient d'ailleurs à l'appui de cette manière de voir, c'est la présence, constatée par M. Bouchard chez son malade, de bactéries en nombre considérable dans les urines, alors qu'elles étaient le plus albumineuses, et leur disposition au moment où l'albuminurie avait notablement diminué.

De là à assigner aux oreillons une origine parasitaire, il n'y aurait qu'un pas, et cela d'autant plus que leur histoire clinique ne répugne en aucune façon à cette conception. Malheureusement l'expérimentation n'a point encore donné la réponse qu'on était en droit de lui demander. Si Capitan et Charrin ont trouvé des micro-organismes dans divers liquides, tels que la salive et le sang, si même ils ont pu cultiver ces microbes (Société de biologie, 1881), ils ont échoué dans leurs tentatives d'inoculation, qui seules eussent été probantes, et d'autres expérimentateurs ont eu le même insuccès. Il n'est donc pas encore acquis que ces microbes, dont d'ailleurs les caractères morphologiques n'ont été indiqués que d'une manière fort vague, soient la cause de la maladie. L'origine parasitaire des oreillons est très probable; elle n'est pas rigoureusement démontrée. Comment, du reste, s'en étonner, puisque nous sommes logés à la même enseigne pour les maladies qui offrent avec les oreillons les analogies les plus évidentes, les fièvres éruptives?

II

Si les travaux que nous venons de mentionner offrent surtout de l'intérêt au point de vue de la pathologie générale, et ouvrent à l'expérimentation des horizons nouveaux, ceux qu'il nous reste à analyser présentent des applications pratiques plus directes. Ils ont trait, en effet, à des complications fort graves des oreillons, qui jusqu'à ce jour avaient passé à peu près inaperçues : celles qui se produisent du côté des sens et en particulier du côté de l'ouïe.

C'est à une intéressante monographie de Lemoine et Lannois (*Revue de médecine*, septembre 1883) que nous avons emprunté les données relatives à la surdité d'origine ourlienne, lorsque tout récemment notre attention fut dirigée dans ce sens par la constatation de deux faits de cette nature.

Le silence presque absolu, à cet égard, des pathologistes et même des spécialistes est d'autant plus surprenant, que Toynbee, dans son Traité classique, a signalé en termes fort nets, quoique succincts, la fréquence de la surdité unilatérale à la suite des oreillons. D'ailleurs, du jour où Bück (de New-York) eut rapporté trois faits de ce genre au Congrès annuel des otologistes américains de 1881, les observations analogues se multiplièrent; dans leur monographie, Lemoine et Lannois en résument treize, auxquelles on en peut ajouter une quatorzième, publiée récemment par Moos (*Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 3).

En présence de ce nombre relativement élevé d'observations recueillies en si peu de temps, on est en droit, ce semble, d'affirmer que la dysécie au cours des oreillons n'est pas une complication absolument exceptionnelle, et cela d'autant plus que ces documents n'ont guère été fournis que par des otologistes, consultés seulement pour une surdité tenace et prononcée. N'est-il pas admissible que bien des cas de dysécie incomplète ou passagère passent inaperçus, surtout chez des enfants, qui n'appellent guère l'attention de leurs parents de ce côté? Nous le croirions d'autant plus volontiers que, dans les deux cas auxquels nous avons fait allusion, les accidents auriculaires eussent été méconnus sans la vigilance des parents et sans les manifestations douloureuses qui les ont accompagnés.

N'est-il pas aussi possible que telles surdités d'origine indéterminée reconnaissent une pareille origine? Sans l'affirmer d'ores et déjà, ce qui serait évidemment prématuré, on est porté à le croire, pour peu qu'on songe à la fréquence des formes frustes d'oreillons, surtout d'oreillons unilatéraux, méconnues par les parents des jeunes malades, et même par les médecins trop imbus de l'idée que les ourles sont toujours bilatéraux.

Quoi qu'il en soit de ces questions encore en suspens, voici quelle serait, d'après les documents à notre disposition, l'évolution de la surdité dans les oreillons.

Les troubles auriculaires s'observent à tous les âges, chez les adultes aussi bien que chez les enfants; la surdité paraît être à peu près aussi souvent bilatérale qu'unilatérale.

Le plus souvent, c'est quelques jours après le début de l'affection principale qu'elle est constatée; dans les deux cas que nous avons recueillis, elle n'avait été remarquée par

---

dion iodé. Comment l'ordonnance fut-elle comprise? c'est ce que les débats n'ont point établi. Le médecin prétend qu'il avait recommandé de badigeonner seulement les points rouges, la plaignante ne se rappelle rien de pareil. Elle n'a retenu du conseil du médecin qu'une seule chose, c'est que les badigeonnages étaient utiles : elle en fit deux ou trois quotidiennement pendant plusieurs jours de suite, elle ne s'arrêta qu'en présence de vives douleurs accusées par sa petite fille ; le médecin appelé à ce moment constata une gangrène des deux dernières phalanges. Voilà les faits que le tribunal a considérés comme un délit grave. La presse a pris parti pour M. Spintzer: le collodion iodé ne saurait causer une gangrène du doigt; il est probable qu'au moment de l'application le processus était commencé; sans doute le médecin a eu tort de conseiller un médicament sans avoir vu la malade, car la constriction exercée a pu accélérer les choses; mais les parents de leur côté ont eu tort de laisser l'enfant souffrir longtemps sans le prévenir. Ils ont mal interprété la prescription, c'est certain. Qu'arriverait-il si la loi intervenait toujours avec une pareille sévérité? Un médecin légiste, le docteur Doll, était pour beaucoup dans la sentence. Les considérations du *Wien med. Wochenschr.* ont eu la propriété de l'agacer profondément; il a relevé avec aigreur certains détails qu'il déclare erronés. Malheureusement pour lui il n'a pu démontrer que l'application de collodion iodé sur un doigt atteint d'engelure soit une cause fréquente de gangrène, de sorte qu'il y a des raisons d'espérer que la Cour d'appel n'adoptera pas précisément la jurisprudence du tribunal de première instance. La chose est arrivée il y a quelque temps dans une affaire d'un autre ordre : un paysan, poursuivi pour avoir fait à un de ses voisins une blessure que le certificat de l'expert déclarait grave, fut condamné à une peine insignifiante, parce que, disait le jugement dans ses considérants, cette blessure *était légère*. Appel *à minima* fut interjeté par le Ministère public; en seconde instance, le jugement a été cassé. « Si un rapport est obscur, dit la Cour,

les parents des malades que douze et dix jours après la guérison, en apparence complète, d'oreillons à évolution fort bénigne. Rarement les troubles auditifs précèdent de deux ou trois jours les fluxions parotidiennes.

D'habitude les malades accusent au début des bourdonnements d'oreille, des sifflements, une douleur plus ou moins vive, quelquefois extrêmement pénible; enfin on a signalé, comme dans la maladie de Ménière, des sensations vertigineuses, des nausées ou des vomissements; mais jamais on n'a constaté de mouvements convulsifs, ni de perte de connaissance. Dans les deux cas que nous avons observés, il s'était produit un certain malaise, un peu d'abattement au moment où les accidents auriculaires avaient commencé.

Quant à la surdité, et c'est un fait caractéristique, elle a une marche extrêmement rapide; en quelques heures, en deux ou trois jours au plus, elle est complète, et cependant l'examen du tympan, du pharynx et des trompes d'Eustache montre que toutes ces parties sont à l'état normal.

Si l'on en croyait les auteurs cités par Lemoine et Lannois, la surdité serait incurable; c'est à peine si, dans quelques cas, on a pu par un traitement énergique amener une amélioration légère. Or il n'en a pas été ainsi dans nos deux cas; tout au contraire, l'ouïe est progressivement revenue à peu près à la norme; le seul enfant que nous ayons pu suivre entend aujourd'hui presque aussi bien de l'oreille atteinte que de l'oreille restée saine. Il est à présumer que des faits de ce genre ne feront pas défaut quand on prendra soin d'examiner les fonctions auditives chez tous les malades, alors même qu'aucun phénomène subjectif n'attire l'attention de ce côté.

Quel est le siège de la lésion, quelle est la nature du processus qui amène la surdité? En dehors de l'autopsie, où Toynbee trouva une hémorrhagie du labyrinthe, nous ne possédons aucune donnée anatomo-pathologique; mais, avec tous les auteurs, on peut admettre qu'il s'agit d'une affection labyrinthique. Se produirait-il, comme le veut Brünner, un épanchement séreux ou séro-fibrineux, qui comprimerait et plus tard atrophierait les organes si délicats du labyrinthe? Cette hypothèse est d'autant plus séduisante, qu'elle établit une analogie entre l'affection auriculaire et les manifestations testiculaires; de part et d'autre, exsudat d'abord, atrophie consécutive.

Reste à savoir si la lésion labyrinthique est, comme le prétendent certains auteurs, le résultat de la propagation du processus fluxionnaire, depuis la parotide ou l'arrière-bouche jusqu'à l'oreille, soit le long du nerf facial, soit à travers la scissure de Glaser et les trous voisins du temporal. C'est à cette dernière interprétation que se rattache Gruber dans un récent travail sur les rapports qui existent entre les inflammations de la région parotidienne et les affections de l'oreille (*Wien. Allg. med. Zeit.*, 1884, n°s 4 et 6). Enfin on pourrait admettre que l'énanthème buccal, signalé par divers auteurs, en particulier par M. N. Gueneau de Mussy, au cours des oreillons, se propage à l'oreille par la trompe d'Eustache.

Certains faits d'otite consécutive aux oreillons sont évidemment justiciables de ces diverses interprétations; mais telle ne peut être la pathogénie des cas où les troubles auditifs se sont produits au début de la maladie, ni de ceux où la surdité n'a apparu que plusieurs jours après la guérison complète de l'affection primitive. D'ailleurs la rapidité d'évolution de la surdité, en dehors parfois de tout autre phénomène morbide dans la sphère auditive, cadre difficilement avec l'hypothèse d'une inflammation propagée.

On est donc conduit à admettre qu'il s'agit ici d'une localisation de la maladie ourlienne, absolument indépendante de ses déterminations habituelles. Les oreillons ne frapperaient pas seulement les glandes, glandes salivaires et testicule, mais encore les organes des sens, l'oreille, et parfois même l'œil; car, ainsi que le font remarquer Lemoine et Lannois, il paraît exister une certaine analogie entre ces troubles auditifs et ceux qui ont pour siège l'appareil de la vision : conjonctivites connues depuis longtemps, amblyopies récemment étudiées par M. Hatry, enfin névrite optique avec atrophie papillaire signalée dans un cas, en 1883, par M. Talon. Ces accidents, du côté de la vision, semblent d'ailleurs être absolument exceptionnels.

En résumé, réserves faites sur la question de pathogénie, une donnée importante se dégage de cette histoire encore fort incomplète, c'est qu'il faut toujours examiner la fonction auditive chez les individus atteints d'oreillons, et redouter chez eux la production de troubles qui peuvent annoncer une infirmité incurable de la plus haute gravité.

L. Dreyfus-Brisac.

---

on peut provoquer une autre expertise, mais jamais dans une question technique un tribunal ne doit substituer sa propre appréciation à celle du médecin légiste ».

Dr L. Thomas.

Nécrologie. — Nous apprenons, avec regret, la mort de M. le docteur Vaillant, médecin inspecteur des armées, décédé le 16 juillet dernier, à Saintry, près Corbeil, à l'âge de quatre-vingt-quatre ans. M. Vaillant avait présidé pendant six ans le Conseil de santé des armées. A la tête des représentants de la médecine militaire présents à ses obsèques figuraient M. le baron Larrey, M. le médecin inspecteur général Legouest, président du comité consultatif de santé, et M. le médecin inspecteur L. Colin, neveu du défunt. L'inhumation a eu lieu à Rambervillers (Vosges), au milieu d'un grand concours de parents et d'amis.

— C'est aussi avec un vif regret que nous annonçons la mort de M. le docteur Rathery, médecin de l'hôpital Tenon, qui a succombé à Fontenay-aux-Roses, le 18 juillet dernier, aux suites d'une affection rhumatismale qui depuis trois mois l'avait tenu éloigné de son service hospitalier. Arrivé aux hôpitaux grâce à un labeur opiniâtre qui lui permit de surmonter toutes les difficultés causées par la maladie dont il était atteint, M. Rathery avait, à diverses reprises, soit à la Société médicale d'émulation, dont il fut l'un des membres les plus actifs, soit à la Société des hôpitaux, donné la preuve de ses aptitudes scientifiques. Nous perdons en lui un confrère estimable à tous les points de vue, et digne de l'affection de tous ceux qui l'ont connu.

Faculté de Montpellier. — La chaire de chimie de la Faculté des sciences de Montpellier est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

La contagion de la tuberculose et sa prophylaxie. — Rapport lu à la Société médicale des hôpitaux, par M. E. Vallin.

(Fin. — Voyez le numéro 29.)

Ce qui est facile dans une famille aisée, sous la direction d'un médecin, est presque irréalisable dans un ménage pauvre, où toute la famille vit parfois dans une chambre unique, où les enfants seront peut-être obligés de coucher dans le lit où la veille leur mère est morte phthisique. Nous rencontrons ici la grande et difficile question de la désinfection à la suite des maladies contagieuses, de la variole de la scarlatine, de la diphthérie; il n'est pas douteux qu'il faut la régler d'abord pour ces dernières maladies, avant de rien réclamer pour la tuberculose, dont la transmissibilité est moins évidente ou moins acceptée.

Mais il est difficile de ne pas s'émouvoir du danger que font courir les chambres d'hôtel et les appartements garnis, dans les stations d'hiver ou dans les villes d'eaux fréquentées par les tuberculeux. Nous avons demandé des renseignements précis à plusieurs de nos confrères qui résident dans ces localités, en particulier à Menton, à Cannes, aux Eaux-Bonnes, etc.; la situation est déplorable et le danger nous semble réel.

Dans la plupart de ces villes, quand un décès a eu lieu dans un hôtel, à la suite de tuberculose, d'ailleurs, comme à la suite d'une autre maladie, on exige une indemnité qui est d'ordinaire de 300 francs; on paye, mais la désinfection n'est pas faite.

Voilà ce que nous écrit notre collègue, M. Gimbert (de Cannes):

« Si le malade meurt, la famille sera obligée de payer toute la literie (matelas et couvertures, draps actuellement employés), qui sera donnée aux petites sœurs des pauvres; mais de désinfection par les antiseptiques, point; pour le maître d'hôtel, il n'y a qu'un décès, peu importe la cause de la mort; il perçoit une indemnité, et il est satisfait. A moins que le médecin n'intervienne et n'exige quelques précautions, le lendemain de l'enlèvement du corps la chambre sera de nouveau habitée. Je dois dire que, depuis deux ans environ, avertis des dangers qu'ils encourent d'une mauvaise réputation, ils font après décès des nettoyages à fond; mais c'est toujours très élémentaire. »

Il en est de même à Menton, aux Eaux-Bonnes. Nous avions demandé à nos collègues s'il existait dans leur station un établissement industriel pouvant désinfecter réellement la literie. « Il n'existe pas aux Eaux-Bonnes, nous écrit M. Leudet, de désinfection réelle pour les objets de literie, les tapis, les rideaux qui ont été en contact plus ou moins prolongé avec les phthisiques. Je ne sache pas qu'une épuration à l'étuve soit jamais pratiquée pour un quelconque de ces objets, et nous ne possédons aucun établissement où cette épuration pourrait être pratiquée. »

M. Daremberg nous dit qu'à Menton un industriel utilise parfois un four pour y désinfecter par la chaleur les tapis, la literie, les rideaux provenant d'une chambre où est mort un phthisique; mais c'est une mesure exceptionnelle, qui n'est prise que rarement, sur la demande expresse du médecin ou des parents; le plus souvent on ne fait qu'un nettoyage banal, et la chambre est habitée le lendemain ou le surlendemain.

En résumé, on n'intervient qu'à la suite d'un décès, et encore se borne-t-on le plus souvent à un simulacre de désinfection; quand une chambre d'hôtel ou un appartement garni a été occupé pendant plusieurs mois par un tuberculeux en pleine consomption, qui change de station ou retourne dans sa résidence habituelle, on ne prend aucune précaution. On se contente de balayer et d'essuyer les meubles, et un nouveau client, peut-être simplement menacé de tuberculisation pulmonaire, vient coucher sur les matelas et les oreillers imprégnés des sueurs du prédécesseur, sous les rideaux épais d'une alcôve qui est saturé des produits de sa respiration. A la fin de la saison, une chambre peut avoir donné successivement asile à deux ou trois phthisiques atteints de cavernes et de bronchorrhée, et l'on a peine à se défendre de l'idée que le dernier venu court un certain danger.

M. Gimbert, qui « croit aujourd'hui à la contagion de la phthisie, après avoir cru le contraire autrefois », nous dit que, lorsqu'un tuberculeux a passé toute une saison dans une chambre d'hôtel à Cannes et qu'il se déplace, les objets de literie sont simplement soumis au nettoyage général de la maison, qui se fait à la fin de chaque saison.

Et cependant voici ce qu'il nous écrit sur les mœurs locales :

« La plupart des malades, ici, préfèrent cracher dans des linges, la nuit et même toujours. Ces objets infectés, joints aux flanelles, chemises, draps de lit imprégnés de leurs sueurs, sont mélangés avec le linge de tout le monde, lavés et blanchis ensemble. C'est là une pratique déplorable..... Légitimement ému de ce danger, j'ai pu obtenir d'une Société, qui fonde à cette heure pour les hôtels une blanchisserie modèle, une salle de désinfection où les linges de tous les malades, les laines de literie, seront passés à l'étuve à 100 degrés en temps opportun, ou tout le moins une fois l'an. »

Le danger n'est pas douteux; comment peut-on y parer? Est-ce en instituant, comme le demandait récemment pour San-Rémo M. le docteur Warlomont (1), dans un livre et dans un mémoire intéressant, est-ce en instituant un corps de *désinfecteurs-jurés*, qui, sur la réquisition des propriétaires ou des locataires principaux d'immeubles, d'hôtels, de villas, etc., procéderaient à la désinfection rigoureuse des locaux et du mobilier, et délivreraient des attestations qui seraient une garantie pour le nouvel occupant? La mesure est excellente, mais ne nous paraît guère applicable qu'aux hôtels et aux stations thermales ou d'hiver.

Il est tout au moins indispensable que dans toutes les stations fréquentées par les phthisiques, il y ait un établissement industriel capable de purifier par la vapeur à 100 degrés la literie, les couvertures de laine, les édredons, etc., ayant servi aux personnes malades de la poitrine ; la surveillance des médecins, l'intérêt bien entendu des hôteliers et des logeurs, rendraient bientôt habituelle, sinon obligatoire, cette désinfection, qui aujourd'hui est matériellement impossible. En outre, dans ces stations au moins, on devrait proscrire des chambres d'hôtel les rideaux en tissu de laine, les tapis, tout ce qui se souille inévitablement et ne peut se laver; on les remplacerait par des rideaux de lit et de croisée en toile ou en coton, qui seraient blanchis à peu de frais à chaque changement de locataire, de la même manière qu'on renouvelle les draps d'un lit pour un nouvel occupant; les tapis de laine seraient remplacés par des nattes, les meubles rembourrés par des sièges à fond canné et natté (il en est de très confortables); le parquet en bois blanc serait chaque fois lessivé et brossé. Nous avons traversé à Cannes un hôtel aménagé de la sorte, où tout danger nous semblait évité. Chaque année, pendant la période de chômage, il y aurait avantage à débarrasser les chambres de tout le matériel d'ameublement, et à y faire brûler 30 grammes de soufre par mètre cube, ou à faire dégager les oxydes nitreux en laissant tomber goutte à goutte de l'eau dans un vase contenant 60 centigrammes de sulfate de nitrosyle (cristaux de chambres de plomb, acide nitrosulfurique) par mètre cube de l'espace à désinfecter. Après

(1) Warlomont, *Où faut-il passer ses hivers?* (*Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, 31 mai 1884, p. 513).

cette opération, on laisserait les chambres largement ouvertes et ventilées, pendant une quinzaine de jours ; la dépense serait insignifiante, et la sécurité parfaite pour les valétudinaires de la saison prochaine.

La tuberculose est, avec la fièvre typhoïde, le véritable fléau de toutes les armées européennes ; il n'est nullement invraisemblable que la transmission joue son rôle dans cette fréquence de la maladie, qui augmente avec la durée du service militaire, malgré le bénéfice de l'âge et les épurations incessantes par décès, réformes et retraites des soldats tuberculisés. Il serait désirable que les mesures de désinfection, qui ont fait de grands progrès en ces dernières années dans les locaux militaires, fussent généralisées; tous les ans, avant l'arrivée des nouveaux contingents, les casernes devraient être successivement évacuées pendant une huitaine de jours; les troupes seraient pendant ce temps exercées dans les camps du voisinage ou feraient étape. On procéderait à l'assainissement complet de la caserne, et en particulier à la désinfection des chambrées par la combustion du soufre, qui est le plus pratique et le moins dispendieux des agents purificateurs.

Le même traitement devrait être imposé, une fois au moins par an, à toutes les salles des hôpitaux, des hospices, des prisons, etc. Les murailles se souillent de la même façon que les habits que nous portons, et quand même le danger des maladies transmissibles ne serait pas aussi réel que nous le croyons, on a peine à comprendre qu'on ne détruise pas au moins une fois tous les ans les impuretés dont s'imprègnent les parois de nos habitations et surtout de nos hôpitaux.

Nous ne dirons que quelques mots sur la nécessité de désinfecter rigoureusement, avant de les faire porter à un autre, les pièces d'habillement qui ont servi à un phthisique. On prétend qu'en Italie on brûle ces vêtements; la vérité est que souvent on se contente de les battre et de les laver; ce sont deux extrêmes qu'il faut éviter. En France et dans l'Europe centrale on ne prend aucune précaution et l'on a tort. M. Villemin (1) a cité ici même l'histoire d'une jeune fille qui devint phthisique après avoir hérité à la fois de la chambre et de la garde-robe de sa sœur aînée ; dans l'une des observations que nous avons empruntées à l'enquête anglaise (n° 188), un jeune homme qui ne semblait nullement prédisposé devint également tuberculeux, après avoir porté les vêtements de son frère, lequel avait contracté la phthisie aux Indes ; mais là encore il avait habité la chambre dans laquelle son frère était venu mourir; il avait même partagé son lit, de sorte que l'agent de la transmission reste indécis. Les observations rigoureuses font défaut, il faut le reconnaître; on se trouve en face de préjugés ou d'inductions; la prudence néanmoins recommande certaines précautions. Il ne peut y avoir aucun danger à porter le linge qui a été lavé et lessivé à l'eau bouillante. Mais les robes, les châles, les habits de drap, dont le nettoyage est plus difficile, peuvent avoir été souillés par le contact immédiat des malades, par les produits de l'expectoration dont tant d'occasions et d'accidents y laissent des traces. Il est désirable que ces pièces de vêtement ne soient utilisées qu'après une désinfection complète par la vapeur à 100 degrés.

La question de l'isolement des tuberculeux a été posée à plusieurs reprises en ces dernières années : il nous semble assez facile de la résoudre.

Il ne peut être question d'isoler les phthisiques dans la vie privée; la mesure est impraticable; elle n'est nullement nécessaire. La transmissibilité de la tuberculose est sinon douteuse, au moins restreinte; ce qui est dangereux, ce n'est pas le contact passager, mais la vie permanente, intime, auprès des malades. Nous avons vu qu'à l'aide de certaines précautions hygiéniques, qui tournent d'ailleurs au bénéfice du traitement, il est facile de rendre le voisinage des malades tout à fait inoffensif pour les personnes saines, vigoureuses et résistantes.

On a proposé d'isoler les tuberculeux dans des hôpitaux, et un épidémiologiste éminent, M. le professeur Corradi (de Pavie) (1), traitant cette question au Congrès international d'hygiène de Genève en 1882, « recommandait vivement l'institution d'hôpitaux exclusifs, ou tout au moins de pavillons séparés pour les phthisiques ».

Dans la discussion qui a suivi la lecture de ce mémoire, voici ce que nous disions :

« Si cette institution a pour but d'éloigner les phthisiques des hôpitaux où la place manque pour les maladies aiguës, si elle a pour effet d'établir des hospices spéciaux loin des villes, dans des régions où l'hiver est plus doux, par exemple sur le littoral de la Méditerranée, nous y applaudissons ; mais nous ne croyons pas nécessaire d'isoler dès à présent les phthisiques par crainte de la contagion, de la même manière qu'on isole les varioleux ou les diphthéritiques. Déjà nous avons une peine extrême à obtenir dans nos hôpitaux un isolement sérieux pour les fièvres éruptives, et nous pourrions citer plus d'un grand hôpital, celui de Rouen par exemple, où les varioleux sont couchés dans la même salle, à côté de rhumatisants ou de pneumoniques. Avant de demander l'isolement des phthisiques, obtenons d'abord l'isolement des cas de croup, de variole ou de rougeole dans tous nos hôpitaux d'enfants. »

M. Debove (2) fait très bien remarquer qu'un hôpital de phthisiques serait considéré comme l'antichambre de l'amphithéâtre; les malades se refuseraient à y entrer, et il serait cruel de les y contraindre en leur refusant l'accès des hôpitaux généraux.

Il nous paraît suffisant de prendre certaines précautions dans la répartition et l'hygiène de ces malades. C'est un exemple de plus de la nécessité de constituer un hôpital en pavillons indépendants, où les malades peuvent être répartis par groupes similaires, suivant la nature des soins qu'ils réclament. De même qu'il n'est pas bon de placer un typhoïde, qui a besoin d'une aération constante, à côté d'un rhumatisant ou d'un pleurétique qui craint les refroidissements, de même on évitera de placer les phthisiques au voisinage de bronchitiques, de convalescents de rougeole, et en général de malades atteints d'affections aiguës de l'arbre bronchique. Ces précautions, ainsi que la désinfection rigoureuse des crachats, le renvoi hâtif, soit en convalescence, soit en réforme, des soldats présentant les premiers signes de la tuberculose, sont recommandées dans l'armée allemande par une circulaire ministérielle en date du 31 août 1882; c'est un exemple à suivre.

Les produits de l'expectoration doivent être plus surveillés qu'ils ne le sont d'ordinaire dans nos hôpitaux ; les crachoirs doivent être constamment garnis d'une poussière humectée de liquide désinfectant, vidés en lieu sûr et passés à l'eau bouillante; on doit partout supprimer les draps d'alèze servant de crachoirs; quand la faiblesse des malades est vraiment assez grande pour qu'ils ne puissent eux-mêmes recueillir et diriger leur expectoration, il faut les assister et leur venir en aide. En tout cas, les linges souillés par eux doivent être sinon immédiatement immergés dans de l'eau bouillante, au moins aspergés fortement avec une solution glycérinée de chlorure de chaux ou d'acide phénique (1 pour 150), afin d'empêcher le dégagement des poussières ; ils ne doivent jamais séjourner au voisinage des salles et

(1) Villemin, *De la prophylaxie de la phthisie pulmonaire* (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, séance du 24 janvier 1868).

(1) Corradi, *La contagion de la phthisie pulmonaire au point de vue de l'histoire et de l'hygiène publique* (discussion) (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1882, p. 736).

(2) Debove, *Leçons sur la tuberculose parasitaire*, 1884, p. 67.

être emportés sans retard à la buanderie dans des boîtes ou des paquets fermés.

En attendant qu'on supprime de tous les hôpitaux les rideaux et les ciels de lit que l'hygiène réprouve, on devra au moins les renouveler toutes les fois qu'un malade abandonne un lit, à la suite d'une affection transmissible ou suspecte : fièvre typhoïde, tuberculose, érysipèle, septicémie chirurgicale, etc. Il devrait en être de même des matelas, des couvertures, de la literie, qui réclament une désinfection complète. Ce n'est pas seulement pour la tuberculose que la mesure est nécessaire, elle devrait être générale, rigoureuse, quelle que fût la nature de l'affection. Nous avons visité l'année dernière l'hôpital de Southampton (1); nous nous sommes assuré qu'on désinfectait rigoureusement dans une étuve parfaitement aménagée tout ce qu'un malade quelconque apportait avec lui à l'hôpital, puis l'on déposait ces objets au vestiaire; au moment de sa sortie, la literie, les vêtements qui lui avaient servi, n'eût-il eu qu'une entorse, étaient également désinfectés par un séjour de deux ou quatre heures dans l'étuve, avant d'être portés dans les magasins et remis en service; le registre qui est en permanence près de l'étuve et sur lequel sont inscrits la date des opérations et le nom du malade, prouve que cette opération se fait avec une grande régularité et une dépense très minime. C'est une mesure de décence et de prophylaxie qu'il serait désirable de voir introduire dans les hôpitaux de nos grandes villes, et qui contribuerait à écarter le danger de transmission de la tuberculose.

Il est d'ailleurs difficile de mesurer ce danger dans les hôpitaux ; les opinions sont ici contradictoires. L'enquête faite en Angleterre, en 1882, par le docteur Williams à l'hôpital des phthisiques de Brompton (2), a porté sur le personnel médical ou subalterne, résidant ou non résidant, successivement employé dans cet hôpital depuis trente-six ans. Sur 377 personnes qui ont été en contact plus ou moins prolongé avec les phthisiques de l'hôpital, c'est à peine si l'on a pu attribuer à la contagion deux ou trois cas de phthisie. M. Landouzy, qui dans ses leçons faites en 1881 à la Charité, a particulièrement étudié la contagion de la tuberculose dans les hôpitaux, dit avoir souvent constaté des lésions tuberculeuses récentes chez les tabétiques, les paralytiques, les cancéreux qui meurent à l'hôpital après y avoir fait un long séjour. Dans la clientèle civile au contraire, cette complication terminale est rare : M. Landouzy cite un cas (*Progrès médical*, 1882, p. 703) où un malade atteint d'épithélioma gastrique peu volumineux, au bout de cinq mois de séjour à l'hôpital, fut enlevé par une tuberculose pulmonaire à marche rapide : ce malade couchait entre deux phthisiques, et notre collègue se demande si à la réceptivité plus grande causée par la cachexie d'origine stomacale n'était pas venue se joindre la contamination par les voisins.

M. Debove dit avoir été non point frappé, mais effrayé du chiffre de phthisiques fournis par le personnel d'infirmiers à l'hospice de Bicêtre. Pour lui les infirmiers des hôpitaux sont doublement exposés à la contagion; pendant le jour ils sont en contact avec les malades; la nuit, ils sont casernés et se trouvent au contact de leurs camarades déjà contagionnés. Malheureusement notre collègue ne donne aucune statistique appuyant cette opinion. Il cite une statistique de M. Laveran (3), d'après laquelle la mortalité par phthisie des infirmiers militaires serait annuellement de 4,4 par 1000 hommes d'effectif, tandis que pour toute l'armée elle est seulement de 2,27 pour 1000. Mais plus récemment, M. Marvaud (4), en tenant compte à la fois des décès et des éliminations par réformes, trouve 6,5 pertes pour 1000 hommes d'infanterie, et seulement 6 pour 1000 parmi les infirmiers. La différence est donc insignifiante, et les documents font défaut pour formuler une conclusion définitive.

Il me resterait à parler des moyens de prévenir le danger de la transmission de la tuberculose à l'homme, par l'usage du lait ou de la viande des animaux atteints de pommelière. La question est en ce moment à l'étude; elle est loin d'être résolue, et les mesures à prendre relèvent plus de la police sanitaire que de l'hygiène applicable dans la pratique journalière. Le danger toutefois est sérieux; pour le conjurer l'on ne saurait trop recommander de ne jamais boire que du lait bouilli, et de ne jamais manger la viande trop saignante.

La conclusion de la commission peut être formulée ainsi : La transmissibilité de la tuberculose par les malades est probable, quoiqu'elle ne soit pas rigoureusement démontrée; elle se fait surtout par l'intermédiaire des crachats et de l'air confiné. Bien que l'isolement des malades ne soit pas nécessaire, il importe de prendre certaines mesures prophylactiques, pour écarter les chances de transmission aux personnes qui sont en rapport habituel avec eux. Ces précautions sont formulées dans le rapport qui précède.

(1) *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, août 1883, p. 696.
(2) Williams, *The contagion of phthisis* (*The British medical Journal*, septembre 1882, p. 618 et 624. — *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1883, p. 260).
(3) Laveran, *Traité des maladies et épidémies des armées*, p. 312.
(4) A. Marvaud, *De la phthisie dans l'armée* (*Annales d'hygiène*, 1880, t. III, p. 235).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 21 JUILLET 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

LE BORAX COMME DÉSINFECTANT INTÉRIEUR. Note de M. *E. de Cyon*. — L'auteur rappelle les propriétés antiseptiques du borax, et son innocuité telle, qu'il peut être introduit dans l'organisme jusqu'à la dose de 15 grammes sans provoquer le moindre trouble, ainsi qu'il l'annonçait déjà en 1878 dans une note à l'Académie.

Depuis lors, la confiance de M. de Cyon n'a fait que grandir relativement aux excellentes qualités de ce médicament dans toutes les affections parasitaires ou microbiennes, et notamment comme un puissant préservatif du choléra. Son efficacité, dit-il, ressort de ce fait que pendant les précédentes épidémies cholériques les ouvriers employés dans les fabriques d'acide borique ont toujours été épargnés, tandis que dans le voisinage le tiers de la population succombait, comme à Lordevello, en Italie, par exemple, en 1864-1865.

Pris à la dose de 5 à 6 grammes par jour, le borax a non seulement une action directe sur les microbes contenus dans le canal intestinal, mais encore, passant dans le sang, il pourra y atteindre les bacilles qui y auraient pénétré. L'action constipante du biborate de soude n'est, en temps de choléra, qu'une indication de plus.

En résumé, ce qu'il convient de faire, c'est, d'une part, laver avec de l'acide borique ou avec une solution de borax toutes les muqueuses extérieures; de l'autre, mêler à la nourriture et à la boisson environ 10 grammes de borax par vingt-quatre heures; tel est le moyen proposé comme préventif par M. de Cyon.

LE CUIVRE ET LE CHOLÉRA. Note de M. *Burq*. — M. Bouley dépose une Note de l'auteur dans laquelle il maintient les trois grands faits suivants comme se dégageant de la longue campagne qu'il poursuit depuis 1849 en faveur du cuivre :

1° Les individus imprégnés de cuivre par un travail quotidien de ce métal ont toujours été indemnes du choléra, sauf les exceptions les plus rares.

2° De nombreuses expériences dans certains services hospitaliers ont démontré que de larges applications de cuivre

en nature, sous n'importe quelle forme, sont souveraines contre les crampes et les autres phénomènes nerveux propres au choléra.

3 Les observations des docteurs Lisle (25 guérisons sur 32 cas), Pellarin, Arnal, Blondet, Berger, etc., de même que les expériences de M. Burq faites à l'Hôtel-Dieu en 1866, avec la collaboration de M. Horteloup, ont montré que les sels de cuivre administrés largement par les voies supérieures et inférieures, voire même par la méthode endermique dans les cas les plus graves, sont le remède par excellence du choléra. Sur 66 cas connus de choléra confirmé, dont 18 appartiennent à l'Hôtel-Dieu, cas où l'absorption du remède pouvait encore se faire, il y eut 55 guérisons.

LE CHOLÉRA ET LE PRIX BRÉANT. — Plus de deux cents mémoires, notes ou communications sur le choléra et son traitement ont encore été adressés cette semaine à l'Académie. La plupart proviennent encore d'Espagne. Tous ont été renvoyés à la commission du prix Bréant.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 22 JUILLET 1884.— PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

L'Académie reçoit : 1° un *Compte rendu d'une épidémie de fièvre typhoïde à Aurillac*, par M le docteur *Fleys;* 2° *Une nouvelle observation d'opération césarienne*, par M. le docteur *Closmadeuc* (de Vannes); 3° le *Compte rendu d'une épidémie de fièvre typhoïde en Tunisie*, par M. le docteur *Coustou*, médecin-major; 4° un travail *sur l'influence des vaccinations multiples*, par M. le docteur *Sourris*, médecin-major; 5° un *Pli cacheté*, par M. le docteur *Joussenne*, etc.

CHOLÉRA. — M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre de M. *Fauvel*, dans laquelle le savant épidémiologiste annonce qu'il suit attentivement les discussions relatives au choléra. Il se propose à son retour d'appeler l'attention sur la question scientifique, qui a été fatalement négligée jusqu'ici. Il critique la communication de M. Sirus Pirondi et blâme l'affolement des autorités sanitaires de Marseille, affolement qui a fait naître les opinions les plus étranges et s'est traduit à l'étranger par des mesures quarantenaires qui seront plus désastreuses pour la fortune publique de la France qu'une grande guerre malheureuse. Après avoir félicité M. Brouardel d'avoir combattu les mesures ridicules imaginées pour s'opposer à la marche du choléra, M. Fauvel affirme que le *fait capital de la situation sanitaire* a été laissé dans l'oubli, à savoir : que tous les cas de choléra provenant de Toulon ou de Marseille sont restés stériles et n'ont pas créé de foyers d'infection. M. Fauvel en conclut dès à présent que le choléra de Toulon et de Marseille ne se propagera ni en France ni en Europe, ce qu'il attribue à la *non-contagiosité* de la maladie.

— A l'occasion de la lecture du procès-verbal, M. *Lunier* demande à l'Académie de mettre à son ordre du jour la discussion de l'*Instruction du Comité consultatif d'hygiène.* S'il reste entendu que l'Académie n'a pas visé cette instruction dans sa dernière séance lors du vote de la quatrième conclusion, il n'en est pas moins vrai que, dans sa lettre, le ministre lui a demandé de lui donner son avis sur tout ce qui concerne la santé publique en temps d'épidémie de choléra; or l'instruction du Comité d'hygiène avait précisément été rédigée dans ce but; il importe donc aujourd'hui d'examiner ce document.

Après avoir déclaré que l'Académie était maîtresse de son ordre du jour et que toutes les propositions pourraient lui être soumises, M. le président appelle M. Jules Guérin à la tribune.

PROPHYLAXIE DU CHOLÉRA. — Après avoir constaté que la Commission d'enquête a été dans l'impossibilité matérielle de démontrer l'importation du choléra à Toulon, M. *J. Guérin*, à la suite d'un supplément d'enquête auquel il s'est livré, avec le concours de MM. les docteurs Bourgarel et Combalat, s'attache à démontrer que les premiers cas de choléra qui ont été signalés, aussi bien à Toulon qu'à Marseille, se sont développés presque simultanément sur des points différents et éloignés les uns des autres et sur des sujets d'âge, de sexe, de profession différents et complètement étrangers les uns aux autres.

Il en a toujours été de même, dit M. J. Guérin, dans les diverses épidémies qui se sont succédé depuis 1832. En outre, bien avant qu'il fût question de l'épidémie de Toulon, plusieurs cas de choléra algides mortels ont été constatés à Marseille et à Toulon. Ces cas isolés, mais réels, ont passé inaperçus, mais ils enlèvent aux cas officiels, invoqués comme cause et point de départ de l'épidémie, leur priorité et leur signification.

En présence de ces faits, M. J. Guérin dit qu'il faut rejeter complètement la théorie de l'importation du choléra.

D'après lui, ce n'est pas non plus au contact des malades, à la présence de leurs déjections, etc., qu'il faut attribuer la propagation de la maladie. Les épidémies de choléra sont soumises aux lois qui règlent l'évolution et la propagation des autres maladies virulentes et infectieuses, elles sont un produit de certaines constitutions médicales, résultant de modifications successives de l'atmosphère et de l'organisme. C'est en vain, ajoute l'orateur, qu'on a voulu distinguer plusieurs espèces de choléra : les choléras asiatique, nostras, sporadique, épidémique, etc. Qu'il soit né et observé dans l'Inde ou à Paris, à Toulon ou à Marseille, le choléra est susceptible de présenter dans ces diverses localités les mêmes formes, les mêmes degrés, les mêmes lésions, la même faculté de se transmettre; si tantôt il reste localisé et tantôt présente un caractère envahissant, c'est le fait, non pas d'une différence de nature, mais de circonstances contingentes secondaires qui existent à certaines époques et manquent à d'autres.

En ce qui concerne la prophylaxie, M. J. Guérin considère les mesures sanitaires employées comme des institutions caduques, qui devront être remplacées par le système des avertissements à domicile. Traiter la diarrhée prémonitoire, voilà la seule prophylaxie du choléra. Il faudrait donc, en temps d'épidémie, que des médecins fussent chargés d'aller de maison en maison s'enquérir de l'existence de la diarrhée et de porter immédiatement remède aux malades.

Pour démontrer l'efficacité de ce système, M. J. Guérin rappelle qu'en Angleterre où il a été institué depuis 1849, sur 130 000 malades traités de la diarrhée prémonitoire, 250 seulement ont eu le choléra complet, quoique 6000 au moins touchassent à la période caractéristique de la maladie.

M. J. Guérin termine sa communication en reproduisant les conclusions qu'il a déjà formulées l'année dernière à l'occasion du choléra d'Egypte.

ÉLECTIONS. — Au cours de la séance, M. le docteur *Delore* (de Lyon) a été élu correspondant national dans la deuxième division par 32 voix sur 62 votants.

— Les membres destinés à faire partie de plusieurs commissions de prix de l'Académie ont été également nommés dans cette séance.

— A quatre heures quarante-cinq, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport sur les titres des candidats à la place de correspondant étranger.

— A cinq heures la séance est levée.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 16 JUILLET 1884.— PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Cancer du sein chez une femme enceinte : M. Larger. Discussion : MM. Trélat, Polaillon, Terrillon, Guéniot, Verneuil. — Ostéome du frontal. Rapport : M. Chauvel. — Corps fibreux et kyste de l'ovaire, opération : M. Terrier. — Pseudarthrose de l'avant-bras : M. Després.

M. *Larger* désire avoir l'opinion de ses collègues sur le cas suivant. Une femme jeune, de vingt-sept ans, est atteinte d'une tumeur au sein droit; du volume d'un petit œuf qu'elle avait avant la grossesse, elle est arrivée à l'heure actuelle au volume d'une tête d'adulte. On est sans conteste en présence d'un encéphaloïde très vasculaire, mais n'offrant pas d'adhérences profondes et n'ayant pas encore retenti sur les ganglions; une ponction qu'on y a faite a déterminé une ulcération qui donne lieu à de fréquentes hémorrhagies. Un chirurgien consulté a émis l'opinion qu'il ne fallait pas opérer à cause de l'état de grossesse; M. Larger est d'un avis contraire. Qu'en pense la Société?

M. *Trélat* estime que l'urgence dans ce cas particulier doit faire passer sur les considérations de grossesse.

M. *Polaillon* a observé un fait analogue : une femme, grosse de six mois, avait un cancer du sein. M. Polaillon l'endormit et l'opéra; la guérison de la plaie opératoire se fit très régulièrement, et la malade accoucha à terme d'un enfant très vivace. Les suites de couches ne présentèrent aucun incident, mais un an après le néoplasme récidivait.

M. *Terrillon* rapporte un fait chirurgical différent des précédents, mais également propre à démontrer que dans les cas urgents il ne faut pas s'exagérer les dangers des opérations chez les femmes enceintes. Il s'agit d'une femme qui, au cinquième mois de sa grossesse, eut une fracture très grave de l'avant-bras compliquée de la rupture de l'artère radiale. M. Terrillon dut la soumettre sous le chloroforme à des manœuvres, qui ne durèrent pas moins d'une demi-heure. La malade guérit et la grossesse suivit son cours.

M. *Guéniot* a déjà soutenu l'opinion qu'on pouvait, dans certaines circonstances, opérer les femmes enceintes, à condition qu'elles fussent saines et que leur utérus et leur œuf fussent aussi sains. Certes il est difficile de constater ces trois conditions, mais en cas d'urgence il faut passer outre, l'expérience montrant que de grands traumatismes ne provoquent pas forcément l'avortement.

M. *Verneuil* pense que les opérations, telles que celles nécessitées par une hémorrhagie, une hernie étranglée, une trachéotomie, doivent être pratiquées sans hésitation durant la grossesse. S'abstenir en ces cas serait blâmable, mais il le serait encore plus de se laisser aller à opérer une femme enceinte d'une opération non urgente, même très minime, par exemple de la blépharoplastie. La malade de M. Larger, atteinte d'un cancer qui ne peut que s'accroître, doit être opérée. Il faudra chez elle employer les procédés antiseptiques les plus rigoureux et M. Verneuil conseille le pansement antiseptique ouvert, afin de diminuer autant que possible les chances de fièvre traumatique.

— M. *Chauvel* fait un rapport sur une observation envoyée par M. Badal (de Bordeaux) : ostéome du frontal remplissant la cavité orbitaire; ablation avec conservation de l'œil. Le malade était un garçon de vingt-quatre ans, qui portait une tumeur faisant saillie dans l'angle supérieur et interne de l'orbite droit et déterminant de l'exophthalmie et de l'épiphora.

Pour s'assurer du diagnostic, M. Badal fit une perforation dans la tumeur. L'opération fut longue et difficile; la tumeur envoyait des prolongements dans les sinus voisins et pendant les manœuvres de l'extraction la voûte de l'orbite fut effondrée et le cerveau fit hernie; le malade perdit beaucoup de sang. Malgré cela la guérison rapide s'accomplit en quinze jours; l'œil rentra dans l'orbite et récupéra toutes ses fonctions. M. Chauvel fait ressortir quelques points intéressants du diagnostic de ces tumeurs et il insiste à propos du manuel opératoire sur l'utilité de se créer de très larges voies pour l'extirpation.

M. *Berger* fait remarquer combien est utile la perforation exploratrice de semblable tumeur pour en assurer le diagnostic. Dans un cas analogue M. Berger et plusieurs autres chirurgiens se trompèrent complètement sur la nature d'une tumeur occupant le même siège et présentant la dureté, l'indolence et les autres caractères des ostéomes. Désirant ouvrir une large voie, M. Berger voulut faire la résection partielle du maxillaire supérieur, mais il arriva immédiatement dans une cavité considérable; on était en présence d'un kyste osseux développé aux dépens du plancher de l'orbite. On l'enleva, l'œil fut réduit et la guérison survint très vite. La tumeur n'était autre qu'un sarcome kystique.

M. *Monod* a vu un cas semblable à celui que vient de signaler M. Berger et qui fut opéré avec succès par M. Rouge, il y a quinze ans.

M. *Verneuil* a présenté autrefois à la Société un malade auquel il avait enlevé la moitié d'un ostéome frontal; après quelque temps la seconde moitié se détacha d'elle-même. Quoi qu'il en soit, comme on l'a déjà fait remarquer, il faut ouvrir une large voie pour l'extraction de ces tumeurs.

— M. *Terrier* a opéré une malade atteinte de deux corps fibreux de l'utérus et d'un kyste de l'ovaire. La malade a parfaitement guéri, et l'utérus hypertrophié a diminué de volume depuis l'opération.

— M. *Després*, empêché, fait présenter par son interne une malade ayant une pseudarthrose de l'avant-bras.

M. *Polaillon* est d'avis de faire la suture osseuse après résection d'un fragment des os.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 12 JUILLET 1884. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Élimination de l'acide phosphorique dans les maladies du système nerveux : M. Mairet. — Démence mélancolique : M. Mairet. — Préparation de la peptone de fibrine : M. Gréhant. — Alimentation des aliénés avec la peptone : M. Bouchereau. — Alimentation des cachectiques ; M. Quinquaud — Danger des inhalations de vapeurs nitreuses : MM. Gréhant et Quinquaud. — M. Rabuteau. — Microbe de la syphilis : MM. Marcus et Tornéry. — Dosage de l'azote total de l'urine : M. Henninger — Adonis vernalis : M. Lesage. — Préparation de l'adonidine : M. G. Roeettl. — Dilatation des tissus vivants par la chaleur : M. Chabry. — Origine des noctiluques : M. Pouchet.

M. *Mairet*, continuant l'exposé de ses études sur les échanges nutritifs dans les maladies du système nerveux, présente les conclusions suivantes : 1° la *manie* modifie diversement, suivant les périodes, l'élimination par les urines de l'acide phosphorique et de l'azote; elle augmente les échanges nutritifs; elle suractive la nutrition générale dans les périodes d'agitation, et la ralentit dans les périodes de dépression; 2° la *lypémanie* augmente les échanges en acide phosphorique qui se produisent dans la substance cérébrale; elle ralentit la nutrition générale; 3° dans l'*épilepsie*, en dehors des attaques et de l'état de mal, l'élimination de l'azote et de l'acide phosphorique par les urines n'est pas modifiée; les attaques augmentent l'élimination de l'acide phosphorique et suractivent les échanges dans le système nerveux.

— M. *Mairet* résume un ouvrage intitulé : *De la démence mélancolique, contribution à l'étude de la périencéphalite*

localisée et à l'étude des circonvolutions cérébrales d'ordre psychique.

— M. *Gréhant* indique un procédé pour les préparations de peptone de fibrine pouvant servir d'aliment.

A ce propos, M. *Bouchereau* expose les résultats qu'il a obtenus en alimentant des aliénés avec cette peptone de fibrine : la fibrine a été donnée quotidiennement à la dose d'un litre, mélangée à du bouillon gras ou maigre, à du lait, à des substances aromatisées ; elle a été presque toujours acceptée facilement ; l'addition de cette peptone au régime ordinaire a déterminé une amélioration mentale et physique.

M. *Quinquaud*, à son tour, vient déposer en faveur des bons effets obtenus par l'alimentation avec le même produit chez un certain nombre de malades cachectiques ; presque constamment on a vu survenir une amélioration très notable, l'embonpoint a reparu, les malades ont repris assez de force pour se lever et se promener. L'urée a toujours augmenté dans la proportion de 4 à 12 grammes dans les vingt-quatre heures.

— MM. *Gréhant* et *Quinquaud* relatent des expériences montrant le grand danger des inhalations de vapeurs nitreuses ; cette communication présente une réelle opportunité en ce moment où l'on emploie ces vapeurs pour détruire les germes morbides qui peuvent être contenus dans les bagages des voyageurs.

M. *Rabuteau*, qui avait déjà insisté sur des faits analogues, précise le danger des inhalations nitreuses : la cyanose, la réfrigération et des altérations graves du sang ont été indiquées par lui ; le sang devient acide comme dans le choléra, et la mort a lieu souvent plusieurs heures après les inhalations, alors qu'on aurait pu croire à une amélioration.

— MM. *Marcus* et *Tornéry* communiquent les résultats de leurs recherches sur le microbe de la syphilis. Ils concluent : 1° qu'on rencontre dans les produits syphilitiques et dans les cultures qu'ils ont réussi à en faire des colonies de coccus faciles à colorer ; 2° que ces coccus sont faciles à cultiver dans l'infusion de viande de bœuf peptonisée, additionnée de gélatine et alcaline ; 3° qu'on les retrouve dans les chancres indurés et les ganglions lymphatiques.

— M. *Henninger* expose un procédé de dosage de l'azote total de l'urine. (Voy. le *Compte rendu* officiel.)

— M. *Lesage* adresse à la Société une note sur les effets physiologiques de l'*Adonis vernalis*. La macération de la plante produit l'arrêt en systole du cœur de la grenouille ; chez le chien, les injections intraveineuses provoquent une grande augmentation de pression avec ralentissement du cœur, sans que la section des pneumo-gastriques modifie en rien le phénomène. L'augmentation de pression est attribuée par l'auteur à une exagération de la tonicité du muscle cardiaque (?).

La note de M. Lesage est accompagnée d'une note de M. G. Rosetti, présentée également par M. Bochefontaine, et qui contient l'indication d'un procédé de préparation de l'*adonidine*, ainsi que l'exposé des caractères physiques et chimiques de l'alcaloïde extrait de l'*Adonis vernalis*.

— M. *Pouchet* présente une note de M. Chabry sur la dilatation des tissus vivants par la chaleur. M. Chabry a étudié à ce point de vue différents vers et crustacés ; il a trouvé qu'en élevant de 10 à 15 degrés centigrades la température de l'eau dans laquelle vivaient ces animaux, on leur faisait subir une dilatation totale ou cubique dont le coefficient était du même ordre que celui de l'eau de mer. Les tissus vivants se dilatent donc par la chaleur à la manière des corps bruts, et ce seul fait démontre que la compression par ses effets mécaniques ne peut faire subir aucune atteinte à la vie, à la condition que les animaux ne renferment pas de gaz libres facilement compressibles.

— M. *Pouchet*, rappelant les tendances toutes théoriques des naturalistes à rapprocher les noctiluques des péridiniens, développe un certain nombre de faits qui, sans résoudre l'obscure question de l'origine des noctiluques, semblent au moins démontrer d'une manière irréfutable qu'elles ne sont qu'une transformation de quelque espèce ou de plusieurs espèces de péridiniens. (Voy. les *Comptes rendus* de la Société.)

SÉANCE DU 19 JUILLET 1884. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Tannates de bismuth : M. Rabuteau. — Nerfs éjaculateurs du cochon d'Inde : M. Rémy. — Suspension des mouvements du cœur chez les nymphes : M. Künckel. — Mœurs et développement de la cantharide : M. Beauregard. — Urémie par l'urée : MM. Gréhant et Quinquaud. Discussion : MM. Richet, François-Franck. — Objections nouvelles à la théorie de l'immunité cuprique : MM. Muston et Bochefontaine. — Développement de la névroglie : M. Vignal. — Transfert dans l'hypnotisme : MM. Féré et Binet. — Expérience sur la rage : M. Gibier. — Élection.

M. *Rabuteau* énonce sommairement les résultats de ses recherches sur les divers tannates qu'il conviendrait d'employer contre les diarrhées cholériques ; il insiste sur les avantages des purgatifs salins pour obtenir un lavage intestinal.

— M. *Rémy* annonce qu'il a obtenu l'éjaculation sur le cochon d'Inde, indépendamment des phénomènes d'érection, en excitant le bout périphérique d'un filet sympathique situé au-devant de la veine cave abdominale et se rendant aux vésicules séminales. Il montre l'expérience à la Société.

— M. *Künckel* a cherché à vérifier le fait de la suspension plus ou moins prolongée des battements du cœur (vaisseau dorsal), chez les insectes, pendant la métamorphose ; ayant pu observer un certain nombre de nymphes d'*Eristalis æneus* (syrphides), il a constaté l'absence de toute pulsation pendant un temps assez considérable. « C'est, dit-il, pendant cette suspension de la circulation que s'effectuent dans le vaisseau dorsal les changements histologiques qui modifient sa forme, changements caractérisés principalement par la constitution d'une longue aorte traversant le thorax nouvellement constitué. »

— M. *Beauregard* a suivi le développement des larves de la cantharide et a fait quelques observations sur les mœurs de l'insecte parfait. Il l'a vu creuser une sorte de terrier pour y déposer ses œufs, ce qui semble indiquer que les larves seront parasites d'hyménoptères souterrains. Il a nourri ces larves avec du miel d'*Osmia tridentata*, et a obtenu l'insecte à l'état parfait.

— MM. *Gréhant* et *Quinquaud*, étudiant à nouveau la pathogénie des accidents urémiques, affirment que l'urée elle-même constitue la substance dont l'accumulation dans l'économie cause les phénomènes de l'urémie. Ils font devant la Société une expérience qui consiste à injecter sous la peau du dos d'un cochon d'Inde une certaine quantité d'urée en dissolution dans une vingtaine de centimètres cubes d'eau ; l'animal meurt après quelques secousses convulsives.

M. *Richet* rappelle qu'on a pu injecter à des chiens jusqu'à 100 grammes d'urée dans le sang sans produire la mort, et M. Franck fait remarquer que l'introduction sous la peau d'une solution concentrée très irritante peut tuer les animaux par une sorte de choc qui n'a rien de commun avec un véritable empoisonnement.

— M. *Bochefontaine* dépose une lettre du docteur *Muston* (de Montbéliard), qui vient contredire certaines assertions du docteur Burq au sujet de l'immunité cuprique contre le choléra : les ouvriers de Beaucourt, qui composent la presque totalité de la population, travaillent tous le cuivre, le laiton,

le fer et l'acier; ils ont été décimés par l'épidémie de 1854. Or ce sont précisément ces ouvriers de MM. Japy que M. Burq a déclarés avoir été préservés du choléra.

— M. *Vignal* adresse une nouvelle note sur le développement des cellules de la névroglie dans la moelle des mammifères. (Voy. le *Compte rendu* officiel.)

— MM. *Binet* et *Féré*, après avoir montré, dans une précédente communication, qu'on peut provoquer chez les sujets léthargiques ou cataleptiques le somnambulisme d'une moitié du corps par la friction unilatérale du vertex, insistent aujourd'hui sur un fait nouveau. En ce qui concerne la face, on peut dissocier la partie supérieure et la partie inférieure; par une pression forte sur un point déterminé, situé en arrière d'une ligne verticale passant en arrière de l'apophyse mastoïde et au-dessus d'une autre ligne horizontale passant par l'arcade sourcilière, on fait disparaître l'hyperexcitabilité dite neuro-musculaire des muscles frontaux, palpébraux et zygomatiques, tandis que les muscles du menton, le peaucier, etc., restent excitables.

— M. *P. Gibier*, continuant l'exposé de ses recherches sur la rage, développe les nouveaux points suivants: 1° les oiseaux ne contractent pas deux fois la rage; 2° l'oiseau enragé peut transmettre la maladie à un autre oiseau; 3° le virus rabique, en passant dans plusieurs organismes d'oiseaux, paraît augmenter d'activité pour ceux-ci, tandis que pour les chiens il s'atténue. L'auteur, dans plusieurs cas très graves chez des gallinacés, alors que les animaux ne mangeaient plus depuis quarante-huit heures, et que la mort semblait imminente, eut l'idée de gaver les animaux. « Ce fut, dit-il, une véritable résurrection; après quelques jours de gavage la paralysie disparut, et les animaux purent se remettre à manger seuls. »

— Le dépouillement du scrutin pour l'élection d'un membre titulaire se termine par la nomination de M. *Déjerine*, par 23 voix sur 27.

Une nouvelle place est déclarée vacante.

BIBLIOGRAPHIE

Étude sur la pathologie du rein, par MM. CORNIL et BRAULT. Grand in-8°, avec 16 planches hors texte. — Paris, 1884. Félix Alcan.

« Ce volume est le résultat de recherches d'anatomie et d'histologie pathologiques, d'observations cliniques et d'expériences, dont une partie a déjà été publiée par nous, soit isolément, soit en commun, sous la forme de thèses, de mémoires ou de leçons disséminés dans divers recueils. Nous avons pensé qu'il serait utile de les réunir, après avoir répété et vérifié à nouveau leur teneur, en ajoutant les données les plus essentielles de l'anatomie pathologique, et en nous efforçant d'exposer la pathogénie, la physiologie et l'histologie pathologiques dans leur relation avec les symptômes observés. » Voilà dans quels termes MM. Cornil et Brault exposent leur programme. A cette heureuse initiative nous devons un ouvrage qui a sa place à part, et une des premières, parmi les traités consacrés à la pathologie rénale; il serait même juste de dire qu'il est le complément indispensable de tous les autres.

Après quelques considérations fort instructives sur l'histologie normale du rein, les auteurs consacrent de longs développements à l'anatomie pathologique générale du rein, lésions des cellules, des tubes urinifères, glomérulites, formation des cylindres. Le terrain ainsi déblayé, ils abordent l'étude des maladies du rein prises en particulier; dans cette seconde partie sont successivement décrites les congestions rénales, les effets de la ligature des vaisseaux rénaux, enfin les infarctus.

Puis viennent les chapitres les plus originaux du volume, qui ont trait aux néphrites. Cornil et Brault les divisent en deux grands groupes, néphrites aiguës et néphrites systématiques. Les premières, où les lésions portent sur tous les éléments du rein, très inégalement il est vrai, peuvent se présenter à l'état aigu ou subaigu, comme dans les maladies générales, ou à l'état chronique, comme dans les néphrites atrophiques classiques. Quant aux néphrites systématiques, elles portent primitivement soit sur l'élément glandulaire (cirrhose glandulaire), soit sur l'élément vasculaire (cirrhose artérielle). Ici trouvent place d'intéressants développements sur les scléroses rénales d'origine expérimentale, sur le rein sénile, sur la néphrite interstitielle, etc.

Les auteurs, on le voit, sont loin d'être unicistes; pour eux, il n'y a pas de mal de Bright; il y a des maladies de Bright, et encore faut-il remarquer que des lésions dégénératives qu'ils étudient ensuite, stéatose, transformation amyloïde du rein, peuvent produire à la longue la symptomatologie des néphrites chroniques proprement dites.

Enfin on lira avec le plus grand intérêt le chapitre consacré aux lésions du rein qui sont en relation avec les processus parasitaires. Tantôt les bactéries circulent dans les vaisseaux des reins sans y déterminer de lésions manifestes, comme cela se voit pour les bacilles du jequirity; tantôt elles déterminent de véritables néphrites infectieuses, sur lesquelles malheureusement nous sommes mal informés; tantôt enfin elles provoquent des lésions circonscrites des plus nettes, îlots inflammatoires, abcès métastatiques, etc. Enfin un court chapitre est réservé à la tuberculose rénale; les auteurs montrent qu'ici encore la recherche des bacilles de Koch doit servir de guide au diagnostic.

Tous les points essentiels, tous les sujets aujourd'hui controversés de l'histologie, et par suite de la physiologie pathologique du rein, sont successivement passés en revue dans ce volume, comme en témoigne ce trop rapide résumé, et cela dans un esprit absolument pratique; de nombreuses figures, d'une remarquable clarté, viennent encore faciliter la compréhension de toutes les questions, et rendent la lecture de cet ouvrage aussi facile qu'utile, même à ceux qui sont le moins versés dans ce genre d'études.

L. D.-B.

VARIÉTÉS

LE CHOLÉRA.

MM. Straus et Roux ont terminé à Toulon les études qu'ils y avaient entreprises dans le but de compléter les recherches anatomo-pathologiques qu'ils avaient commencées à Alexandrie, et dont ils ont déjà publié les premiers résultats. Les nombreux matériaux qu'ils ont recueillis leur permettront très prochainement de faire connaître au monde savant les conclusions auxquelles les ont conduits des études aussi consciencieuses que persévérantes. Nous attendrons pour en parler que nos savants confrères et amis aient cru devoir publier *in extenso* le mémoire qu'ils préparent. Nous ne voulons aujourd'hui, en annonçant leur retour, que rendre un public hommage, non seulement au courage et au désintéressement dont ils ont fait preuve, mais encore et surtout à la modestie avec laquelle, revenus à Paris, ils se sont astreints, dans le laboratoire de leur illustre maître, M. Pasteur, à revoir, à étudier avec la plus scrupuleuse attention tous les documents qu'ils ont rapportés, de manière à ne rien dire, à ne rien publier qui ne fût rigoureusement vrai et scientifiquement acceptable.

Nous voulons aussi, en publiant la note suivante, signaler, comme elle mérite de l'être, la généreuse initiative des maîtres et des élèves de la Faculté de Montpellier. Au premier appel

de la municipalité de Toulon, dont les médecins ne peuvent plus suffire au service des ambulances, M. Estor, professeur, M. Lannegrace, agrégé, MM. Louis Planchon et Paul Dessales, docteurs en médecine, et MM. Georges Ronzier, Eugène Estor, Ernest Sereno, J.-Pierre Fauret, Joachim Coldecarrera, Hippolyte Clément, Victor Pradal, François Matignon, Henri Lafont, Germain Rouch, étudiants, se sont rendus à Toulon pour y assurer le service médical.

L. L.

Nous avons reproduit, dans notre dernier numéro (p. 401), sans pouvoir en commenter les divers articles, une proposition de loi qui venait d'être rédigée par M. Paul Bert, en vue de réglementer les mesures à prendre en temps d'épidémie cholérique. A l'appui de cette proposition de loi, M. Paul Bert a développé dans un journal politique, *le Voltaire*, les motifs qui l'avaient engagé à prendre cette initiative. Nous avons déjà souvent déclaré ici même que les lois existantes sont très suffisantes pour assurer aux pouvoirs publics toute l'autorité nécessaire en temps d'épidémie. Voter une loi nouvelle dans le seul but d'exiger de la part des médecins la *déclaration immédiate* des cas de choléra qu'ils seraient appelés à soigner paraît plus que superflu. Quant à la création d'un ordre nouveau de fonctionnaires, « les délégués préfectoraux, » qui seraient chargés de faire exécuter les mesures sanitaires qu'ils jugeraient utiles, de s'installer au chevet du malade, de diriger souverainement sinon son traitement, du moins les précautions à prendre pour l'isoler et désinfecter toutes les matières suspectes, elle nous paraît non moins illusoire que diverses autres propositions émises par l'honorable député. Ce que nous approuvons sans réserve, dans les considérations que M. Bert développe à l'appui de sa proposition de loi, ce sont les mesures rigoureuses qu'il conseille *au début* des épidémies cholériques. Mais celles-ci, qu'on ne l'oublie pas, ne commencent jamais que dans un port, dans une ville qui se trouve en relations directes avec l'Egypte ou avec d'autres contrées où sévit le choléra. Lorsque la maladie a successivement atteint plusieurs villes, lorsque peu à peu elle s'est étendue jusqu'à Paris, les mesures de préservation indiquées par M. Paul Bert sont absolument impraticables. Ce qu'il faut donc retenir de la proposition de loi qu'il a préparée, c'est la nécessité de pouvoir ordonner rapidement, dans des circonstances analogues à celles qui se sont produites à Toulon, des mesures rigoureuses, efficaces, vraiment utiles si elles sont prises à temps. Or, à ce point de vue, rien n'a été fait, et nous ne pouvons que nous associer aux doléances que nous adresse, à ce sujet, M. le docteur J. Jeannel.

« Les mesures prises pour empêcher la propagation du choléra ont, dit-il, manqué d'ensemble; elles ont été ordonnées, dans chaque département, par les autorités locales, sans avoir été combinées en vue des intérêts généraux. On avait à soutenir une guerre défensive; l'ennemi venait de débarquer à Toulon; au lieu d'organiser la résistance, comme le voulait le simple bon sens, par l'unité du commandement, on a laissé à l'initiative de chaque préfet, de chaque maire, selon leurs lumières, plus ou moins avivées par des intérêts politiques ou électoraux, le soin d'engager et de soutenir la lutte.

L'un prend des arrêtés qui entravent le commerce, ruinent les producteurs et affament les consommateurs; un autre asphyxie les voyageurs sous prétexte de les désinfecter; ici on impose des quarantaines aux voyageurs qui arrivent en chemin de fer, mais point à ceux qui arrivent par la route nationale; ailleurs on se réjouit et on agglomère les populations; là on allume des feux purificateurs et on favorise la dissémination des habitants des villes; ici on dépense des sommes considérables en lampions et en feux d'artifice; là on ouvre des souscriptions pour secourir les victimes de l'épidémie; ici on rassemble les malades dans des hôpitaux qui deviennent des foyers de contagion et de mort; là on recommande de les traiter en plein air sous des tentes; l'un est fanatique du chlore, l'autre de l'acide phénique, de l'acide sulfureux, du chlorure de zinc, du bichlorure de mercure.

L'Académie de médecine, le Comité consultatif d'hygiène donnent des conseils purement platoniques.

La cruelle épreuve actuellement subie par notre cher pays déterminera-t-elle une meilleure organisation de la médecine publique?

Le projet de loi que vient de déposer M. Paul Bert semble indiquer dans ce sens un mouvement de l'opinion publique.

Malheureusement ce projet, loin de remédier à l'anarchie des services sanitaires, ne pourrait que s'aggraver et la consacrer.

Ce projet institue (probablement dans chaque ville) « *un délé-* » *gué préfectoral qui décide et fait exécuter toutes les mesures* » *qu'il juge utiles et nécessaires*, pour isoler le malade et les » personnes qui le soignent ou ont rapport avec lui, pour désin- » fecter et même détruire les linges, hardes, meubles et effets, » pour assainir... En cas de mort *il prendra toutes les pré-* » *cautions qu'il jugera indispensables*... Le maire est *autorisé* » *à prendre* avant l'arrivée du délégué *toutes les mesures de* » *précaution qu'il considérera comme nécessaires*... Les délé- » gués sont nommés par les préfets. Ils recevront des indemnités » payées, ainsi que les secours aux malades, et le remplacement » pour les nécessiteux des objets détruits... sur le budget de » l'Etat. »

Ainsi les préfets nommeront *des délégués chargés de prendre et de faire exécuter les mesures qu'ils jugeront utiles et nécessaires*. Par conséquent point de mesures d'ensemble; point d'autorité médicale. L'Académie et le Comité consultatif d'hygiène seront toujours comme non avenus; ils ne pourront que continuer à donner des avis qu'on continuera de ne pas suivre; les Conseils d'hygiène des départements seront annulés; c'est dans chaque commune le fonctionnaire administratif qui se trouvera investi d'un pouvoir, indépendant, absolu, sans contrôle, sans contrepoids. Autant vaudrait en vérité, décider qu'en cas de guerre les préfets nommeront des délégués qui décideront et feront exécuter toutes les mesures qu'ils jugeront utiles et nécessaires pour la défense du territoire. Si la science médicale n'existe pas, si l'hygiène publique est un rêve, on pourrait bien soutenir que les sciences militaires sont illusoires et que le ministère de la guerre est un vieux préjugé entretenu par la routine et la peur.

Dans un pays voisin, il existe au ministère de l'instruction publique, une division des affaires médicales, dont les attributions comprennent tout ce qui concerne la médecine publique, savoir : les progrès de la science, les sociétés médicales, les épidémies, la police médicale, l'hygiène publique, les hôpitaux, l'assistance médicale, la pharmacie, les établissements thermaux, enfin la médecine légale; de cette division ministérielle dépendent des médecins de cercle ou d'arrondissement, fonctionnaires choisis après un long stage et des épreuves spéciales. Il existe, en outre, une commission supérieure de douze médecins, présidée par un conseiller d'Etat, qui a pour mission d'éclairer le ministre de l'instruction publique sur toutes les questions médicales, soit au point de vue de l'enseignement, soit au point de vue de la pratique de l'art de guérir, soit au point de vue de l'hygiène publique. »

Cet article était écrit lorsque les journaux politiques nous ont annoncé le retrait de la proposition Paul Bert à laquelle se trouve substituée une interpellation adressée à M. le ministre du commerce ; enfin le dépôt, par M. Lionville, d'une proposition de loi dont voici le texte :

Art. 1er. Il sera organisé une direction de la santé publique, qui réunira les différents services d'hygiène et d'assistance institués sur le territoire de la République, et actuellement répartis dans les ministères de l'intérieur et du commerce.

Art. 2. Un règlement d'administration publique désignera le ministère auquel sera rattachée la nouvelle direction.

Les crédits déjà ouverts pour les dépenses des services d'hygiène, d'assistance et de salubrité y seront affectés.

Cette proposition a immédiatement été renvoyée à la Commission chargée d'examiner la proposition Paul Bert.

— Ajoutons à ces divers renseignements : 1° que M. Ch. Quentin, directeur de l'Assistance publique, a pu assurer, mardi dernier, qu'aucun cas de choléra n'avait été soigné dans les hôpitaux de Paris et que la situation de la capitale reste excellente; 2° qu'à Toulon et à Marseille la situation

paraît plutôt s'aggraver, surtout par l'augmentation des cas foudroyants; 3° enfin que l'épidémie s'étend peu à peu à Arles, où règne une panique aussi regrettable que dangereuse au point de vue de la salubrité publique, à Aix, à Nîmes et même à Lyon, où l'on dit avoir constaté deux cas de choléra asiatique.

— Bien que l'imminence d'une épidémie cholérique à Paris soit des plus probables, nous avons jugé intéressant de montrer que, tous les ans, à pareille époque, on relève à Paris même un certain nombre de décès cholériques. Nous avons donc emprunté à l'*Annuaire statistique de la ville de Paris* pour les années 1880, 1881 et 1882 les chiffres indiquant les décès cholériques signalés à la préfecture et relevés par le docteur Bertillon. Voici ces chiffres : Année 1880 : 18 décès; année 1881 : 28 décès; année 1882 : 12 décès. Si l'on répartit ces décès par arrondissement, on voit que les arrondissements où l'on n'a pas observé de décès sont :

En 1880, les 5e, 6e, 7e, 9e, 11e, 13e, 15e, 16e et 17e arrondissements;

En 1881, les 1er, 2e, 7e, 8e, 9e, 12e, 14e et 15e arrondissements;

En 1882, les 1er, 3e, 4e, 5e, 6e, 8e, 9e, 14e, 15e, 18e et 20e arrondissements.

Par conséquent, le 9e arrondissement n'a, durant ces trois années, présenté aucun décès, et les 10e et 19e arrondissements ont été les plus frappés. Au point de vue du nombre maximum des décès, on trouve les chiffres suivants :

En 1880, le 4e arrondissement, 3 décès.

En 1881, le 10e arrondissement, 6 décès; le 11e, 3 décès; le 18e, 5 décès; le 20e, 3 décès.

En 1882, le 10e arrondissement, 3 décès.

Tous les âges paraissent avoir payé un tribut à peu près égal à la maladie. Celle-ci s'est surtout montrée pendant les mois de juillet et d'août. Le mois de juillet fournit, en 1880, 2 décès; en 1881, 14 décès; en 1882, 2 décès. Le mois d'août donne, en 1880, 8 décès; en 1881, 2 décès; en 1882, 3 décès.

—Les renseignements suivants offrent un intérêt de circonstance. Ils sont empruntés aux tableaux statistiques fournis par le ministère de l'agriculture et du commerce, de 1832 à 1866, et au rapport de M. le docteur Worms sur l'épidémie cholérique de 1873.

Pour chacune des épidémies de choléra, dans le département de la Seine, sur la population entière, civile et militaire, on a enregistré :

En 1832, 2350 décès sur 100 000 habitants;

En 1849, 1766 décès sur 100 000 habitants;

En 1853 et 1854, 826 décès sur 100 000 habitants;

En 1865 et 1866, 270 décès sur 100 000 habitants;

En 1877, 37 décès sur 100 000 habitants.

En séparant la population militaire de la population civile, on constate, pour cette dernière, une mortalité proportionnelle moindre dans les trois premières épidémies.

En 1832, dans la population civile, 2188 décès sur 100 000 habitants;

En 1849, dans la population civile, 1692 décès sur 100 000 habitants;

En 1853 et 1854, dans la population civile, 790 décès sur 100 000 habitants.

Ainsi, la mortalité proportionnelle décroit, d'une épidémie à l'autre, pour 100 000 habitants, comme les nombres 235, 176, 82, 27, 7, en chiffres ronds.

Si cette décroissance n'est pas une garantie absolue pour l'avenir, elle n'en est pas moins un fait d'autant plus rassurant qu'on peut l'attribuer à un plus grand nombre de causes, dont les principales sont : 1° l'atténuation du choléra d'une invasion à l'autre; 2° l'amélioration des conditions hygiéniques dans le département de la Seine, très sensible de 1832 à 1849, de 1849 à 1853 et à 1854, beaucoup plus marquée encore de 1854 à 1865 et 1866; 3° enfin les progrès réalisés dans la thérapeutique, la maladie étant mieux connue et les indications scientifiques du traitement plus généralement acceptées.

— M. le ministre du commerce vient d'adresser aux préfets une nouvelle circulaire leur prescrivant de nommer, partout où ils font défaut, les médecins des épidémies, et de consulter les conseils d'hygiène sur les mesures à prendre en temps d'épidémie cholérique.

— Berlin, 18 juillet, 9 h. 30. — Le *Reichsanzeiger* publie un arrêté ministériel signé par M. de Gossler et relatif au choléra. Parmi les dispositions de cet arrêté, on remarque celle qui ordonne de soumettre à une visite médicale tous les voyageurs qui arrivent de France. Dès qu'un voyageur sera reconnu ou malade ou suspect de maladie, il sera mis en quarantaine. Des comités sanitaires seront établis dans toutes les villes et dans toutes les localités dont la population dépasse 5000 âmes. Les prescriptions des comités d'hygiène devront être strictement observées, dès que l'épidémie fera son apparition. Par un article spécial de l'arrêté, il est absolument défendu de transporter les malades dans des voitures publiques.

CONCOURS DU CLINICAT. — Le concours pour trois places de *chef de clinique médicale* vient de se terminer par la nomination de MM. André Petit, Netter et Faisans. Adjoints : MM. Siredey, Bourcy et Degennes. — Pour les *maladies des enfants*, chef de clinique : M. Variot; adjoint : M. Dauchez. — Pour les *maladies syphilitiques et de la peau*, chef de clinique : M. Bruchet. — Le concours pour trois *places de chef de clinique chirurgicale* s'est terminé par la nomination de MM. G. Marchand, Verchère et Picqué.

MORTALITÉ A PARIS (29e semaine, du 11 au 17 juillet 1884). — Fièvre typhoïde, 39. — Variole, 0. — Rougeole, 23. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 26. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 12. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 55. — Phthisie pulmonaire, 187. — — Autres tuberculoses, 19. — Autres affections générales, 70. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 56. — Bronchite aiguë, 19. — Pneumonie, 59. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 185; au sein et mixte, 56; inconnu, 10. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 111; de l'appareil circulatoire, 58; de l'appareil respiratoire, 51; de l'appareil digestif, 56; de l'appareil génito-urinaire, 15; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 5. — Morts violentes, 52. — Causes non classées, 3. — Total : 1195.

Résumé de la 29e semaine. — Le service de Statistique a compté cette semaine 1195 décès au lieu de 1105.

Cette augmentation de la mortalité doit être attribuée presque tout entière à l'athrepsie, et dans une proportion moindre à la méningite. C'est ce que démontre le tableau suivant.

Nombre des décès de 0 à 1 an.

	Athrepsie.	Méningite.	Autres causes.	Total.
25e semaine.....	44	7	77	128
26e —	44	12	83	139
27e —	59	11	76	146
28e —	115	24	84	225
29e —	229	20	100	343

Le service de Statistique a reçu avis de 37 cas de cholérine non suivis de décès; leur nombre a été certainement plus élevé, les médecins de quartier n'étant pas forcés de signaler les maladies qu'ils rencontrent dans leur clientèle, et ne le faisant que par pur zèle pour le bien public. La plupart des cas de cholérine qui sont signalés sont attribués à de fortes ingestions de liquides glacés et à d'autres excès du même ordre.

Outre ces cas de cholérine (qui, en temps ordinaire, n'auraient probablement reçu que le nom de diarrhées), le service de Statistique a été informé de deux décès par choléra *sporadique*, qualifiés tels par les médecins traitants.

L'examen des observations transmises par ces médecins paraît justifier l'épithète de *purement sporadique* qu'ils ont donnée à ces maladies. Il s'agit d'un vieillard de soixante-quinze ans, mort au bout de quatre jours, et dont la maladie peut être attribuée à l'ingestion d'une grande quantité de bière glacée et d'eau-de-vie. Un autre vieillard de soixante-quinze ans, mort également au bout de quatre jours de maladie, a présenté de la diarrhée, puis plusieurs symptômes cholériformes. Ce malheureux était extrêmement affaibli par la misère et par la malpropreté. On sait qu'il n'est pas d'été où l'on n'observe de pareilles maladies à l'époque des fortes chaleurs.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 31 juillet 1884.

Académie de médecine : Le choléra. — Les principaux désinfectants.

La discussion sur le choléra se continue à l'Académie, qui a entendu, mardi dernier, deux remarquables discours de MM. Proust et Ernest Besnier. La question scientifique pouvant être momentanément réservée, nous reviendrons sur les idées qu'ils ont défendues en même temps que nous rappellerons la doctrine de M. Jules Guérin. Pour aujourd'hui nous continuerons l'étude de la désinfection anticholérique.

II. — DE L'EMPLOI DES DÉSINFECTANTS CHIMIQUES.

Nous avons vu, dans notre précédent article, que tous les hygiénistes étaient à peu près d'accord sur les effets produits par la désinfection à l'étuve. Depuis que M. Pasteur a démontré que seule, une température très élevée détruisait toujours et complètement les germes morbides, depuis que les expériences que nous avons résumées ont indiqué par quels procédés pratiques on arrivait à obtenir et à maintenir pendant un temps suffisant cette température de 110 degrés, la désinfection à l'étuve a pu être obtenue ; elle doit être toujours recommandée.

Il est plus difficile de préciser par quels produits chimiques on arrive à désinfecter les matières fécales et les vomissements cholériques. Non seulement, en effet, on hésite encore parfois sur le choix des désinfectants, mais il arrive surtout que la méthode à indiquer pour obtenir une désinfection parfaite reste passible d'objections nombreuses. On le comprendra aisément si l'on réfléchit au but à atteindre.

Il y a quelques années, alors que l'on ne songeait pas aux germes animés que peuvent renfermer les matières fécales, on se préoccupait surtout d'absorber les gaz fétides exhalés par les fosses d'aisance ou de dénaturer chimiquement les matières organiques en voie de fermentation dans les latrines. A cette fin convenaient divers produits chimiques, les uns agissant comme simples désodorisants, les autres destinés à arrêter momentanément la fermentation.

C'est alors que le sulfate de fer était presque unanimement considéré comme le meilleur désinfectant et nous verrons dans un instant qu'il est encore recommandé par plusieurs hygiénistes. Mais depuis quelques années, des méthodes plus scientifiques ont présidé aux recherches de désinfection. On s'est préoccupé de rechercher non point si les gaz fétides dégagés dans les fosses étaient plus ou moins absorbés par le produit chimique considéré comme désinfectant ou si les fermentations paraissaient arrêtées, mais bien si tel ou tel autre sel avait le pouvoir d'arrêter la reproduction des microbes, si, mélangé à un bouillon de culture, il le rendait stérile. C'est donc une idée théorique — très logique, nous avons hâte de l'ajouter — qui préside aujourd'hui au choix des désinfectants, et ce sont des expériences de laboratoire qui guident les hygiénistes. Il importera donc de rechercher si ces expériences sont toutes concordantes.

Mais, en admettant comme parfaitement établi qu'un produit chimique tel que le sulfate de cuivre ou le chlorure de zinc arrête toute fermentation et tue les microbes ainsi que leurs germes, une autre question doit nous préoccuper. Où, quand et comment faut-il se servir de ces agents reconnus désinfectants ? A quelles doses seront-ils efficaces ? Dans quelles conditions seront-ils utilisables en grandes proportions, étant donné leur prix de revient ?

On comprendra que, à côté de la question scientifique, il convienne de discuter la question pratique. A Paris, par exemple, il est matériellement impossible de songer à désinfecter *préventivement* toutes les fosses d'aisance, tous les égouts où se déversent les matières fécales, tous les ruisseaux qui seront certainement contaminés en temps d'épidémie.

Si l'on admet dans toute sa rigueur la doctrine microbienne et si l'on n'oublie pas que les recherches de M. Bouchard ont montré que, dans un grand nombre de maladies infectieuses, les microbes sont éliminés non seulement par les matières fécales, mais encore par les urines, on concevra que le problème de la désinfection présente, au point de vue pratique, des difficultés insurmontables. Les motifs que l'on invoque pour proscrire même au début d'une épidémie.

toutes les quarantaines terrestres ne sont rien à côté des objections que l'on peut adresser à une désinfection imparfaite. S'il est vrai que le cordon sanitaire le plus rigoureux n'empêchera pas nécessairement le passage d'un individu capable de transmettre le choléra, il est bien plus évident encore que la projection dans un certain nombre de fosses d'aisances, d'une petite quantité d'un désinfectant quelconque n'arrêtera en rien la propagation de la maladie.

Les médecins qui ont été aux prises avec une épidémie cholérique le savent bien. Au début et souvent pendant plusieurs jours on croit n'avoir affaire qu'à une diarrhée simple. Le malade — déjà cependant porteur du germe infectieux — continue à vaquer à ses occupations. Il ira et viendra, infectant successivement, à chaque crise de diarrhée, tous les *water-closet* où il devra s'arrêter. S'il circule dans Paris, il pourra semer la maladie sur un long parcours et l'on s'étonnera ensuite de voir le lendemain ou le surlendemain des cholériques tomber malades en dix endroits en apparence indépendants les uns des autres.

Pour arriver scientifiquement à entraver la propagation du choléra par la désinfection des matières cholériques, il faudrait donc pouvoir projeter dans toutes les fosses, dans tous les ruisseaux, dans tous les égouts, partout en un mot où peuvent arriver des matières excrémentitielles, une quantité de désinfectants considérable. Ces conditions sont impossibles à réaliser. Il faut donc, quand il s'agit de désinfectants aussi bien que lorsqu'il est question de mesures internationales, régionales ou locales, demander le plus possible pour obtenir le nécessaire.

Voyons, dès lors, comment il conviendrait d'ordonner des mesures utiles :

1° La question du choix des désinfectants étant provisoirement réservée, il faudrait *avant l'apparition de l'épidémie* inspecter minutieusement toutes les fosses d'aisance, faire réparer immédiatement celles qui sont défectueuses ; ordonner partout le curage de ces fosses et, après les avoir vidées, y introduire une quantité notable d'un désinfectant approprié.

2° Pendant le cours de l'épidémie, il conviendrait de faire inspecter minutieusement, chaque jour, tous les urinoirs, tous les cabinets d'aisance ouverts au public dans les cafés, les hôtels, les gares, etc., de les désinfecter chaque jour ou même plusieurs fois par jour et de procéder de même dans toutes les maisons où une inspection médicale journalière et sérieuse aurait fait découvrir un cas de diarrhée cholériforme ou de choléra confirmé.

3° Enfin, lorsqu'il s'agit d'un malade, il faudrait ne recevoir ses déjections que dans des vases déjà remplis du désinfectant choisi et ne verser ces déjections dans une fosse spéciale, rapidement comblée, qu'après les avoir suffisamment dénaturées à l'aide de ce désinfectant.

En procédant ainsi, on n'arrivera peut-être pas à arrêter une épidémie cholérique, mais on en atténuera certainement l'extension et la gravité. Mais, on se voit obligé de le déclarer, pour pouvoir procéder de la sorte, il faut le vouloir, c'est-à-dire qu'il convient de ne pas hésiter à *ordonner* ces mesures et à les *faire exécuter rigoureusement* partout et par tous. C'est ce que l'on ne semble guère avoir, jusqu'à ce jour, bien compris en France.

Ces prémisses posées, voyons quels sont les désinfectants à conseiller. Nous ne nous occuperons ici, on le comprendra, que des agents chimiques reconnus utiles, de ceux que leur bon marché rend pratiques, et nous laisserons aux chimistes et aux pharmaciens le soin de faire connaître, au fur et à mesure de leur découverte, les produits perfectionnés qu'ils signalent à l'attention publique.

Parmi les désinfectants les plus connus il faut, en première ligne, non pour le recommander, puisque les hygiénistes le condamnent, parler du *sulfate de fer*. L'instruction communiquée à tous les journaux par la préfecture de police continue cependant à en prescrire l'emploi. Elle débute ainsi : « Dans les cabinets munis de fosses fixes, on lavera pour la première fois les tuyaux de chute en y jetant, par chaque mètre cube de matière que renferme la fosse, 5 kilogrammes de sulfate de fer dissous dans 10 litres d'eau tiède. » C'est aussi le sulfate de fer que, dans un rapport présenté au *Congrès international d'hygiène* en 1878 (p. 718), recommandait le docteur Marguerite en rappelant qu'il avait été préconisé contre le choléra en France (1866), en Allemagne (1875) (travaux de Griesinger, Max de Petenkofer, Vunderlich), en Angleterre (commission de la salubrité anglaise). M. Marguerite demandait qu'un règlement d'administration publique rendît obligatoire la désinfection à l'aide de ce procédé chimique. Il conseillait d'ailleurs aussi le sulfate de zinc. C'est encore le sulfate de fer qui a les prédilections de M. Arnould (*Traité d'hygiène*, 1881, p. 562), et nous pourrions citer après lui un grand nombre d'hygiénistes. Cependant le sulfate de fer doit être abandonné. Outre les dangers signalés par Virchow (dégagement de produits fétides très volatiles et parfois toxiques par suite de la combinaison de l'ammoniaque avec l'acide sulfurique et de la mise en liberté des acides butyrique, valérianique, etc.), outre l'inconvénient de former partout des taches noires de sulfure et des taches de rouille, le sulfate de fer est plutôt un absorbant, un désodorant qu'un antiseptique. D'après les recherches de M. Miquel, il serait modérément antiseptique, et prendrait place entre le salicylate de soude et la soude caustique, mais ne s'opposerait à la putréfaction de 1 litre de bouillon de bœuf neutralisé qu'à la dose de 11 grammes, tandis que le même résultat serait obtenu par 5 centigrammes d'eau oxygénée, 7 de bichlorure de mercure, 9 décigrammes de sulfate de cuivre, 1gr,90 de chlorure de zinc, 3gr,20 d'acide phénique. Flisch n'accorde aussi qu'un rang assez inférieur au sulfate de fer dans l'échelle des substances qui empêchent la fermentation des matières fécales, et bien que Roth et Lex n'aient pas constaté de vibrioniens en mélangeant des matières fécales solides avec un volume double de solution de sulfate de fer à 2 pour 100, l'on est à peu près d'accord aujourd'hui pour préférer au sulfate de fer le chlorure de zinc ou le sulfate de cuivre.

Nous avons déjà cité les chiffres trouvés par M. Miquel pour indiquer le pouvoir désinfectant de ces deux produits (90 centigrammes pour le sulfate de cuivre et 1gr,90 pour le chlorure de zinc). Des expériences nombreuses faites dans le laboratoire de M. Pasteur par M. Chamberland donnent même au sulfate de cuivre la prééminence comme *microbicide*. C'est à la suite de ces expériences et sur les instances de M. Grancher que la *Commission du choléra*, nommée en 1873 par la *Société de médecine publique*, avait adopté ce désinfectant. D'après l'instruction rédigée à cette époque par M. Vallin, il faut, pour les désinfecter, mélanger à chaque selle ou à chaque litre de matières liquides provenant d'un cholérique un grand verre à boire d'une solution obtenue en faisant dissoudre 50 grammes de sulfate de cuivre dans un litre d'eau ordinaire. Ajoutons que le sulfate de cuivre coûte environ 1 franc le kilogramme.

C'est donc, en se plaçant au point de vue de la destruction des microbes, le sulfate de cuivre qu'il faudrait préférer comme désinfectant. Bien que son mode d'action soit encore peu connu, rien n'empêche de s'en servir toutes les fois que, dans une maladie contagieuse, dans une maladie transmissible, on voudra tuer les germes morbides. Le sulfate de cuivre a, d'après M. Fermond, un autre avantage. Mieux que le sulfate de zinc, le sulfate de fer, le chlorure de chaux, il absorbe l'ammoniaque : c'est donc un désodorant en même temps qu'un désinfectant.

Mais une seule substance ne peut suffire. Il faut, pour être en mesure de neutraliser rapidement une grande quantité de matières cholériques, avoir à sa disposition plusieurs désinfectants. Après le sulfate de cuivre, l'instruction de la *Société de médecine publique*, adoptée par le *Comité d'hygiène*, recommande le chlorure de zinc et le chlorure de chaux. Le chlorure de zinc liquide à 45 degrés, dit M. Vallin, doit être versé dans les fosses à la dose de 50 grammes au moins par chaque litre de matières liquides. Il coûte 75 centimes à 1 franc le kilogramme. Le chlorure de chaux sec revient à environ 60 centimes par kilogramme. Il faut en employer une tasse à café, soit environ 80 grammes, pour désinfecter la même quantité de matières.

L'instruction de la préfecture de police conseille, après avoir versé dans les fosses 5 kilogrammes de sulfate de fer dissous dans 10 litres d'eau tiède, de laver les cuvettes et cabinets avec un mélange préparé de la manière suivante : on fera dissoudre au préalable, dans 10 litres d'eau, 1 kilogramme de sulfate de cuivre et 1 kilogramme de sel marin; puis on prendra 1/2 litre de cette solution, et on la mélangera à 2 litres d'eau. Ce dernier mélange devra servir pour le lavage désinfectant. D'après la même instruction, on pourrait se servir du chlorure de zinc à 45 degrés, 500 grammes de cette solution ayant été dissous dans 10 litres d'eau (ce qui est la formule indiquée par le Comité d'hygiène).

Pour les fosses mobiles ou tonneaux en bois, chaque fois qu'on les mettra en service, il conviendra d'y verser 500 grammes de chlorure de zinc liquide et de laver ensuite deux fois par jour les cuvettes et les cabinets en y jetant chaque fois un demi-verre de la solution de sulfate de zinc ou de sulfate de cuivre. Pour les récipients diviseurs en métal ou les appareils de projection directe et totale à l'égout, on lavera deux fois par jour les cabinets avec 10 litres d'eau dans lesquels on versera un quart de verre de la solution de chlorure de zinc à 45 degrés. Tous les éviers, quels qu'ils soient, devront être également lavés chaque jour avec un quart de verre de chlorure de zinc mélangé dans un ou deux litres d'eau.

Ainsi donc on paraît d'accord pour conseiller le sulfate de cuivre et le chlorure de zinc. Le chlorure de zinc est un antiseptique très actif, un désodorisant et un absorbant qui a fait ses preuves. Il a été admis à ce titre par tous ceux qui l'ont employé. Le sulfate de cuivre est de date plus récente. Dans son *Traité des désinfectants*, M. Vallin ne le cite pas parmi les antiseptiques et ne parle que très accessoirement de son emploi dans la désinfection des fosses d'aisance. Toutefois un grand nombre d'expériences positives permettent, nous l'avons dit, d'en recommander l'usage. Quant au chlorure de chaux, bien qu'il ne soit considéré par M. Miquel que comme très faiblement antiseptique, son action chimique sur les matières organiques doit aussi le faire considérer comme un bon désinfectant. Il importe, en effet, de toujours rappeler que, au point de vue pratique, l'essentiel est d'avoir à sa disposition une substance que l'on puisse employer immédiatement et en proportions assez notables pour dénaturer et détruire les matières en fermentation. A ce point de vue, le lait de chaux et la chaux vive n'ayant pas donné de résultats favorables, il convient de n'employer que les désinfectants que nous venons de signaler.

Nous n'avons point parlé de l'acide phénique et l'on verra plus loin cependant (p. 523) que, s'appuyant sans doute sur les expériences de M. Koch, l'Instruction allemande que nous avons cru devoir reproduire textuellement, conseille l'emploi presque exclusif de cet agent. Bien que nous n'ayons à cet égard qu'une expérience personnelle assez restreinte, nous croyons pouvoir affirmer, d'accord avec la plupart des observateurs français et anglais, que l'acide phénique retarde, mais n'entrave pas les fermentations, qu'il faut l'employer à très hautes doses pour arriver à un résultat favorable et que même à hautes doses il n'a qu'une action incertaine. Si, d'après M. Miquel, il rentre dans la classe des agents fortement antiseptiques, il vient cependant après le chlorure de zinc et le sulfate de cuivre. De plus, il est toxique. Il faut donc en condamner l'emploi.

Forcé de nous limiter à une question toute spéciale, immédiatement applicable et essentiellement pratique, nous nous résumerons donc en disant : Les agents chimiques qui doivent servir de désinfectants, soit pour être versés dans les vases destinés à recevoir les déjections cholériques, soit pour être projetés, quand cela sera possible, dans les fosses d'aisance, les éviers ou les égouts, soit pour laver les parquets ou les boiseries souillés par les matières provenant de cholériques, ou bien enfin pour être dissous dans l'eau bouillante dont on se servira pour le lavage des linges et vêtements qui ne pourraient être portés à l'étuve sont, aux doses indiquées et pour les motifs cités plus haut : 1° le chlorure de zinc, 2° le sulfate de cuivre, 3° le chlorure de chaux. Si ces matières faisaient défaut, on pourrait, ainsi que le recommande le rapport américain, rédigé en 1873 à propos de l'épidémie qui a sévi aux États-Unis, se borner à déverser journellement des quantités abondantes d'acide sulfurique dilué dans les fosses d'aisance. L'essentiel est de dénaturer complètement, *avant de les jeter dans la fosse*, les matières provenant d'un cholérique. En procédant ainsi on évitera bien des accidents. Mais comme les malades, atteints de diarrhée prodromique, sont susceptibles, eux aussi, de contaminer le sol, il faudra, de plus, autant que possible, insister sur la désinfection des latrines, cuvettes, éviers, etc.

Quant à la désinfection, après guérison ou après décès, des chambres qui ont été occupées par les malades, elle peut être faite à l'aide d'acide sulfureux ou de sulfate de nitrosyle. Ces procédés de désinfection sont étudiés en ce moment à l'hôpital Cochin, sous la direction de M. Dujardin-Beaumetz. Nous aurons l'occasion d'y revenir lorsque les recherches scientifiques entreprises par notre savant et dévoué confrère l'auront conduit à des conclusions positives.

L. Lereboullet.

Nous croyons devoir reproduire ici le résumé d'une note qu'a bien voulu nous adresser M. le docteur Trastour, médecin de l'hôpital du Pharo à Marseille. Ainsi qu'on le verra, les seules médications vraiment efficaces ont été, à Marseille, en 1884, comme à Paris dans les épidémies précédentes, celles que recommande l'étude analytique des divers sym-

ptômes de la maladie. Cet exposé clinique, si autorisé, complète avec avantage l'instruction populaire que nous avons publiée au début de l'épidémie.

C'est dans la soirée du 26 juin dernier que l'on conduisait un premier cholérique à l'hôpital auxiliaire du Pharo.

Du 26 juin au 26 juillet inclusivement, il est entré dans le service dirigé par M. le docteur Trastour 310 cholériques : 73 étaient sortis guéris à cette date, 176 avaient succombé. Il reste aujourd'hui, 27 juillet, dans les mêmes salles, 50 malades en traitement. Du chiffre de 176 décès, il convient d'en retrancher 30 dont le décès s'était produit soit pendant le trajet du domicile du malade à l'hôpital, soit en arrivant dans les salles, sans qu'aucune médication ait pu être instituée. Il reste alors 146 décès produits dans le service après un traitement d'une durée plus ou moins longue. Ce chiffre de 146 ne représente pas tout à fait, comme on le voit, la moitié de celui des entrants.

Quant aux traitements employés, ils ont varié naturellement selon que les malades arrivaient à la période de début, ou à la période algide, ou encore à la période de réaction, lorsque la période algide était heureusement franchie par les malades, grâce à la médication suivie à l'hôpital.

Il faut ajouter que le nombre des cholériques apportés à l'hôpital à la période de début a été excessivement restreint. Presque tous d'ailleurs ont guéri. Le traitement consistait à arrêter la diarrhée et les vomissements au moyen des préparations opiacées à dose plus ou moins élevée suivant les cas (de quinze à trente gouttes de laudanum) et des boissons alcoolisées chaudes; en même temps on entourait le corps des malades de bouillottes d'eau chaude et on le recouvrait avec des couvertures de laine. Dans le cas où les crampes se produisaient à cette période, on pratiquait des frictions énergiques sur les membres avec des flanelles imbibées d'essence de térébenthine.

Mais l'immense majorité des malades entrés à l'hôpital du Pharo ont été apportés dans la période d'algidité la plus accentuée. Ici les méthodes de traitement ont beaucoup plus varié. Au début, et sous l'impression des idées pasteuriennes, une médication antimicrobique a été employée chez quatre malades très graves. Elle consistait à leur faire ingérer dans les vingt-quatre heures un litre de tisane de riz dans laquelle on avait fait dissoudre 5 centigrammes de bichlorure de mercure. Les quatre malades ayant succombé, la tentative n'a plus été renouvelée. En ce moment, et toujours dans le même ordre d'idées, on soumet quelques malades à la médication par l'eau oxygénée en potions (10 grammes pour une potion de 120 grammes), et en lavements contenant 15 grammes de cette même substance. Le nombre des cas chez lesquels cette méthode de traitement a été expérimentée n'est pas encore suffisamment élevé pour pouvoir formuler une opinion précise.

Picrotoxine. — Un honorable médecin de Marseille, M. le docteur Oline, ayant cru retirer quelques succès pendant les épidémies de 1865 et 1866 de l'emploi de la picrotoxine (principe immédiat découvert par Boullay dans la coque du Levant) à laquelle il attribue la propriété de ramener la chaleur à la périphérie chez les cholériques algides, le docteur Trastour consentit à expérimenter de nouveau cet agent chez quelques malades de son service. Cette substance a été donnée à la dose de 1 centigramme par jour en potion à dix cholériques graves. Trois ont guéri. Mais le résultat n'ayant pas paru suffisamment encourageant, cette médication a été abandonnée.

Inhalations d'oxygène. — Les inhalations d'oxygène ont été pratiquées chez quelques malades arrivés à la période asphyxique et à titre d'adjuvant du traitement interne. Chez tous, ces inhalations ont paru, momentanément au moins, favoriser les fonctions de l'hématose et ceux mêmes de ces malades qui ont succombé ont paru revenir pour un instant à la vie. En somme, ces inhalations d'oxygène, employées concurremment avec les excitants internes, constituent un moyen d'une grande utilité lorsque la cyanose commence à se produire.

Injections d'eau dans les veines. — Le souvenir du malade agonisant de Lorain ramené presque miraculeusement à la vie par une injection de 400 grammes d'eau dans les veines a engagé le docteur Trastour à pratiquer cette même opération chez deux de ses malades dont l'asphyxie était imminente et en se plaçant dans les mêmes conditions que celles où s'était placé le professeur Lorain. Le résultat n'a pas été le même. Les deux malades n'ont pas tardé à succomber et M. Trastour pense que l'injection intraveineuse, même avec la solution recommandée par M. Hayem, ne peut constituer qu'un moyen très exceptionnel, tout au plus bon à employer dans un service d'hôpital.

Médication excitante. — C'est celle qui a fourni et qui fournira pendant longtemps encore le plus grand nombre de succès. L'acétate d'ammoniaque et l'éther associés ou non au laudanum, selon que la diarrhée et les vomissements persistent ou non pendant la période algide, doivent constituer la base du traitement à cette période. Comme adjuvants, les boissons gazeuses et la glace, les boissons alcoolisées, les frictions sur tout le corps et principalement sur les membres avec des flanelles arrosées d'essence de térébenthine. Lorsque les crampes sont très douloureuses et que les frictions ne les calment pas, le docteur Trastour s'est très bien trouvé d'une injection hypodermique à chaque jambe avec 1/2 centigramme de chlorhydrate de morphine. Le même moyen a été très utile aussi dans un certain nombre de cas où, appliqué au creux épigastrique, il est parvenu à calmer des douleurs très vives siégeant à cette région et s'accompagnant de vomissements incessants. Enfin, dans quelques cas de hoquet persistant, on a pu faire céder ce symptôme très désagréable par un large badigeonnage au collodion.

Lorsque les malades, ayant heureusement franchi la période périlleuse de l'algidité, parvenaient à la période véritablement de réaction, tout danger n'ayant pas encore cessé pour un certain nombre, les médications employées ont encore varié selon que les malades présentaient des phénomènes adynamiques ou ataxo-adynamiques.

Chez les premiers, le quinquina, l'alcool, le café, enfin les reconstituants sous toutes les formes;

Chez les seconds, les lotions froides vinaigrées toutes les fois que la température atteignait ou dépassait 38 degrés. Dans un cas, indépendamment de ces moyens, il a fallu appliquer deux vésicatoires aux cuisses et chez un autre malade dix sangsues à l'anus, la face dans ces deux cas étant vultueuse et l'injection des conjonctives considérable.

En somme, dans l'état actuel de la science et jusqu'à ce qu'un spécifique ait été trouvé pour combattre le choléra, la médecine qui donnera les meilleurs résultats est celle qui est basée sur les indications fournies par ces malades aux différentes phases de la maladie. C'est celle qui a été pratiquée au Pharo dans le service du docteur Trastour.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie expérimentale.

De l'action des solutions chlorurées sodiques additionnées de violet de méthyle sur les éléments du sang, par G. Hayem.

En 1875 et 1876, cherchant un liquide convenable pour l'examen des éléments du sang et favorable à leur numération, je fus conduit à faire l'essai d'un très grand nombre de substances. Le chlorure de sodium en solution faible (1/200) me donna des résultats défectueux et depuis je l'ai considéré comme un mauvais réactif. Cependant dans ces dernières années nombre d'histologistes ont poursuivi des recherches sur l'anatomie et sur le développement des éléments du sang en recommandant d'une manière particulière l'usage de solutions contenant de 0,45 à 0,75 pour 100 de chlorure de sodium. Bizzozero ajoute à ces solutions, au moment de s'en servir, environ 1 pour 100 de solution concentrée de violet de méthyle.

Avant de condamner ce nouveau mode d'emploi des solutions de sel marin, j'ai étudié avec soin les résultats qu'on en obtient.

Après de nombreux examens du sang et des éléments des organes hématopoiétiques de divers animaux, j'ai reconnu que ces solutions altèrent toujours plus ou moins rapidement les éléments histologiques et exposent par conséquent à des erreurs d'interprétation. Elles modifient rapidement les hématoblastes, déforment et dissolvent les globules rouges, et, bien que leur action soit moins sensible sur les globules blancs et les hématoblastes nucléés de Neumann, elles ne conservent à ces derniers éléments leur aspect normal que pendant les premières minutes de l'examen.

Parmi les modifications qu'elles font subir aux éléments du sang, et qu'il serait parfaitement inutile de décrire d'une manière détaillée, il en est une qui mérite d'être connue. Elle se produit avec une netteté remarquable dans le sang de la grenouille en voie de réparation et porte spécialement sur les globules rouges imparfaitement développés, intermédiaires aux hématoblastes et aux globules adultes.

Après avoir rendu une grenouille anémique en lui sectionnant une patte, j'ai recueilli, au bout d'un mois environ, le sang de cette grenouille et l'ai traité par divers réactifs.

Dans la préparation faite avec la solution de chlorure de sodium à 0,5 pour 100 additionnée de violet de méthyle, les éléments du sang sont tout d'abord peu altérés, à l'exception des hématoblastes dont le disque pâlit et disparaît rapidement. On remarque que les globules rouges jeunes, intermédiaires, sont extrêmement nombreux; qu'ils renferment tous un noyau unique relativement volumineux; qu'aucun d'eux ne présente trace de segmentation. Au bout de quelques minutes, ces éléments se déforment et on en voit qui paraissent coupés en deux par un étranglement transversal. Cet étranglement tend à les diviser et comprime le noyau en en refoulant les granulations vers les pôles.

Ces éléments étranglés sont d'abord rares; mais en poursuivant l'examen ils se multiplient à vue d'œil.

Répétée plusieurs fois, cette méthode d'examen a toujours donné lieu plus ou moins rapidement à la même altération, et celle-ci a porté sur un nombre plus ou moins grand d'éléments. Dans un cas, mon chef de laboratoire, M. Roussy, a pu voir au bout d'environ trois heures tous les éléments intermédiaires sans exception présenter cette curieuse déformation. Celle-ci peut également se montrer sur les globules rouges adultes; mais elle ne porte en général que sur un petit nombre d'entre eux.

On dirait qu'un lien vient se poser autour des éléments et qu'en se rétractant il les coupe progressivement: le disque se plisse en se festonnant, le noyau prend une forme de sablier; finalement l'élément est sectionné en deux parties.

Il est rare toutefois que le phénomène aille jusqu'à la séparation complète de l'élément en deux autres plus petits et nucléés. Souvent le noyau est refoulé en entier dans un des renflements polaires, tandis que l'autre partie du globule devient vésiculeuse, pâlit, perd son contenu hémoglobique et à la longue se trouve réduite à des traces de stroma.

Pendant ces curieuses modifications, les éléments prennent l'apparence que Bizzozero a représentée dans son dernier travail sur la multiplication des éléments du sang (*Arch. it. de biologie*, t. IV, fasc. III).

Cet auteur attache avec raison la plus grande importance à la technique de l'examen du sang; il prévient le lecteur que sa théorie sur la formation des globules rouges par « division indirecte » ne peut être mise en évidence qu'à l'aide des procédés dont il fait usage.

Du moment où ces procédés déterminent des altérations artificielles que l'auteur a considérées comme des particularités réelles, que dire de la valeur de sa théorie?

Pathologie interne.

Sur le diagnostic du cancer de l'estomac, communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 25 juillet, par M. le docteur Dujardin-Beaumetz.

Je réclamerai tout d'abord l'indulgence de mes collègues pour la communication que je fais aujourd'hui à la Société des hôpitaux, car, à l'inverse de ce qui se passe généralement, où l'on voit chacun de vos travaux signaler un nouveau progrès dans les études cliniques ou une nouvelle acquisition dans le domaine de la thérapeutique, je viens au contraire vous montrer l'embarras où nous nous trouvons aujourd'hui pour affirmer le diagnostic du cancer de l'estomac et les obscurités qui entourent ce diagnostic.

Ces obscurités résultent surtout de trois circonstances: d'abord de la difficulté où l'on se trouve aujourd'hui à préciser le mot *cancer*, puis de la lenteur que mettent les altérations cancéreuses de l'estomac à se développer, puis enfin surtout de la connaissance beaucoup plus complète d'un état pathologique surtout étudié pendant ces dernières années, je veux parler de la dilatation de l'estomac, non pas telle que l'a comprise le professeur Bouchard, dans sa dernière communication, mais de cette dilatation avec épaississement des parois qui constitue pour ainsi dire une entité spéciale. Je vais examiner chacun de ces points.

Les progrès qu'a fait faire l'histologie à l'anatomie pathologique ont puissamment ébranlé le mot *cancer*, tel que le comprenaient les anciens, et, comme le dit fort bien Cornil (*Dict. encycl. des sc. méd.*, article Cancer), le mot *cancer*, compris comme synonyme de tumeur maligne, n'a plus sa raison d'être.

Tandis que l'histologie s'efforçait de distinguer anatomiquement chacune de ces tumeurs dites cancéreuses, la clinique, de son côté, s'efforçait d'isoler chacune de ces productions, et par l'étude de leur marche et de leur développement en constituait des espèces distinctes. Cette dissociation du groupe multiple des tumeurs qu'on avait associées sous ce mot générique de *cancer* a pu se faire, surtout pour les tumeurs externes ou chirurgicales, dont on pouvait observer l'évolution pas à pas. Malheureusement, il n'en a pas été de même pour les tumeurs malignes internes et en particulier pour celles de l'estomac, et nous comprenons encore aujourd'hui très probablement sous le nom de cancer des affections qui n'ont de commun que leur incurabilité et leur terminaison toujours fatale.

Cependant ces divisions doivent exister et je me fonderai surtout pour les établir sur la durée d'évolution de certains cancers de l'estomac. A cet égard, on peut observer de grandes différences qui tiennent, les unes au siège du cancer, les autres à la variété de la lésion que l'on observe. On comprend facilement qu'une lésion cancéreuse peu étendue du côté du pylore ou bien encore du côté du cardia puisse entraîner des symptômes d'une haute gravité et une mort rapide, non par la lésion elle-même, mais par les désordres qu'elle entraîne dans la nutrition. On comprend aussi comment la chirurgie dans ces dernières années a proposé d'intervenir soit par la gastrotomie, soit par la gastrectomie, et que, malgré de nombreux échecs, elle peut enregistrer dans ces cas des succès relatifs.

Quant à la variété des altérations cancéreuses, il est certain qu'il existe des cancers de l'estomac dont l'évolution est extrêmement lente, cancers analogues à ceux qui atteignent l'utérus, les seins et qui évoluent d'une façon si peu rapide, que, pendant de longues années, on voit les malades porteurs de pareilles lésions sans altération grave de leur économie.

Si l'on se reporte aux statistiques de Brinton, de Lebert, de Valleix, la durée moyenne du cancer de l'estomac serait de treize mois, la durée maxima correspondant à trente-six mois, la durée minima à un mois. Je crois, pour ma part, que la durée maxima peut être beaucoup plus considérable, et le cas le plus curieux que j'ai été à même d'observer à cet égard est celui que j'ai examiné avec le docteur Leroy des Barres à Saint-Denis. Depuis dix ans ce malade éprouvait des troubles du côté de l'estomac avec vomissement de matière noire. Examiné successivement à cette époque par Potain et par Béhier, on avait émis la pensée d'un cancer de l'estomac. Grâce à un régime lacté exclusif auquel se soumit rigoureusement le malade pendant ces dix années, les symptômes disparurent au point de permettre à ce malade de reprendre sa vie habituelle, sauf toutefois de légères rechutes. Je revis ce malade l'année dernière pendant une de ces rechutes et, nous fondant sur la durée de l'affection, le docteur Leroy des Barres et moi, nous avons pensé, malgré l'âge avancé du sujet, qui avait plus de soixante-dix ans, qu'il s'agissait soit d'une gastrite ulcéreuse, soit d'une dilatation de l'estomac. Quelque temps après le malade mourut et à l'autopsie on constata un véritable cancer de l'estomac, dont la nature nous fut confirmée par l'examen microscopique fait au laboratoire du professeur Cornil.

Je sais bien que dans cette observation on peut se demander si le malade n'a pas eu successivement un ulcère de l'estomac, puis un cancer. On a effet observé certains cas de tumeurs cancéreuses se développant sur d'anciennes cicatrices du cancer de l'estomac, mais il faut éviter, dans ce cas, une erreur qui consiste à considérer comme cancer des bourgeonnements vasculaires qui se produisent sur des cicatrices. J'ai pu moi-même en observer un fait fort remarquable.

Il s'agissait d'une femme âgée de trente-six ans, présentant tous les symptômes caractéristiques d'un *ulcus rotundum* de l'estomac. Cette femme prit la variole dans mon service, elle fut transportée dans les salles d'isolement dirigées par notre collègue Gombault et y succomba; l'autopsie révéla deux ulcères de l'estomac, dont l'un en voie de cicatrisation était recouvert d'un champignon charnu et vasculaire, mais il ne s'agissait pas ici de carcinomes, et l'examen histologique permit d'en reconnaître la nature exclusivement vasculaire. Malgré toutes ces réserves, je persiste donc à croire que mon malade de Saint-Denis portait un cancer dont l'origine remontait au moins à dix années.

Cette lenteur dans l'évolution d'un cancer jette, comme vous le voyez, de grandes obscurités sur le diagnostic du cancer de l'estomac; mais ces obscurités sont devenues encore beaucoup plus profondes depuis que nous connaissons mieux une affection de l'estomac qui a avec le cancer de cet organe de telles analogies, que les symptomatologies de ces deux affections se confondent en une même description, je veux parler de la dilatation de l'estomac.

Par ce mot *dilatation*, je n'entends pas l'état de relâchement des fibres musculaires, sur lequel dans la dernière séance notre collègue Bouchard a appelé l'attention, mais bien cette augmentation énorme du volume de l'organe, avec épaississement des parois, succédant le plus ordinairement à l'inflammation chronique des différentes couches de l'estomac, état que Brinton a bien décrit sous le nom de *linitis stomacal*.

Quoiqu'on trouve dans les anciens plusieurs faits isolés donnant une bonne description de cette dilatation énorme de l'estomac comme celui cité en 1696 par Mauchard, c'est le père de notre collègue Duplay qui en 1833 a réuni le premier toutes ces observations sous le nom de *dilatation morbide de l'estomac*. Il me semble bon de rappeler le travail très remarquable de notre ancien collègue, que les travaux plus récents de l'école allemande et en particulier de Kussmaul tendent à faire oublier. Andral avait aussi décrit ces vastes dilatations sous le nom d'*asthénie* de l'estomac; enfin Chomel a dû comprendre sous le nom de dyspepsie des liquides un certain nombre de ces faits.

Ici l'estomac est énorme et occupe quelquefois toute la cavité abdominale, et pour établir le diagnostic de cette affection avec le cancer, nous ne pourrions invoquer ni l'âge, ni le sexe, ni la cachexie, ni les symptômes locaux.

Le sexe? on sait d'après les statistiques de Brinton combien la fréquence du cancer de l'estomac est plus grande chez l'homme que chez la femme; il en est de même de la dilatation de l'estomac, et il y a beaucoup plus d'hommes que de femmes atteints de dilatation de l'estomac, et cela par ce seul fait de l'abus plus fréquent des boissons alcooliques chez l'homme que chez la femme.

L'âge ne sera pas un meilleur guide et sauf quelques cas exceptionnels où j'ai observé chez des adultes et même chez de jeunes enfants de la dilatation de l'estomac, la plupart de mes observations portent sur des individus au-dessus de quarante ans.

La cachexie ne peut nous fournir de meilleurs renseignements. Il y a quelques années, il était de règle de dire que, d'une manière générale, toutes les fois que chez un homme âgé de quarante ans apparaissent des troubles gastriques profonds, accompagnés de signes généraux de cachexie, il y avait plus de raison de croire à un cancer de l'estomac qu'à une gastrite; cette opinion a été maintenue plus récemment par Chesnel sous une autre forme, qui est la suivante : « Lorsqu'on est indécis sur la nature d'une affection de l'estomac et qu'il survient un état cachectique qu'aucune autre lésion locale ne peut expliquer, on est en droit de soupçonner l'existence d'un carcinome de l'estomac (1). » M. Caillau, dans sa thèse sur les difficultés du diagnostic des maladies de l'estomac, soutient la même affirmation (2).

C'est là une erreur, car la dilatation de l'estomac, lorsque l'on n'intervient pas par une méthode active de traitement, entraîne des troubles de nutrition assez intenses pour produire un état cachectique, aussi marqué que chez les cancéreux, et avant que le lavage fût appliqué à la cure des affections stomacales, les individus atteints de dilatation considérable de l'estomac succombaient au dépérissement produit par cette affection.

Il y a plus : la coagulation veineuse que Trousseau considérait comme un signe absolument caractéristique et qui permettait de faire cesser toute indécision lorsqu'on hésitait entre une gastrite chronique, un ulcère simple et un carcinome,

(1) Chesnel, *Étude clinique sur le cancer de l'estomac*. Thèse de Paris, 1877, n° 32, p. 107.

(2) Caillau, *Considérations sur les difficultés de diagnostic des maladies de l'estomac*. Thèse de Paris, 1873, p. 30.

peut se montrer aussi dans le cours de la dilatation de l'estomac. On comprend d'ailleurs facilement que tous les troubles de la nutrition, quelle que soit leur origine, puissent développer un état inopexique du sang favorisant la production spontanée de caillots, et qu'à ce titre les gastrites chroniques, ulcéreuses ou non, s'accompagnant de dilatation de l'estomac, puissent déterminer de la *phlegmatia alba dolens* au même titre que le cancer.

Comme vous le voyez, Messieurs, ni l'âge, ni le sexe, ni l'état cachectique ne nous fournissent d'indications suffisantes pour affirmer le diagnostic. Serons-nous plus heureux avec les symptômes locaux? Je ne m'occuperai particulièrement que de deux sypmtômes : les vomissements sanguins et la présence d'une tumeur au niveau de l'estomac.

Je laisserai de côté les autres symptômes et en particulier la douleur, quoique Gaillardon, dans sa thèse, ait fondé sur le caractère de cette douleur une des bases du diagnostic du cancer de l'estomac (1). Je ne connais pas de plus mauvais signe du cancer que la douleur : il y a des individus manifestement atteints de cancer qui n'ont jamais souffert, tandis que les douleurs peuvent apparaître avec le caractère lancinant que lui attribue Brinton dans un grand nombre d'affections de l'estomac autres que le cancer.

Quant aux hématémèses, on a soutenu jusque dans ces derniers temps que les vomissements noirs (marc de café) étaient un symptôme caractéristique du cancer de l'estomac, tandis qu'au contraire l'apparition de sang non altéré caractérisait l'ulcère de l'estomac. Si je m'en rapporte à mes observations personnelles, le vomissement noir se montre aussi fréquemment dans la gastrite chronique avec dilatation que dans le cancer, et je connais, pour ma part, un grand nombre de malades qui ont eu pendant longtemps des vomissements marc de café et qui sont aujourd'hui dans un état de santé parfaite et cela depuis bien des années. Le cas le plus intéressant que j'aie vu à cet égard est celui d'un riche Arménien qui m'était adressé de Constantinople comme atteint de cancer de l'estomac. Ce malade en effet était cachectique avec œdème des jambes, il avait des vomissements noirs (marc de café). Le professeur Germain Sée, qui vit avec moi ce malade, ordonna le lavage, qui fut pratiqué par notre collègue Sevestre et, depuis quatre ans, ce malade jouit d'un état parfait de santé, à condition toutefois de se laver de temps en temps l'estomac, qui reste dilaté.

Les vomissements noirs ne sont donc pas un signe de cancer, ils se produisent dans tous les cas où la muqueuse stomacale est congestionnée et exulcérée, et ces ulcérations se produisent surtout par le séjour prolongé d'aliments fermentés et corrompus qui accompagne toute dilatation de l'estomac; l'alcool, à lui seul, peut les produire et comme dans les expériences faites par mon élève Jaillet sur les chiens, on peut, grâce à un artifice d'expérimentation, qui permet par l'usage de la strychnine de leur administrer des doses toxiques d'alcool sans déterminer la mort, produire des gastrites avec ulcérations de l'estomac.

Quant à la tumeur, il est bien certain que, lorsqu'on perçoit une tumeur volumineuse, bosselée, au niveau de l'estomac avec tous les symptômes que je viens d'énumérer, on peut affirmer son diagnostic. Malheureusement, quoi qu'en ait dit Brinton, ces cas sont rares, et il est bien des cas où l'on ne perçoit rien, malgré l'étendue de la tumeur, et je vous signalerai à cet égard la curieuse observation de notre collègue Debove, où une gastrotomie exploratrice permit de reconnaître un cancer étendu de l'épiploon et de l'estomac, tandis que le palper ne faisait percevoir aucun symptôme.

D'autre part la dilatation de l'estomac avec épaississement des parois peut donner à cette région une sensation d'empâtement, de résistance qui fait pencher vers le cancer. Souvent même l'estomac, subissant des mouvements péristaltiques, produit lors de l'examen des tumeurs mobiles qui peuvent encore être une cause d'erreur. On voit donc combien, sauf les cas de tumeurs bien nettes et bosselées, est difficile le diagnostic fourni par l'examen local.

Frappés de ces difficultés, quelques médecins ont pensé que l'on pouvait lever tous les doutes, soit en s'adressant directement à l'estomac, soit en examinant les déchets de la nutrition, c'est-à-dire l'urée ; ce sont ces deux points que je vais examiner rapidement.

En Allemagne on a songé à distendre l'estomac par des mélanges gazeux; on espérait ainsi reconnaître plus aisément le volume de l'organe et les modifications de ses parois, mais encore l'état de contractilité ou de non-contractilité du pylore et par suite son état d'intégrité ou sa dégénérescence. Si le pylore était intact, il devait s'opposer momentanément au passage des gaz qui devaient rester accumulés dans l'estomac; s'il était atteint, les gaz passaient alors rapidement dans les premières parties du duodénum. J'ai tenté deux fois cette expérience et, soit que mon procédé ait été mauvais, soit que les cas aient été mal choisis, je n'ai pu obtenir des mélanges gazeux aucun élément de diagnostic.

L'autre méthode est encore plus délicate, elle consiste à examiner directement le suc gastrique et à constater son altération et en particulier la diminution de l'acide qu'il renferme. On a soutenu en effet en Allemagne que le cancer de l'estomac modifiait profondément la sécrétion du suc gastrique, quelque petite que soit son étendue, et c'est ce qui expliquerait pour ces médecins les troubles profonds de la nutrition dans le cancer, la peptonisation devenant insuffisante. Tout en reconnaissant que le lavage de l'estomac nous permet de recueillir le suc gastrique dilué et de l'étudier mieux qu'on ne le faisait auparavant, nous ne sommes pas encore assez avancés sur les modifications qu'apportent les affections de l'estomac à la composition du suc gastrique, pour baser sur ses modifications chimiques le diagnostic des affections stomacales.

Rommelaere (de Bruxelles) a pris une autre voie en présence des difficultés cliniques et histologiques où l'on se trouve pour définir aujourd'hui le cancer. Rommelaere a soutenu que la malignité des tumeurs se caractérise par une viciation de la nutrition intime, cette viciation ne se rencontrant pas dans les tumeurs bénignes. Pour apprécier cette altération de la nutrition, il s'adresse à l'examen total de l'urée rendue dans les vingt-quatre heures et c'est cet examen qui lui permet d'établir son diagnostic (1).

Ainsi dans huit cas de cancer de l'estomac, la quantité d'urée a varié entre 6 et 11 grammes, elle a été en moyenne de 9 grammes ; dans les cas où le cancer se porte à la fois sur le foie et l'estomac, elle a été en moyenne de 10 grammes; dans les cas de cancer du foie elle a été en moyenne de 8 grammes; enfin dans les cas de cancer utérin la moyenne a été de 9gr,29. En examinant comparativement les gens atteints de dyspepsie et d'ulcère simple de l'estomac, il a trouvé au contraire un chiffre variant entre 17 et 35 grammes.

Comme vous le voyez, Messieurs, on pourrait établir, d'après Rommelaere, cette loi : « Que lorsque l'on est en présence d'une affection chronique de l'estomac et que l'on hésite dans le diagnostic, si l'examen des urines répété pendant plusieurs jours de suite donne un chiffre total inférieur à 10 grammes d'urée, on doit incliner du côté du cancer. »

J'ai dans mon service appliqué le procédé de Rommelaere, je me suis servi de la méthode pour la recherche de Regnard et voici en résumé à quels résultats je suis arrivé chez 10 malades où cet examen a été pratiqué :

(1) Gaillardon, *De la douleur dans le cancer de l'estomac*. Thèse de Paris, 1879, n° 73.

(1) Rommelaere, *Du diagnostic du cancer*, 1883 (*Ann. de l'Université libre de Bruxelles*). *De la mensuration de la nutrition organique, applications cliniques* (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, t. XVI, n° 10 et *Journ. de méd. et chir. méd. de Bruxelles*, 1883).

Cancers probables.

Noms des malades.	Durée des observations.	Moyenne de l'urée.
1° Auguste D..........	9 jours.	6 grammes.
2° Pierre D............	10 —	7 —
3° Louise G...........	10 —	4 —
4° Marcelin T..........	5 —	5 —

Gastrites ulcéreuses.

Noms des malades.	Durée des observations.	Moyenne de l'urée.
1° Joseph B...........	19 jours.	25 grammes.
2° Emile D............	5 —	20 —
3°	5 —	22 —
4° Isidore J...........	15 —	24 —
5° Nelly F.............	7 —	26 —

Ulcère de l'estomac.

Nom du malade.	Durée de l'observation.	Moyenne de l'urée.
1° Charles M..........	5 jours.	20 grammes.

Si l'on s'en rapportait à ces observations, qui seront d'ailleurs publiées *in extenso* dans la thèse de mon élève M. le docteur Deschamps, on y trouverait une confirmation éclatante des théories du médecin belge. Mais un fait récent qui vient de se passer dans mon service montre que l'examen de l'urine ne fournit pas toujours un guide suffisant pour le diagnostic des tumeurs cancéreuses. Chez une femme, âgée de soixante-six ans, cachectique et présentant à la région de l'estomac une induration fort nette se prolongeant avec le foie, j'avais diagnostiqué un cancer du foie propagé à l'estomac. L'examen de l'urée fait pendant plusieurs jours avait indiqué une quantité d'urée ne dépassant pas 4 grammes par jour, et à l'autopsie nous trouvons un kyste hydatique à parois résistantes et fort épaisses.

D'ailleurs la quantité d'urée est en rapport direct avec l'alimentation et la nutrition, et tout en reconnaissant que chez les gens atteints de cancer la nutrition est plus profondément altérée que dans les autres affections de l'estomac et en particulier dans l'ulcère simple, on comprend facilement que la quantité d'urée soit fort variable et ne puisse fournir un élément positif de diagnostic. Cependant nous ne devons pas perdre les précieuses indications fournies par Rommelaere, et désormais on devra toujours, dans les cas douteux d'affection de l'estomac, examiner avec soin, et cela pendant plusieurs jours, la quantité totale d'urée rendue dans les vingt-quatre heures.

J'avais pensé que le résultat du lavage de l'estomac dans les dilatations permettait d'établir le diagnostic et que, lorsque le malade revenait à la vie, grâce à cette méthode, on devait penser à une affection autre que le cancer. Je doute aujourd'hui de mon affirmation et voici pourquoi : j'ai des malades qui, depuis deux ans, ont repris pour ainsi dire leur occupation habituelle à cette condition de continuer régulièrement le lavage, ce qui est une loi dans les grosses dilatations de l'organe, et il ne m'est pas démontré qu'ils n'ont pas de cancer.

J'ai à cet égard deux faits intéressants. En premier lieu il s'agit d'une dame dont les aïeux, les frère et les sœurs sont tous morts de cancer, qui offre de plus un état cachectique notable; cette malade depuis trois ans se lave l'estomac. Grâce à cette méthode, ses fonctions digestives se sont rétablies, mais, malgré ce bénéfice, je crains qu'elle n'ait un cancer. Depuis plus de six mois j'ai à l'hôpital un malade, cachectique, avec vomissements, mais le lavage de l'estomac a ramené un rétablissement presque complet, il a eu une pneumonie dont il a guéri. Aujourd'hui cet homme continue à s'affaiblir et j'ai l'intime persuasion qu'il a un cancer de l'estomac.

Telles sont, Messieurs, les considérations que je désirais vous présenter sur le cancer de l'estomac. J'ai posé le problème clinique et j'ai montré l'impuissance où nous étions à le résoudre, mais j'espère que cette question, mise de nouveau à l'étude, nous permettra enfin d'établir les bases cliniques de ce diagnostic, et il me reste à vous remercier de la bienveillance avec laquelle vous avez bien voulu entendre cette longue communication.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 28 JUILLET 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

Traitement électrique des fibromes utérins. Note de M. *Apostoli*. — Les conclusions générales de cette Note sont les suivantes : Aux anciens procédés de traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus caractérisés : 1° par l'emploi de *très faibles intensités électriques* manquant de *dosage* et administrées d'une façon variable et empirique; 2° par le siège souvent vaginal de leur pôle actif, toujours en dehors de la cavité de l'utérus, — M. Apostoli oppose une méthode : 1° toujours plus active, puisqu'elle s'élève à des intensités maxima de cent milli-ampères; 2° et toujours intra-utérine. Le moyen de rendre tolérables ces hautes intensités au pôle extérieur ou cutané, c'est d'employer un électrode en terre glaise sur le ventre (comme il le pratique depuis 1882), pour augmenter la surface et diminuer au maximum la résistance de la peau. Pour intéresser toute l'étendue de la muqueuse intra-utérine, il faut se servir d'un hystéromètre inattaquable en platine, qui se transforme en trocart, si le canal naturel n'est pas perméable.

M. Apostoli a ainsi systématisé, dit-il, la thérapeutique électrique des fibromes : 1° en localisant une eschare dans l'utérus par la voie naturelle ou artificielle; 2° en donnant les indications variables de l'eschare positive (hémorrhagie, leucorrhée rebelle) ou négative (dysménorrhée intense, périmétrite additionnelle, chronique ou subaiguë), quoique l'une et l'autre puissent alternativement, dans quelques circonstances, être employées sur le même sujet; 3° en dosant et en simplifiant le procédé opératoire.

L'avenir de la gynécologie, dit l'auteur en terminant, est dans la thérapeutique intra-utérine sagement administrée. M. Apostoli cite à l'appui de sa communication une centaine d'observations concernant la régression des fibromes et surtout la restauration des malades qui en sont atteintes.

Épidémie actuelle de choléra. Rapport de M. *Vulpian*. — La commission chargée, dans la dernière séance, de prendre connaissance des nombreuses communications relatives au choléra qui ont été adressées à l'Académie, a examiné un premier dossier contenant plus de 240 lettres, qui, pour la plupart (230), proviennent d'Espagne; les autres sont envoyées d'Italie, d'Allemagne, de Russie, d'Amérique et de France.

En réalité, elles ne comportent toutes que des remèdes secrets ou des moyens sans aucune valeur, ou des agents thérapeutiques déjà essayés. La plupart des personnes qui ont adressé ces communications à l'Académie sont en dehors de la profession médicale, et elles n'ont pas produit le moindre fait à l'appui de leurs affirmations.

Les quelques arguments allégués dans deux ou trois lettres sont loin d'avoir le caractère démonstratif que leur attribuent leurs auteurs. En résumé, la commission a le regret, dit son savant rapporteur, de déclarer qu'elle n'a trouvé dans toute cette correspondance aucun renseignement véritablement utile.

Sur le micro-organisme de la tuberculose zoogléique. Note de MM. *L. Malassez* et *W. Vignal*. — Les auteurs de cette communication ayant réussi à colorer les zooglœées d'une façon satisfaisante, font connaître à l'Académie un certain nombre de faits intéressants touchant l'histoire de ce

micro-organisme. Ainsi ils ont constaté que toutes les zoogloeées n'étaient pas également colorables, que les unes l'étaient complètement, tandis qu'un certain nombre ne l'étaient qu'en partie, et que d'autres restaient absolument incolores. A ces différences de colorabilité correspondaient de notables différences de structure.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 29 JUILLET 1884.— PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

M. le docteur *Brondel* (d'Alger) envoie un *Pli cacheté*, dont le dépôt est accepté, concernant *Un nouveau procédé d'application des courants continus.*

M. le docteur *Apostoli* envoie un mémoire manuscrit *sur le traitement par l'électricité des tumeurs fibreuses de l'utérus.* (Renvoi à MM. *Vulpian, Tarnier* et *Guéniot.*)

L'Académie reçoit un nombre considérable de mémoires, brochures et documents relatifs au choléra, qu'elle transmet à la Commission des épidémies.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° l'*Annuaire statistique de la Ville de Paris pour* 1882 et les *Résultats statistiques du dénombrement de* 1881 *pour la Ville de Paris ;* 2° de la part de M. le docteur *Grosclaude* (d'Elbeuf), une brochure intitulée : *Quelques notions d'hygiène publique et privée en vue de prévenir l'extension de l'épidémie de choléra ;* 3° au nom de M. le docteur *Calliburcès*, un mémoire imprimé relatif à des *Recherches expérimentales sur l'influence du traitement pneumatique sur la fermentation des jus sucrés.*

M. *Larrey* présente plusieurs brochures sur des sujets de médecine militaire, par MM. les docteurs *Da Cunha Bellem* et *Jose Ennès*, médecins de l'armée portugaise.

M. *Vulpian* dépose une Note de M. *De Cyon* préconisant l'emploi d'*injections intraveineuses d'eau oxygénée* dans la période algide du choléra.

M. *Legouest* fait hommage, au nom de M. le docteur *Czernicki*, d'un mémoire imprimé sur *la fièvre typhoïde dans les corps expéditionnaires de la Tunisie et du Sud-Oranais en* 1881. (*Commission des épidémies.*)

M. *Brouardel* présente une brochure de M. *Wakenfield sur le choléra asiatique.*

M. *Bouley* dépose, de la part de M. *Baillet* (de Toulouse), un mémoire imprimé sur *les inoculations préventives du charbon.*

M. *Peter* présente deux rapports manuscrits dans lesquels M. le docteur *Queirel* (de Marseille) donne la preuve de l'importation du choléra à Marseille par des personnes venant de Toulon et à Arles par des voyageurs arrivés de Marseille.

M. *Ball* offre, au nom de MM. les docteurs *Miot* et *Baratoux*, le premier fascicule de leur *Traité théorique et pratique des maladies des oreilles et du nez.*

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose les modèles d'un *masque antiseptique*, imaginé par M. le docteur *Burq.*

M. *Tarnier* présente, de la part de M. le docteur *Lefoux* (de Bordeaux), un instrument destiné à pratiquer la décollation lorsque, dans une présentation de l'épaule, la version est impossible. (Renvoi à une Commission composée de MM. *Blot, Tarnier* et *Guéniot.*)

ÉLECTION. — Par 44 voix sur 54 votants, M. *Mac Leod* (de Glasgow) est élu correspondant étranger dans la deuxième division (chirurgie). M. de Roubaix (de Bruxelles), porté en seconde ligne, obtient 10 voix.

CHOLÉRA. — M. *Proust* vient répondre au discours prononcé par M. Jules Guérin dans la précédente séance. Il s'attache surtout à démontrer que le choléra signalé en premier lieu à Toulon présentait les caractères du choléra asiatique, qu'il n'a pas été précédé de ces diarrhées prémonitoires considérées par M. Jules Guérin comme le premier symptôme constant des épidémies cholériques et que la constitution saisonnière des villes qu'il a successivement envahies ne prédisposait nullement à une épidémie de ce genre.

Il renouvelle à cet effet la narration déjà apportée à la tribune par M. Brouardel en insistant davantage, d'après les renseignements fournis récemment par les médecins de Toulon et de Marseille.

En somme, et pour ne pas revenir sur une démonstration déjà faite, l'épidémie qui a débuté à Toulon a affecté tous les caractères du choléra asiatique envahissant qui est habituellement importé, mais il a été impossible de préciser le mode d'importation et les navires venus de Cochinchine ne sauraient être incriminés.

M. Proust, d'autre part, n'admet pas l'identité du choléra nostras et du choléra asiatique; le premier est connu de toute antiquité, le second est d'origine exotique, indienne, asiatique et ne s'est montré en Europe, ainsi que M. Proust s'efforce d'en donner de nombreuses preuves, que par importation. De plus, la marche des deux affections est toute différente : continue dans le choléra asiatique, elle a une tendance ascendante, puis la courbe descend et la maladie disparaît; au contraire, avec le choléra nostras on observe quelques cas isolés, puis il y a une période de silence qui est en rapport avec les modifications de la température, et, si la chaleur survient de nouveau, les cas de choléra nostras peuvent réapparaître; enfin l'un est importable, et l'autre ne l'est pas; l'un est contagieux, et l'autre ne l'est pas.

Quant au diagnostic, la *période d'algidité* est celle qui donne le moins d'indications au point de vue du diagnostic; l'algidité cyanique du choléra constitue en effet un syndrome qui apparaît dans une foule d'états morbides différents, dans les diarrhées catarrhales aiguës, dans les diarrhées saisonnières, dans les diarrhées chroniques, dans les superpurgations avec le tartre stibié, dans les empoisonnements avec l'arsenic, l'acide oxalique, le sublimé; enfin dans le cas d'obstruction intestinale. Le diagnostic est autrement aisé dans la *période prodromique* et la *période de réaction :* avec le choléra nostras, la période prodromique existe toujours ou presque toujours; dans le cas de choléra asiatique, la diarrhée prémonitoire existe souvent, mais non d'une façon constante. La *période de réaction* donne également des indications importantes : avec le choléra nostras, elle est habituellement bénigne. Si le malade n'est pas foudroyé dans la période algide, la réaction est prompte, active et modérée ; dans le choléra asiatique, cette période est insidieuse et souvent mortelle. D'ailleurs, cette distinction des deux choléras est aujourd'hui admise à peu près par tout le monde, et le gouvernement anglais lui-même l'accepte.

Cette distinction a une importance pratique considérable; c'est sur elle, en effet, qu'est fondée toute notre prophylaxie sanitaire. Si nous nous sommes opposés à des mesures excessives, inutiles et illusoires, nous voulons maintenir notre système défensif extérieur. C'est sur la mer Caspienne et sur la mer Rouge que les barrières doivent être placées. Toutefois, la mer Rouge envahie, tout n'est pas perdu et ce qui s'est passé l'an dernier montre que l'Europe peut encore être préservée. Mais une fois le choléra en France, nous n'avons plus pour nous sauvegarder que l'emploi rigoureux des mesures d'hygiène. Les cordons sanitaires terrestres, pour être efficaces, ne doivent être établis que dans les pays à population clairsemée, comme en Orient, sur des routes peu fréquentées, pourvues d'obstacles naturels et ne laissant que peu de points à garder. Appliquées contre des populations denses, de telles mesures ne servent qu'à renforcer et, plus tard, à disséminer la maladie. Les seules mesures à conseiller consistent dans l'emploi des postes de surveillance sur quelques points bien choisis pour arrêter les individus malades, les isoler et les soigner. Nous recommandons également le système d'avertissement préconisé par M. Jules Guérin, et l'application rigoureuse des mesures d'hygiène, telle que les formule l'*Instruction du Comité*, qui recommande la déclaration obligatoire par la famille, et non par le médecin, l'isolement et la désinfection rigoureuse. Il serait utile que l'épidémie actuelle nous donnât les habitudes anglaises au point de vue de la désinfection des locaux dans lesquels ont séjourné des individus atteints de maladies infectieuses. Il vaut mieux, en somme, au lieu d'égarer le public, avoir le courage de lui dire la vérité.

M. *Jules Guérin* s'étonne d'assister à la résurrection de doctrines qui avaient été autrefois condamnées d'une manière formelle; il se réserve d'indiquer dans une prochaine séance les raisons qui militent contre elles.

Pour M. *Proust* il convient plutôt de donner le nom de fantômes à ces idées de constitution médicale prémonitoire qui ne reposent sur aucun fait positif.

M. *Besnier* regrette que l'étude des maladies épidémiques soit si peu en honneur en France et que des chaires spéciales ne lui soient pas consacrées. Il semble que les découvertes

de la clinique et de la chimie soient restées lettre morte; on ne sait pas distinguer pendant la vie ni après la mort, un cas de choléra vulgaire d'un cas de choléra asiatique, on ignore la nature de l'agent qui le produit, la voie réelle d'introduction, le système anatomique qu'il lèse primitivement, le mode et le temps d'évolution du germe morbide dans les choses ou dans les individus ; les divergences dans les idées sont plus accentuées que jamais. Trois opinions principales sont en présence : dans la première opinion, qui est la plus répandue, il y a deux espèces de choléra : l'une, le choléra vulgaire, est une affection saisonnière déterminée par des conditions banales de météorologie et de bromatologie; l'autre, le choléra d'Asie, a une origine miasmatique, localisée en un point du globe; elle n'y a éclaté dans toute son intensité que dans l'époque moderne, et c'est depuis le commencement du dix-neuvième siècle seulement qu'elle a été transportée et qu'elle y a constitué des *foyers secondaires* quelquefois très puissants, mais toujours éphémères. L'une est une affection individuelle se terminant exceptionnellement par la mort, elle n'est pas transmissible; l'autre, au contraire, est transmissible, et donne lieu à une léthalité considérable. Dans la seconde opinion, il n'y a eu et il n'y a qu'une seule espèce de choléra; les variétés et les épidémies qu'il présente résultent de modifications météorologiques et individuelles; les individus atteints dans le même lieu le sont sous l'influence épidémique et non par transmission spécifique; la contagiosité de la maladie est niée ou acceptée à titre accessoire seulement. La troisième enfin consiste à déclarer qu'il peut naître de conditions d'insalubrité banales, une maladie épidémique absolument semblable au choléra d'Asie, mais qui en différerait par sa localisation, sa bénignité et sa stérilité.

La première opinion, celle de la dualité, à laquelle M. Besnier se rattache, est l'opinion classique; elle repose sur un fait indiscutable, que dans la période préasiatique de nos annales épidémiologiques, c'est-à-dire avant 1832, le choléra transporté et transmissible n'existe pas. Dans toutes les épidémies décrites par les anciens auteurs, la maladie a toujours été locale; de même aujourd'hui, et les deux maladies restent toujours absolument distinctes, malgré leurs analogies symptomatiques, l'une saisonnière, individuelle, bénigne, l'autre irrégulière, intermittente, procédant par localisation. Lorsque les conditions météorologiques et bromatologiques qui donnent naissance au choléra commun se trouvent réalisées, l'affection s'observe au même moment et d'une manière semblable dans les diverses localités comparables d'une même zone régionale atmosphérique ou climatologique. Sans nier l'importance de l'insalubrité, il est certain qu'elle ne suffit pas à produire une épidémie de choléra. A Toulon et à Marseille, l'insalubrité ne date pas d'hier; elle est la même toujours, et la maladie qu'on vient d'observer dans ces villes ne devrait-elle pas y être endémique? On comprend donc difficilement le trouble et l'hésitation qui se sont manifestés dans l'esprit des médecins au début de cette épidémie, au sujet de l'origine vraiment exotique du choléra de Toulon. Peut-on oublier que la maladie est toujours venue Europe par un port de mer et que, cette fois encore, c'est par une ville en rapport constant avec la Cochinchine que le fléau est entré en France?

Sur les 7 épidémies françaises de choléra indien, une seule est restée limitée à la Provence, où elle a évolué à partir du mois de décembre 1834. Toutes les autres ont pénétré à Paris, avec une rapidité très variable. En 1832, le 15 mars, le choléra était à Calais, le 16, à Paris. En 1848, pendant l'automne, les ports de Dunkerque, Calais, etc., sont envahis, et Paris n'est atteint qu'au mois de mars 1849. En 1853, le choléra franchit la frontière du Nord en octobre; il est constaté à Paris en novembre, et ne fait une explosion réelle qu'au mois de février 1854. En 1865, le choléra est à Marseille le 23 juillet, à Paris le 22 septembre seulement; il s'atténue comme dans l'invasion précédente, et ne revient au paroxysme qu'en automne 1866. En 1863, le Havre est atteint en août, Paris en septembre. Enfin, en 1884, Toulon est atteint au mois de juin, Marseille au mois de juillet, et Paris est encore officiellement intact au mois d'août. En présence de ces faits, peut-on s'étonner que les émigrants de Toulon n'aient pas encore importé le choléra? Ne faut-il pas donner aux germes cholériques le temps de trouver le terrain de culture qui leur convient?

L'argument tiré de la simultanéité des attaques de la maladie sur des points différents et même éloignés, est sans valeur : quand des germes morbides sont apportés dans un grand centre de population, l'incubation dure un temps variable; les germes se disséminent alors et il n'est nullement nécessaire qu'entre les premiers cas qui frappent l'attention par leur extrême gravité, il s'établisse une relation d'individu à individu. — Quant à dire encore avec M. Fauvel que la maladie de Toulon n'est pas le choléra asiatique ni le choléra saisonnier, mais qu'elle est née de l'insalubrité locale et que la maladie restera confinée dans son foyer, les faits plaident trop contre cette opinion pour insister; d'ailleurs, le choléra, qu'il soit grave ou bénin, ne naît pas de l'insalubrité ; qu'on décuple l'horrible fétidité du sol, du sous-sol, et des eaux de Toulon, jamais elle ne produira le choléra, pas plus que la peste ou la fièvre jaune, car cette fétidité ne peut favoriser l'éclosion directe et sans importation, que pour l'une des maladies pandémiques (fièvre typhoïde, dysenterie, etc.), dont les germes se trouvent en tout temps et en tout lieu prêts à évoluer.

M. Besnier examine ensuite la doctrine de M. Jules Guérin sur les diarrhées prémonitoires, les épidémies de choléra, et la diarrhée prodromique du choléra indien. Sur le premier point, aucune ambiguïté : on sait que le choléra peut éclater dans toute sa rigueur quand les diarrhées sont à leur hypogée. Lorsqu'une épidémie cholérique coïncide avec l'épidémie saisonnière normale de diarrhées, il n'y a rien d'étonnant à ce que l'apparition du choléra indien se fasse alors que les diarrhées sont déjà établies, et personne ne conteste qu'une fois l'épidémie cholérique établie, il ne coexiste des diarrhées dont l'interprétation reste ambiguë ou équivoque. Sur le second point, la diarrhée prodomique des attaques cholériques, son existence est loin d'être démontrée par les faits : chez la plupart des malades atteints de choléra en 1853-54, la diarrhée n'a été que le premier acte de la maladie, c'est-à-dire que cette diarrhée a été *prodomique* et non *prémonitoire*. La fréquence de cette diarrhée a, du reste, été notablement exagérée; d'un autre côté, n'est-ce pas un abus de confondre sous une même appellation, évidemment gratuite dans beaucoup de cas, toutes les diarrhées qui existent en temps de choléra? Toutefois, dans l'ignorance où nous sommes des moyens de distinguer la diarrhée commune de la diarrhée prodomique du choléra, il faut évidemment les traiter avec la même énergie; mais il n'est pas exact de dire que les diarrhées traitées à temps peuvent être maintenues à l'état simple dans une proportion aussi considérable que celle qui a été indiquée par M. J. Guérin.

En résumé, la diarrhée est le plus habituellement le prodome du choléra, elle peut par conséquent être considérée comme un phénomène prémonitoire en temps d'épidémie cholérique; il y a un intérêt majeur à n'en négliger aucune et il est vraisemblable que l'on peut, dans un certain nombre de cas, enrayer une intoxication cholérique commune, mais cela n'est pas démontré ; enfin cette diarrhée manque quelquefois et son absence ne doit pas, en temps d'épidémie, inspirer une sécurité qui pourrait être trompeuse.

En terminant, M. Besnier demande à l'Académie de formuler le vœu de la création d'une chaire d'épidémiologie dans toutes les Facultés de médecine.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 25 JUILLET 1884. — PRÉSIDENCE DE M. BUCQUOY.

A propos du choléra; hygiène hospitalière : MM. Martineau, Dujardin-Beaumetz, Bucquoy, Damaschino, Féréol. — Nécrologie. — Cure thermale à Bourbonne-les-Bains (M. Bougard) : M. Martineau. — Filtre pour débarrasser l'eau des micro-organismes : M. E. Vallin. — Transposition des viscères : M. Dujardin-Beaumetz. — Du diagnostic du cancer de l'estomac : M. Dujardin-Beaumetz. — Contribution à l'étude du Distoma hæmatobium (M. Zancarol) : M. Damaschino.

M. *Martineau* a recherché quelles étaient les mesures d'hygiène les plus urgentes, à Lourcine, en vue de l'épidémie cholérique probable. Il a constaté que les baraquements de cet hôpital sont munis de tinettes mobiles, rendant facile la désinfection complète des matières. D'autre part, il a appris que l'eau distribuée pour l'alimentation des malades provient du canal de l'Ourcq et de la Seine; aussi a-t-il jugé nécessaire de n'employer cette eau qu'après l'avoir soumise à l'ébullition : cette précaution est prise, dès aujourd'hui, pour tout l'hôpital. Enfin il a recherché dans quelle mesure les syphilitiques soumis au traitement mercuriel possèdent, ainsi qu'on l'a prétendu, une immunité spéciale à l'égard du choléra. Il a reconnu que cette opinion est inexacte, et que, pendant les épidémies de 1849 et 1865-66, les *cas intérieurs* ont été nombreux à Lourcine; les registres de l'hôpital ne font mention que des malades qui ont succombé, et, en 1849, sur neuf *cas intérieurs* de choléra, suivis de décès, on trouve huit malades syphilitiques soumises au traitement mercuriel. Il semble donc que les sels de mercure, et en particulier le biiodure, sont moins éminemment antiseptiques qu'on paraît l'admettre depuis la classification de Miquel, et que les malades syphilitiques traitées à Lourcine ne sont nullement à l'abri de la contagion du choléra.

M. Martineau ajoute qu'il a été surpris de voir la Commission sanitaire du Conseil municipal décider que tous les malades cholériques présentés dans les hôpitaux généraux devraient y être admis. Dans la dernière séance, M. E. Besnier avait spécifié seulement les cas d'*urgence absolue*, principalement la nuit.

M. *Dujardin-Beaumetz* déclare ne posséder aucun renseignement particulier relatif à l'immunité des syphilitiques, soumis au traitement mercuriel, à l'égard du choléra ; mais il a constaté que tous les malades de Lourcine ou du Midi atteints de fièvre typhoïde, et transportés à Cochin, présentaient des formes graves de la dothiénentérie, et qu'ils succombaient presque tous à cette affection. — Quant au pouvoir antiseptique des sels de mercure, il faut distinguer les résultats fournis par l'expérimentation *in vitro*, de ceux que peut donner la clinique. De ce qu'une faible dose d'un sel de mercure stérilise un litre de bouillon de culture, il ne s'ensuit pas forcément que ce même sel, à la même dose, empêchera dans l'organisme humain vivant le développement des microzoaires. Huit milligrammes de biiodure suffisent, d'après Hippolyte Martin, pour détruire la virulence des produits tuberculeux auxquels on les mélange; mais pouvons-nous en déduire une conclusion précise relativement au pouvoir antizymotique du sel mercurique chez l'individu dont toute l'économie est infectée par le bacille de la tuberculose; quelle sera la dose nécessaire pour détruire complètement chez lui le parasite?

Les cholériques, suivant M. Dujardin-Beaumetz, ne seront reçus dans les hôpitaux généraux qu'en cas d'urgence, et seront alors placés dans un service d'isolement. Quand ils seront transportés par les voitures spéciales de la préfecture de police, ils seront dirigés directement sur les deux établissements aménagés en vue de l'épidémie.

M. *Bucquoy* a vu, depuis seize ans, bien des malades de Lourcine et du Midi, atteints de fièvre typhoïde, être évacués sur l'hôpital Cochin, et a toujours constaté que leur situation était grave : tous cependant n'ont pas succombé, Peut-être faudrait-il incriminer le défaut de soins au début de la dothiénentérie ; plusieurs malades venant du Midi avaient continué à se promener pendant les huit ou dix premiers jours de l'affection ; l'un d'eux avait même, en arrivant à Cochin, une perforation intestinale.

M. *Damaschino* a observé, en 1866, dans le service des cholériques à l'hôpital Lariboisière deux femmes syphilitiques qui avaient été atteintes du choléra pendant une période de traitement mercuriel. Toutes deux ont succombé.

M. *Féréol* croit pouvoir affirmer que la gravité particulière du choléra chez les syphilitiques a été déjà mentionnée à diverses reprises. Quant à la fièvre typhoïde, il l'a vue évoluer d'une façon bénigne chez un certain nombre de syphilitiques : un de ces malades, à la maison Dubois, a présenté ce curieux phénomène de la transformation en syphilides des taches rosées lenticulaires de la dothiénentérie.

M. *Martineau* rappelle que, il y a deux ans, il avait protesté contre l'introduction de malades atteints de dothiénentérie dans les baraquements de Lourcine, et que M. Bucquoy avait à ce moment signalé la plus grande gravité de cette affection chez les syphilitiques. — Il ne sait ce qui se passe à l'hôpital du Midi, mais, dans son service, à Lourcine, toute femme paraissant commencer une maladie nouvelle, fébrile, est tenue en observation pendant un à deux jours, et aussitôt évacuée si son état l'exige.

— M. *Desnos* donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de la Société, sur la tombe de Rathery.

M. *Martineau* fait hommage à la Société, au nom de l'auteur, M. Bougard, d'une brochure intitulée : *La cure thermale à Bourbonne-les-Bains*.

— M. *E. Vallin* présente à la Société un modèle du filtre imaginé par M. Chamberlan, d'après les indications de Pasteur, pour débarrasser l'eau des micro-organismes qu'elle peut renfermer. Ce filtre est construit d'après les mêmes données que ceux qu'on emploie pour stériliser, par filtration, les bouillons de culture. Il se compose d'un cylindre extérieur, en cuivre nickelé, dans l'axe duquel est fixé un tube en porcelaine, dont les parois laissent filtrer l'eau sous une pression de deux atmosphères. La pression dans les conduites de la ville, au robinet desquelles on adapte le filtre, est ordinairement de quatre à cinq atmosphères. Ce filtre, dont le prix de revient est d'environ 15 à 20 francs, débite vingt litres d'eau par heure; si une plus grande quantité d'eau filtrée est nécessaire, on peut se servir d'une batterie composée de dix filtres semblables. Le démontage de cet appareil est facile, et la purification complète s'obtient très simplement en passant le tube de porcelaine à la flamme. Ce filtre ne peut évidemment arrêter les substances en dissolution, mais il retient tous les micro-organismes en suspension dans l'eau, et lui enlève ainsi ses propriétés nocives.

M. *Gérin-Roze* trouve que c'est là plutôt un filtre de laboratoire; d'ailleurs il ne peut débarrasser l'eau de sa mauvaise odeur, ou de son mauvais goût tenant à des substances en dissolution. Il croit préférable de filtrer l'eau d'abord avec un filtre en pierre ordinaire, puis, une seconde fois, avec un filtre en charbon; ce dernier *désinfecte* l'eau en lui enlevant toute odeur répugnante.

M. *Vallin* n'a jamais constaté que l'eau de la ville eût une odeur répugnante; d'autre part, il fait observer que le procédé de double filtration proposé par M. Gérin-Roze est moins pratique et plus dispendieux que celui de M. Chamberlan : il offre en outre beaucoup moins de sécurité. En effet, le filtre de pierre ordinaire ne retient pas tous les micro-organismes; il constitue même bientôt un foyer d'infection s'il n'est purifié, tous les quinze jours au moins, avec

une solution chaude de permanganate de potasse. Quant au filtre de charbon, il faut le changer tous les quinze jours, car il représente, grâce au phosphate de chaux qu'il renferme, un excellent milieu de culture, et peut, au bout de peu de temps, contaminer les eaux les plus pures. Tous ces inconvénients sont supprimés avec le filtre en porcelaine de M. Chamberland.

— M. *Dujardin-Beaumetz* présente un individu chez lequel, à l'occasion d'une pleurésie, il a reconnu une transposition complète des viscères.

— M. *Dujardin-Beaumetz* donne lecture d'un mémoire *sur le Diagnostic du cancer de l'estomac* (voy. p. 513).

— M. *Damaschino* lit, au nom de M. Zancarol, médecin en chef de l'hôpital grec d'Alexandrie, une note intitulée *Contribution à l'étude du Distoma hæmatobium*. Il place également sous les yeux de la Société des préparations histologiques permettant de constater la présence des œufs du distoma, ainsi que celle d'un embryon, dans le parenchyme du rein; on retrouve encore des œufs dans le foie, ainsi que dans les tuniques muqueuse et sous-muqueuse de l'uretère, de la vessie, de l'S iliaque et du rectum. La présence d'œufs du *Distoma hæmatobium* dans le rein et le foie était, jusqu'ici, contestée par les divers observateurs; mais les préparations microscopiques faites par MM. Zancarol et Kartalis ne laissent plus aucun doute à cet égard.

— A cinq heures et quart la Société se constitue en Comité secret.

André Petit.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 23 JUILLET 1884. — PRÉSIDENCE DE M. DELPECH.

Substances antiseptiques : MM. Catillon, E. Labbée, Dujardin-Beaumetz, Delpech. — Inhalations d'oxygène dans le choléra : M. Dujardin-Beaumetz — Production de l'ozone : M. Brémond. — Boissons rafraîchissantes hygiéniques : MM. Dujardin-Beaumetz, Blondeau, Campardon, Bucquoy, Limousin.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Catillon* fait observer que le pouvoir antiseptique du chloroforme, qui a été déclaré incertain au cours de la discussion, est établi cependant par le rang accordé à cette substance dans la classification de Miquel. En effet, dans la liste qu'il a dressée des substances antiseptiques, le chloroforme est rangé dans la seconde classe, comprenant les substances *fortement* antiseptiques, c'est-à-dire avant l'acide salicylique, qui fait partie seulement de la troisième classe. Il faut, du reste, au point de vue du pouvoir antiseptique chez l'homme, établir une corrélation très directe entre cette propriété particulière et l'action toxique de chaque substance; c'est, en effet, le plus souvent une simple question de doses. Certaines substances, quoique douées de propriétés antiseptiques très marquées, ne peuvent être employées en médecine, parce que, à dose suffisante, elles possèdent une action toxique dangereuse.

M. *E. Labbée* a mis en doute l'action antiseptique du chloroforme d'après un travail présenté à l'Académie des sciences, et démontrant que cette substance, ainsi que l'eau chloroformée, n'a qu'une action antizymotique douteuse.

M. *Dujardin-Beaumetz* est d'avis qu'il faut, en effet, faire entrer en ligne de compte l'action toxique des substances employées comme aseptiques en médecine, puisque à dose suffisante certaines d'entre elles doivent être abandonnées comme dangereuses. L'acide borique occupe un rang très inférieur dans la classification de Miquel, son pouvoir antiseptique étant représenté par 7 grammes; mais il peut rendre de grands services en médecine, par suite de son innocuité presque complète; l'acide phénique, au contraire, qui occupe un rang plus élevé, est toxique à faible dose, ce qui contre-indique son emploi.

M. *Delpech* rappelle qu'il a établi l'innocuité de l'acide borique à doses élevées, dans son mémoire sur le borate de soude.

— M. *Dujardin-Beaumetz* complète sa précédente communication, relative aux inhalations d'oxygène dans le choléra, en annonçant que MM. Brin frères ont fait construire pour leur gazomètre un robinet spécial qui supprime tout danger de rupture du tube de dégagement. Le gazomètre portatif, présenté par M. Dujardin-Beaumetz dans la dernière séance, renferme 70 litres d'oxygène comprimé à trois atmosphères; il offre donc l'avantage de contenir une notable quantité de gaz sous un petit volume.

— M. *Brémond* donne lecture d'une Note sur un *procédé pratique de production d'ozone dans les appartements*. Ce procédé consiste à obtenir l'ozone à l'état gazeux au moyen d'appareils plus simples et moins dispendieux que ceux employés jusqu'ici dans ce but. Depuis Schœnbein, de nombreux auteurs ont signalé la production de l'ozone par les huiles volatiles, et Schmitt a montré qu'après l'essence de peau d'orange, c'est l'essence de térébenthine qui fournit l'ozone en plus grande abondance. En faisant passer de l'essence de térébenthine dans le pulvérisateur Mathieu, on obtient un dégagement d'ozone, mis en évidence de la façon la plus nette par la coloration spéciale des papiers ozonométriques, que M. Brémond place sous les yeux de la Société. On obtient la même réaction, bien que moins intense, avec le pulvérisateur Richardson; et, lorsqu'on se borne à badigeonner les papiers Houzeau ou Schœnbein avec un pinceau imbibé d'essence de térébenthine, la coloration caractéristique de la production de l'ozone ne se montre pas. L'odeur de la térébenthine ne saurait être nuisible au point de vue de la santé générale, et elle n'est pas plus offensante, à coup sûr, pour l'olfaction que celle du chlorure de chaux ou de l'acide phénique. Il est donc intéressant d'étudier la puissance antiseptique de l'ozone dans les circonstances actuelles, puisque nombre d'expérimentateurs ont signalé ses propriétés désinfectantes. Il semble d'autant plus avantageux de pouvoir en obtenir de notables quantités par un procédé simple et peu coûteux, que M. Onimus a constaté que les papiers ozonométriques placés dans différents quartiers de la ville de Marseille restent au zéro de l'échelle de graduation.

M. *Limousin*. Sans parler des appareils électriques, il existe un moyen d'obtenir assez facilement de l'ozone : il consiste à mélanger du permanganate de potasse avec du bitartrate de potasse. Le dégagement de l'ozone est lent et continu. Ce procédé ne présente pas les dangers qu'offrait la réaction, aujourd'hui abandonnée, de l'acide sulfurique sur le permanganate de potasse, réaction qui s'accompagne parfois d'explosions violentes. Il faut reconnaître d'ailleurs que l'on n'a constaté jusqu'ici l'odeur si caractéristique de l'ozone que dans la préparation de ce gaz au moyen des étincelles électriques.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle que, dans la fabrique d'oxygène de MM. Brin, on obtient l'ozone, d'une façon courante, par le passage du gaz oxygène dans des tubes où éclatent des étincelles électriques.

M. *Catillon* a failli être victime d'une explosion produite pendant la préparation de l'ozone au moyen du permanganate de potasse et de l'acide sulfurique; il croit devoir mettre en garde ceux qui seraient tentés de renouveler l'expérience.

— M. *Dujardin-Beaumetz* désire entretenir la Société de la question des boissons rafraîchissantes et hygiéniques pendant les grandes chaleurs. Pour les écoles communales, la boisson donnée aux enfants doit être légèrement stimulante, rafraîchissante pour la bouche, mais ne doit pas être

trop agréable au goût, afin d'éviter qu'ils n'en ingèrent une quantité excessive; enfin elle doit être peu dispendieuse. La formule proposée par le docteur Malter est la suivante : eau bouillante, 100 litres; racine de gentiane concassée, 200 grammes; feuilles de menthe, 200 grammes. Faire infuser pendant une demi-heure; filtrer à la chausse, et ajouter : glycérisate d'ammoniaque, 30 grammes; acide citrique, 50 grammes. Cette boisson, fort saine et agréable, revient à 2 francs les 100 litres. Plus simplement, on peut recourir à la formule : eau chaude, 100 litres; quassine cristallisée, 10 centigrammes; sucre, 30 grammes; essence de menthe, 100 gouttes; glycérisate d'ammoniaque et acide citrique, ââ 50 grammes. Si l'on veut n'en préparer qu'un litre, on ajoutera à l'eau 1gr,20 du mélange des diverses substances. Cette tisane se prépare extemporanément, et son prix de revient est le même que celui de la précédente; en outre, elle se conserve mieux.

M. *Campardon* a reconnu que le meilleur moyen de diminuer la soif consiste à mâcher quelques petits copeaux de *quassia amara;* on évite ainsi tout danger de diarrhée, et l'appétit se trouve surexcité.

M. *Blondeau* rappelle que, pendant la dernière épidémie de choléra, en Angleterre, la maladie a épargné tous les facteurs de la Grande-Bretagne. Cette immunité semble due à ce que tous ces individus prenaient comme boisson rafraîchissante une même limonade fournie par l'administration : c'était une limonade sulfurique aromatisée avec le sirop d'écorces d'oranges amères. On peut préparer cette limonade en ajoutant 3 grammes d'eau de Rabel à 1 litre d'eau; on a ainsi une boisson très rafraîchissante et fort agréable.

M. *Duchesne* a constaté à diverses reprises que le meilleur moyen pour supprimer la sensation pénible de la soif consiste à prendre, dans la journée, trois cuillerées à café de la solution suivante dans un peu de vin ou de tisane amère : eau distillée, 100 grammes; phosphate de potasse, 4 grammes.

M. *Limousin* fait observer que les formules rapportées par M. Dujardin-Beaumetz offrent quelque chose d'irrationnel. En effet, le glycérisate d'ammoniaque, excellent en lui-même, se trouve modifié, neutralisé par l'addition de l'acide citrique; de même, la glycérisine ammoniacale offre une saveur sucrée bien connue, qu'il est extraordinaire de voir associer avec l'amertume de la gentiane. Enfin, la décoction de racine de gentiane renferme des principes mucilagineux facilement altérables; ainsi, du reste, que l'a démontré la conservation moindre de la première tisane proposée pour les écoles communales.

M. *Bucquoy* se demande pourquoi on ne recourt pas à la boisson classique, depuis de longues années, dans les pensionnats : l'eau additionnée de vinaigre. Le café étendu d'eau compose une des meilleures boissons et des plus hygiéniques; il est vrai que, pour les enfants des écoles, il aurait l'inconvénient d'être trop excitant, sans parler de son prix relativement élevé. En ce moment, la plupart des habitants de Paris coupent leur vin avec de l'eau bouillie; c'est une boisson détestable, lourde et anti-hygiénique. Si l'on fait bouillir l'eau pour détruire les germes, il faut avoir soin ensuite de l'aérer de nouveau. M. Bucquoy serait heureux de savoir quelle confiance on peut avoir dans l'eau distribuée aux divers quartiers de Paris? Les réservoirs communiquant tous ensemble, comment peut-on être assuré de boire toujours la même eau?

M. *Dujardin-Beaumetz* tient de M. Alphand qu'il est impossible de fournir toujours la même eau à une même fontaine. Pendant les travaux de réparation, indispensables de temps à autre sur un système de conduites, on alimente les fontaines avec l'eau d'un autre réservoir, de façon à ne pas arrêter complètement la distribution. On a établi, ces jours derniers, dans les rues de Paris, des bornes-fontaines fournissant de l'eau très pure venant de la Dhuys, de la Vanne ou de la Seine. Quant à l'eau bouillie, il est évident qu'elle constitue une boisson mauvaise à bien des points de vue, si l'on n'a pris soin de l'aérer de nouveau en la battant ou l'agitant avec de l'air d'une façon quelconque.

— M. *Duhomme* propose, avant que les membres de la Société ne se séparent pour deux mois, de décider que le président pourra, en cas d'urgence nécessitée par l'état sanitaire de la population, convoquer la Société en séance extraordinaire.—Cette proposition, mise aux voix, est adoptée.

— La Société s'ajourne au mercredi 8 octobre.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

BIBLIOGRAPHIE

Traité élémentaire de pathologie générale, comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique, par M. H. Hallopeau. — Paris, 1884. J.-B. Baillière.

Nous avons dit assez souvent combien nous attachons de prix aux études de biologie générale, aux ouvrages qui ont pour objet de discuter les problèmes les plus élevés de la philosophie médicale; en rendant compte, il y a quelques années, de l'un des derniers livres du savant et si regretté Chauffard, nous avons assez insisté sur l'intérêt et la valeur de ses œuvres pour pouvoir exprimer une opinion impartiale en analysant ce nouveau traité. Si, en effet, M. Hallopeau n'a pas écrit un ouvrage doctrinal, s'il a envisagé la pathologie générale à un point de vue plus pratique, plus immédiatement utile, le livre qu'il nous présente ne mérite pas moins une attention sérieuse. De nos jours, en effet, dans les cours de pathologie générale, tout en continuant à exposer des idées doctrinales, le professeur se préoccupe beaucoup moins des questions de philosophie générale que des conditions étiologiques qui président à l'évolution des maladies.

Et, il faut bien le reconnaître, dans les leçons que l'on écoute depuis quelques années à la Faculté de médecine de Paris, les vues générales, les idées fécondes en déductions utiles font si peu défaut, que, dans l'un des livres qui résume l'enseignement du professeur Bouchard, plusieurs générations de médecins trouveront matière à des études sérieuses. Rechercher, dans l'analyse des maladies diathésiques, les causes qui les produisent, les liens qui les unissent, les lésions qui les caractérisent, écrire sur les *Maladies par ralentissement de la nutrition* un livre comme celui qui nous dicte ces réflexions, c'est faire une œuvre plus utile et aussi méritoire que de discuter les principes fondamentaux de la médecine.

Sans cesser de regretter que l'on se désintéresse de plus en plus des principes et des doctrines, nous ne pouvons donc ne pas reconnaître le mérite et l'intérêt des recherches que l'on désigne aujourd'hui plus particulièrement sous le nom de pathologie générale; mais, pour exposer même en les abrégeant le plus possible l'ensemble de tous ces travaux, pour confondre les vues doctrinales, les principes fondamentaux de la médecine avec les données de la pathologie expérimentale et les recherches de séméiotique, aujourd'hui si multipliées et si complexes, il faut plus de développements que ne le comporte le cadre d'un traité élémentaire. Aussi devra-t-on surtout rechercher dans le livre de M. Hallopeau les études d'étiologie générale et d'anatomie pathologique. En consacrant un grand nombre de pages aux recherches microbiologiques, en exposant avec méthode et clarté tous les travaux entrepris dans cette voie tracée par M. Pasteur et suivie par un si grand nombre de travailleurs d'élite, M. Hallopeau a rendu service à tous ceux qui s'intéressent à ces études.

On lira avec non moins d'intérêt toute la partie anatomo-pathologique qui traite des processus morbides, et bien des chapitres relatifs aux symptômes des maladies. Nous aurions plus de réserves à faire au sujet de la classification des diverses maladies et des chapitres qui terminent l'ouvrage. Nous préférons déclarer très sincèrement qu'un livre de ce genre ne peut être tout entier à l'abri de la critique, et qu'il faut autant de courage pour l'entreprendre que de connaissances scientifiques et de talent pour le mener à bonne fin. Nous souhaitons donc à M. Hallopeau tout le succès que mérite une œuvre aussi considérable, qui résume de si difficiles, de si patientes, de si utiles recherches.

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

LES MESURES PROPHYLACTIQUES CONTRE LE CHOLÉRA EN PRUSSE.

Nous publions ci-après, à titre d'exemple et avant de faire connaître l'ensemble des mesures prophylactiques prises dans divers pays d'Europe et d'Amérique contre le choléra, l'ordonnance qui vient d'être édictée dans le même but par le ministre des cultes, de l'instruction publique et des *affaires médicales* du royaume de Prusse. Cette ordonnance avait d'ailleurs déjà été promulguée l'année dernière en prévision de l'extension en Europe de l'épidémie cholérique d'Egypte.

On remarquera avec quel soin et quelle précision elle est rédigée et combien elle sait appliquer, dans un but sanitaire, les prescriptions scientifiques les plus rationnelles. Elle s'adresse aux nombreux médecins ayant des attributions sanitaires officielles, garanties par un diplôme spécial, que la Prusse possède, ainsi que tous les autres pays de l'Allemagne; aussi peut-elle sans crainte indiquer, *avant* l'apparition de l'épidémie, les mesures prévoyantes qu'on trouvera plus loin. Quelque opinion que l'on ait sur celles-ci, on conviendra qu'elles sont peu gênantes pour les particuliers et qu'elles ne sauraient en tous cas être mises en parallèle un seul instant avec les risques à courir et les désastres à redouter en cas d'épidémie confirmée. Nous montrerons prochainement quels excellents résultats la prophylaxie, ainsi comprise et constamment prête, a produits depuis un certain nombre d'années dans les différents pays où on l'a mise en pratique.

Ordonnance de M. de Gossler, ministre de l'instruction publique, des cultes et des affaires médicales à Berlin, concernant les mesures préventives contre le choléra.

Après avoir rappelé une circulaire écrite le 5 juillet 1883 et une ordonnance en date du 9 juillet de la même année, le ministre déclare que la récente apparition du choléra en France l'oblige à rappeler ces prescriptions. Il continue dans les termes suivants : « Pour agir contre une introduction du choléra, dans le cas où la maladie s'approcherait davantage de la frontière allemande, la circulation des chemins de fer sur la frontière devra être l'objet d'une attention spéciale dans les endroits où il arrive un nombre considérable de voyageurs venant de France. Des médecins seront chargés de soumettre les voyageurs à une inspection dans les compartiments et devront interdire la continuation du voyage aux personnes atteintes, ou soupçonnées d'être atteintes du choléra. Il ne serait pas prudent de rassembler les voyageurs dans un même local afin de les soumettre à l'inspection médicale, d'autant plus que le médecin, outre les renseignements du personnel du train, est à même de recevoir des voyageurs, pendant sa visite dans les compartiments, des indications précieuses sur les symptômes de maladie qu'ils auraient pu apercevoir. J'attends de promptes propositions, de la part des autorités compétentes, sur les mesures à prendre immédiatement et qui leur paraîtraient le plus propres à atteindre le but proposé; j'attends particulièrement qu'elles m'indiquent quels sont les endroits où devra s'exercer la surveillance des relations avec l'étranger (stations de contrôle des douanes?), en entravant aussi peu que possible les communications par chemins de fer. Les mêmes précautions devront être prises dans les autres districts de la frontière où le danger d'une introduction du choléra viendrait à se produire. Si le choléra venait à faire son apparition dans le pays même, la surveillance de l'état sanitaire des voyageurs devra être exercée à toutes les stations importantes des districts menacés afin d'empêcher une plus grande extension de la maladie. Ainsi que je l'ai déjà admis précédemment, il ne sera pas nécessaire de prendre des mesures de surveillance spéciales pour la navigation fluviale. Cependant, après les expériences qui ont été faites lors de la dernière apparition de l'épidémie sur la frontière de l'Est, relativement à l'introduction du choléra, principalement par les radeaux et les équipages des bateaux, je m'attends à ce que les autorités sanitaires, étant donnés les points de ressemblance qui existent entre la situation de cette époque et la situation actuelle, tourneront tout spécialement leur attention sur ce côté du commerce, et au besoin prendront immédiatement les mesures de contrôle qui seront commandées par les circonstances. Si donc il y a lieu de prendre des mesures de précaution contre l'introduction du choléra, on devra, ainsi que je l'ai déjà recommandé dans mon ordonnance du 19 juillet 1883, attacher la plus haute importance à ce que tout ce qui a rapport à la salubrité soit partout soumis à un examen approfondi, et à ce que tous les inconvénients sanitaires qui, ainsi que l'a démontré l'expérience, préparent le terrain au développement de la maladie et sans lesquels le choléra prend ordinairement un caractère beaucoup moins dangereux, soient écartés. En même temps, il faut porter une attention toute particulière à l'état sanitaire général de la population pour empêcher que des indispositions insignifiantes en elles-mêmes, particulièrement celles des organes de la digestion, ne prédisposent au choléra. Enfin, où cela paraîtra nécessaire, on veillera avec sollicitude à ce que les personnes qui viendraient à tomber malades reçoivent aussitôt le traitement médical et les secours appropriés.

Les expériences faites depuis la dernière épidémie et renouvelées à l'occasion de l'inondation du Rhin, ont démontré qu'on pouvait retirer, pour prendre ces mesures sanitaires, un avantage tout particulier du fonctionnement des commissions sanitaires instituées, conformément au règlement du 8 août 1835, dans le but de servir de conseil et d'appui aux autorités locales pour la préservation et la limitation des maladies contagieuses. On s'occupera immédiatement de la formation de commissions sanitaires de ce genre partout où il n'y en existe pas encore. Les commissions sanitaires commenceront également à fonctionner le plus tôt possible dans les endroits où le danger d'une apparition du choléra n'est pas imminent. Les devoirs des autorités sanitaires seront différents selon les conditions locales; c'est pourquoi je me borne à indiquer les points de vue généraux suivants :

1° Les rues et places des localités seront débarrassées de toutes substances corrompues ou susceptibles de se corrompre, l'écoulement, dans les ruisseaux, des eaux sales provenant des habitations ou des établissements industriels sera interdit autant que possible, et, dans les endroits où cet écoulement ne pourra être empêché d'une façon suffisante, les canaux de drainage seront fréquemment nettoyés, et au moyen de chasses d'eau chaque fois que cela se pourra. Dans les cours et dans le voisinage des habitations à la campagne, principalement à proximité des puits, les tas de fumier devront être entretenus de manière à préserver d'une infection du sol. On doit avoir soin que les eaux souillées soient promptement éloignées du voisinage des habitations et que leur écoulement n'ait pas lieu dans les puisards qui pourraient se trouver dans les maisons. Tant que le choléra n'est pas dans la localité, les fosses d'aisance doivent être vidées fréquemment, et par la même occasion, celles qui seraient mal construites ou détériorées devront être réparées. Pendant le règne de l'épidémie, il faut s'abstenir du curage, si cela est possible. Dans la règle, il est nécessaire de désinfecter les fosses des urinoirs et des cabinets d'aisance des établissements ouverts au public (gares de chemins de fer, hôtels), dont il est à craindre que des personnes atteintes du choléra ne fassent usage. Avant que le choléra ne menace d'un danger immédiat, il faut, comme pour les fosses d'aisance, curer les cours d'eau sales (vieux fossés, canaux, etc.).

2° Partout où il y a des conduites d'eau, il faut, autant que possible, interdire l'usage des puits contenant de l'eau du sous-sol de la localité, et cela aussi bien pour la boisson que pour les usages domestiques. Dans les endroits où il faudra faire usage de puits, on devra s'assurer que l'eau ne présente aucun danger pour la

santé, et qu'une contamination de l'eau n'est pas rendue possible par la construction ou la situation du puits (proximité de fosses à purin ou d'aisance).

3° Le commerce des denrées alimentaires devra être l'objet d'une attention spéciale, et on devra, conformément aux prescriptions de la loi du 14 mai 1879, soumettre ce commerce à la plus rigoureuse surveillance, afin d'empêcher la vente et la mise en vente de denrées alimentaires corrompues, ou autres pouvant nuire à la santé.

4° En ce qui concerne les habitations, elles devront généralement être tenues en état de propreté; on devra surtout opérer régulièrement l'enlèvement des ordures. Autant que cela dépendra de la police, on devra s'opposer à un encombrement des locaux.

5° Dans le cas où le choléra menacerait directement un cercle administratif, on devra rappeler publiquement à l'observation des prescriptions de l'article 25 du Règlement du 8 août 1835, concernant la déclaration des cas de choléra. On devra considérer s'il y a lieu de supprimer les foires et les marchés périodiques, d'interdire les préparatifs qui auraient pour suite une dangereuse agglomération d'hommes. On s'assurera que les hôpitaux existants, ainsi que le personnel médical, répondraient aux besoins dans le cas où l'épidémie viendrait à se déclarer, et on fera le nécessaire. Je prendrai en considération les propositions qui pourront m'être faites pour l'envoi de médecins dans les cercles pauvres où la maladie viendrait à éclater.

6° Dans les grandes villes on devra installer des établissements publics de désinfection, dans lesquels la vapeur d'eau chaude pourra être employée comme désinfectant. Pour empêcher l'extension de la maladie à l'intérieur d'un cercle, on interdira aux écoliers demeurant hors de la localité où se trouve l'école, de fréquenter cette dernière tant que le choléra régnera dans la localité; de même on interdira aux écoliers demeurant dans une localité contaminée de fréquenter une école située dans une localité encore indemne.

7° Dans les localités attaquées par le choléra, on observera les prescriptions suivantes. En dehors de ses rapports ordinaires, la police locale devra opérer continuellement un groupement comparatif, d'après un modèle déterminé, des déclarations de cas de choléra et des constatations de décès cholériques. Les premiers malades atteints du choléra devront être isolés dans leurs propres demeures ou transportés dans un hôpital. Cette dernière mesure devra être appliquée particulièrement aux malades qui, chez eux, se trouvent dans des conditions défavorables. Dans certains cas, il est prudent de laisser les malades dans leurs demeures et d'en éloigner les personnes bien portantes qui devront, de préférence, être logées dans des bâtiments disponibles situés sur des lieux dégagés et élevés, particulièrement dans les bâtiments qui se trouvent aux endroits que l'on sait avoir été épargnés par le fléau, pendant les épidémies précédentes. Les voitures publiques (fiacres, etc.) ne devront pas servir au transport des malades. Dans le cas où contrairement à cette interdiction une voiture publique aurait servi au transport de malades, elle devra être désinfectée avant d'être employée de nouveau. Les cadavres des personnes mortes du choléra devront être éloignés des habitations aussitôt que possible, particulièrement lorsqu'il n'y a pas un local spécial pour exposer les corps. On devra veiller à l'arrangement des maisons mortuaires, interdire l'exposition des corps avant les funérailles, réduire autant que possible le nombre des personnes accompagnant le convoi, et empêcher leur entrée dans la chambre mortuaire. Les délais prescrits en temps ordinaire pour l'enterrement seront raccourcis, et l'enterrement se fera le plus rapidement possible. Si dans le cours d'une épidémie, le manque de secours médicaux et de médicaments venait à se faire sentir, la police locale aurait à me faire les propositions nécessaires. Également pendant le règne de la maladie, les commissions sanitaires devront continuer de fonctionner afin de découvrir les causes d'insalubrité. Elles devront se tenir, personnellement et d'une manière efficace, au courant de l'état sanitaire des habitants. Dans les maisons ou des cas de choléra viendront à se produire, les commissions sanitaires donneront les ordres et les instructions sanitaires nécessaires pour la désinfection des objets provenant du malade ou du mort, ou qui se trouvent dans son entourage. On devra porter une attention toute spéciale sur la désinfection de la literie et du linge du malade ou du mort. Il est préférable de brûler immédiatement les objets de peu de valeur. En aucun cas on ne devra permettre le rinçage aux puits ou aux endroits où l'on prend de l'eau, des vases ou du linge qui ont été en contact avec une personne atteinte du choléra. Ni les déjections des cholériques, ni aucun objet quelconque souillé de ces déjections (excepté ceux qui sont transportés dans un établissement de désinfection) ne devront être enlevés de la chambre du malade ou du mort avant d'avoir été désinfectés. On interdira de boire et de manger dans les locaux occupés par des cholériques. Dans l'exécution de ces mesures, on devra éviter autant que possible tout ce qui serait de nature à produire de l'excitation ou à semer l'inquiétude dans la population. D'un côté, la population doit être convaincue que les autorités chargées de prendre soin de la santé publique, font leur devoir en toute sincérité et avec un entier dévouement; mais, d'un autre côté, la population ne doit pas ignorer que ce que les autorités réclament et ordonnent n'a d'autre but que l'amélioration de l'état sanitaire public, et que chacun, en observant les règles de la tempérance, en entretenant la propreté de son corps et de son entourage, et en réclamant promptement les secours d'un médecin, dans les cas de maladies, particulièrement lorsqu'il s'agit des organes de la digestion, non seulement agit au mieux de ses intérêts, mais encore seconde de la façon la plus efficace les efforts des autorités, qui tous tendent au bien général.

Instructions pour opérer la désinfection.

1° Où cela sera possible, les déjections des cholériques seront recueillies immédiatement dans un vase contenant une solution d'acide phénique composée de une partie d'acide phénique à 100 pour 100 (*Acidum carbonatum depuratum*) dans 18 parties d'eau. La solution devra être fréquemment agitée. La quantité de solution à employer pour la désinfection des déjections doit former au moins la cinquième partie de ces dernières.

2° Le linge de corps et de lit souillé par ces déjections devra être plongé, pour être désinfecté, immédiatement dans une solution semblable à celle indiquée plus haut, et y être laissé 48 heures, après quoi il sera rincé à l'eau.

3° Les vêtements, ainsi que les couchages et autres objets qui ne pourraient pas être soumis à ce mode de désinfection, seront traités à la vapeur d'eau chaude (voy. paragraphe 6).

4° Les meubles, parquets, etc., salis par les déjections des malades devront être frottés plusieurs fois et à fond avec des chiffons secs qui seront brûlés ou plongés immédiatement dans la solution d'acide phénique et désinfectés comme il est dit au paragraphe 2. Toutes les personnes qui auront touché au malade ou à ses effets, et particulièrement celles qui auraient été atteintes par les déjections devront se nettoyer complètement et se laver soigneusement les mains dans la solution d'acide phénique avant de manger ou d'entrer en rapport avec d'autres personnes.

5° Pour la désinfection à la vapeur d'eau, les seuls appareils convenables sont ceux qui entretiennent, dans tout le local de la désinfection, un courant permanent de vapeur d'eau chaude à une température d'au moins 100 degrés. Les objets légers et faciles à pénétrer devront rester au moins une heure soumis à l'action de la vapeur d'eau; les objets plus volumineux et d'une pénétrabilité moins facile devront y rester deux heures, sans compter le temps qui se serait écoulé depuis l'entrée du courant de vapeur jusqu'au moment où la température a atteint 100 degrés. La vapeur doit être produite de préférence par une chaudière à vapeur, et conduite dans le local de la désinfection par un tuyau passant dessous; elle s'échappe par une ouverture de même diamètre du tuyau de conduite et pratiquée dans la partie supérieure du local. Où il n'y a pas de chaudière à vapeur, on pourra se servir d'une grande chaudière à lessive, sur laquelle on renverse un tonneau en bois, dont le fond du bas est enlevé, et celui du haut percé d'une ouverture ronde pour l'échappement de la vapeur et pourvue d'un thermomètre. Les objets à désinfecter sont placés dans le tonneau et on les empêche de tomber dans la chaudière, au moyen soit de cordons, soit de claies, etc. Le tonneau doit emboîter le plus exactement possible les bords de la chaudière.

6° Les objets qui ne peuvent être soumis à une désinfection suffisante, comme par exemple: les lits de plume, les divans, les matelas, les banquettes des chemins de fer, etc., doivent être mis hors d'usage et exposés pendant au moins six jours à l'air, dans un endroit chaud et sec, à l'abri de la pluie. Il en est de même des locaux qui auront été occupés par des cholériques; quand cela sera possible, on les évacuera et aérera également pendant six jours, afin de les sécher complètement. Dans certains cas on pourra chauffer pour activer le séchage.

Les objets de peu de valeur seront brûlés lorsque cela sera possible au lieu d'être soumis à la désinfection.

Choléra. — L'épidémie cholérique est en voie manifeste de décroissance à Marseille, aussi bien qu'à Toulon. Sans doute elle s'est étendue à Arles, Aix, Avignon, Nîmes, Tarascon, Lyon, et même en Italie. Toutefois, tandis que du 27 juin au 27 juillet on a constaté à Marseille 1146 décès, on n'en compte qu'un très petit nombre dans les autres villes.

— De Luchon nous recevons, par l'intermédiaire de M. le docteur Garrigou, une circulaire signée de la plupart des médecins attachés aux stations pyrénéennes, et affirmant que partout l'état sanitaire est excellent.

Faculté de médecine de Montpellier. — La Faculté de médecine de Montpellier continue à envoyer ses élèves prêter leur assistance aux médecins occupés à soigner les cholériques. Aux noms que nous avons déjà cités nous devons ajouter ceux de Mme Katcheff et M. Ducasse, étudiants, partis pour Arles le 24 juillet, de MM. L. Estor, Nabona, Pech, Tredos, élèves militaires appelés à Marseille le 24 juillet par l'autorité militaire, et de MM. Bert, Vasticar, Maquet, Courrent, Gombert et Lyon, élèves appelés le 26 juillet par la municipalité de Toulon.

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour trois places de médecin du Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Brissaud, Faisans et Mercklen.

— La seconde épreuve d'admissibilité — épreuve opératoire — du concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris vient de se terminer.

Les huit candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite, ont seuls été admis à subir les épreuves définitives. Ce sont MM. les docteurs Jalaguier, Campenon, Bazy, Brun, Marchant, Routier, Remy et Jarjavay.

Faculté de médecine de Paris. — L'assemblée des professeurs a présenté : 1° *pour la chaire de pathologie chirurgicale*, en première ligne, M. Lannelongue; en deuxième ligne, M. Tillaux; en troisième ligne, M. Le Dentu; 2° *pour la chaire de chimie médicale*, en première ligne, M. Armand Gautier; en deuxième ligne, M. Bouchardat; en troisième ligne, M. Henniger.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Dans sa dernière session, qui vient de finir, le Conseil a voté deux décisions qui intéressent les Facultés de médecine. Il a décidé la suppression du questionnaire placé à la fin de chaque thèse de docteur, et supprimé l'épreuve écrite pour le cinquième examen de doctorat.

Faculté de Lille. — La chaire d'anatomie de la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Lille est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Loi relative a la création d'une direction de la santé publique. — Voici le texte exact de la proposition de loi déposée à la Chambre des députés, le 21 juillet dernier, par M. de Liouville :

Art. 1er. — Les divers services intérieurs d'hygiène et de salubrité publiques, actuellement répartis entre différents ministères, seront réunis dans une même direction.

Art. 2. — Un règlement d'administration publique déterminera le ministère auquel cette direction sera rattachée, ainsi que l'organisation du personnel.

Art. 3. — Le gouvernement devra présenter, dans le plus bref délai, un projet de loi réglementant les mesures ordinaires d'hygiène et de salubrité publiques, ainsi que les mesures spéciales à prendre en cas d'épidémie.

Société de biologie. — *Prix E. Godard* (1884). — Le bureau de la Société de biologie rappelle aux personnes qui voudraient adresser des mémoires à la *Société de biologie* pour le prix *E. Godard*, que le terme du délai pour l'envoi de ces mémoires est fixé au 31 août 1884.

Les mémoires devront être adressés au siège de la Société de biologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, ou au docteur Dumontpallier, secrétaire général de la Société, rue Vignon, 24, à Paris.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 8 août). — *Ordre du jour :* MM. A. Gombault et Chauffard : Etude expérimentale sur le processus tuberculeux de certains épanchements de la plèvre et du péritoine.

Concours pour l'admission dans le corps de santé de la marine. — Un concours s'ouvrira successivement dans les Ecoles de médecine navale de Brest, Rochefort et Toulon, à partir du 1er septembre 1884, dans le but de pourvoir à vingt emplois d'aide-médecin et à un emploi d'aide-pharmacien.

Nul n'est admis à concourir pour le grade d'aide-médecin :

1° S'il n'est Français ou naturalisé Français;

2° S'il n'est âgé de dix-huit ans au moins ou de vingt-trois ans au plus, accomplis au 31 décembre de l'année du concours;

3° S'il n'est reconnu propre au service de la marine, après constatation faite par le conseil de santé;

4° S'il ne justifie de deux années d'études dans une Ecole de médecine navale, dans une Faculté ou dans une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie; dans ces deux derniers cas, le candidat devra établir son temps d'études en produisant ses inscriptions;

5° S'il n'est pourvu des titres universitaires exigés, dans les Facultés, des candidats qui se présentent aux examens du doctorat;

6° S'il ne prouve qu'il a satisfait à la loi du recrutement dans le cas où il aurait été appelé au service militaire en vertu de cette loi.

Nul n'est admis à concourir pour le grade d'aide-pharmacien s'il n'est pourvu des titres universitaires exigés dans les Ecoles supérieures de pharmacie, des candidats qui se présentent aux examens de pharmacien de 1re classe, et s'il ne réunit pas, d'ailleurs, toutes les conditions requises des étudiants qui concourent pour le grade d'aide-médecin.

Il est établi au secrétariat du conseil de santé des ports de Brest, de Rochefort et de Toulon, un registre pour l'inscription des candidats. Ce registre est clos vingt-quatre heures avant l'ouverture du concours.

Au moment de l'inscription, le candidat dépose les pièces constatant qu'il remplit les conditions pour l'admission au concours. Il présente, en outre, les titres qui peuvent militer en sa faveur. Ces pièces sont rendues après les opérations du concours.

La circulaire ministérielle du 12 mai 1881 a fixé les matières du concours pour le grade d'aide-médecin et le grade d'aide-pharmacien.

Personnel médical des bureaux de bienfaisance. — En exécution de l'arrêté préfectoral en date du 15 février 1879, le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins des Ier et XIe arrondissements que, le jeudi 14 août 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin pour chacun de ces arrondissements.

Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

Mortalité a Paris (30e semaine, du 18 au 24 juillet 1884). — Fièvre typhoïde, 25. — Variole, 1. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 12. — Diphthérie, croup, 31. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 1. — Infections puerpérales, 1. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 52. — Phthisie pulmonaire, 188. — — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 71. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 33. — Bronchite aiguë, 12. — Pneumonie, 48. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 163; au sein et mixte, 74; inconnu, 11. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 100; de l'appareil circulatoire, 54; de l'appareil respiratoire, 34; de l'appareil digestif, 54; de l'appareil génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 4. — Morts violentes, 19. — Causes non classées, 7. — Total : 1062.

Résumé de la 30e semaine. — Le service de Statistique municipale a compté 1062 décès pendant la semaine actuelle au lieu de 1195 qui avaient été enregistrés la semaine dernière. Le nombre des décès d'enfants, qui avait grossi la mortalité de la dernière semaine, a quelque peu diminué; on constate aussi un affaiblissement notable de la mortalité des vieillards de plus de soixante ans. Le nombre des décès d'adultes est resté à peu près stationnaire.

Le service de Statistique a reçu, comme la semaine dernière, un nombre considérable de cartes l'avertissant de cas de diarrhée plus ou moins graves. Sur les 45 cas de diarrhée qui lui ont été signalés chez les adultes, 3 ont été mortels et ont été qualifiés de choléras, à une première inspection; mais il a été reconnu ensuite qu'il ne s'agissait pas de cette maladie.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITE DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 7 août 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LE CHOLÉRA. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : le choléra.

L'Académie de médecine a entendu, dans sa dernière séance, deux communications, qui, à tous les points de vue, méritent d'être signalées. Nous devons nous contenter, après ce que nous avons déjà écrit sur le même sujet, de recommander aux lecteurs du *Bulletin* les conseils prophylactiques que, M. Noël Gueneau de Mussy a rappelés, avec tant d'autorité, en s'appuyant sur les analogies qui existent entre la propagation du choléra et celle de la fièvre typhoïde. Quant au mémoire scientifique dont M. Straus a donné lecture, nous le reproduisons textuellement, heureux de l'occasion qui nous est offerte d'exprimer une fois de plus à nos amis Straus et Roux la sympathique estime que méritent leurs recherches si consciencieuses, et leur courageux dévouement.

MM. Straus et Roux ont étudié à Alexandrie et à Toulon l'anatomie pathologique du choléra. Ils ont reconnu que, dans les deux épidémies, les lésions avaient été identiques. Ils ont recherché, avec le plus grand soin, — et leur compétence en pareille matière est indéniable — s'il existait un organisme ferment que l'on pût considérer comme l'agent spécifique de la maladie, et ce bacille, ils ne l'ont point trouvé. Connaissant les travaux de M. Koch, ayant assisté à ses recherches, employant les mêmes réactifs, ils ont, avec lui, reconnu qu'on rencontrait dans le liquide intestinal des sujets ayant succombé au choléra un microbe de forme et de dimension spéciales; mais ce microbe ne leur a pas semblé constant et d'autre part ils l'ont retrouvé non seulement dans le choléra, mais encore dans les selles dysentériques (Malassez), dans le mucus vaginal de femmes atteintes de leucorrhée, dans la sécrétion muqueuse utérine d'une femme atteinte d'un épithélioma du col, etc.

Ces observations paraissent concluantes. Elles prouvent que la forme extérieure d'un microbe ne saurait suffire à le caractériser et que, par conséquent, en l'absence d'une preuve directe, celle qui résulterait d'une inoculation fertile, l'affirmation de M. Koch doit encore être accueillie avec certaines réserves. Nous ne saurions toutefois méconnaître l'importance d'un fait constaté aussi par MM. Straus et Roux, celui de la multiplication très rapide et de l'apparition constante des bacilles-virgules dans le mucus intestinal de sujets morts de choléra foudroyant. S'il est bien vrai que, dans le mucus intestinal rapidement recueilli sur un sujet mort après quelques heures, on trouve toujours une grande quantité de ces microbes; s'il est démontré qu'on les reconnaît le plus souvent alors même que la maladie a duré quelque temps, et que, comme l'affirme M. Koch, les fermentations intestinales auraient pu le détruire, il conviendra d'admettre que parmi les bacilles de forme à peu près semblable, le *bacille-virgule* de M. Koch pourrait bien être l'agent infectieux du choléra.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs de cette découverte anatomo-pathologique, on doit avouer que, de toutes les maladies infecto-contagieuses, le choléra est celle dont l'évolution et la transmissibilité semblent le plus compatibles avec l'hypothèse d'un germe animé, d'un microbe. S'il était prouvé que M. Koch s'est mépris sur la forme et la nature du bacille qu'il a décrit et que MM. Straus et Roux ont retrouvé dans le liquide intestinal des cholériques, il est probable que d'autres observateurs arriveront, quelque jour, à découvrir un autre élément caractéristique et demeurant fertile après plusieurs cultures.

Ce qui reste démontré, M. Jules Guérin lui-même l'a reconnu, c'est la transmissibilité de la maladie, c'est sa contagiosité « établie par un certain nombre d'observations indiscutables ». Que cette contagiosité soit relative, qu'elle soit « subordonnée pour les localités, pour l'individu, pour la maladie elle-même, à des conditions préalables d'aptitude, de réceptivité et d'activité contingentes, » nous n'en disconviendrons pas. Il n'est pas de maladie contagieuse qui n'exige, pour se transmettre, certaines conditions favorables de réceptivité.

Mais, s'il est reconnu que le choléra est transmissible de l'homme malade à l'homme sain, il est non moins prouvé que cette transmission s'opère par l'intermédiaire des déjections cholériques, c'est-à-dire de produits élaborés dans l'intestin, riches en germes infectieux, et, que l'on admette ou non la doctrine de Pettenkofer, susceptibles de se reproduire dans le sol, d'y acquérir une virulence plus active et de reproduire la maladie en se transmettant par l'eau de boisson ou par l'intermédiaire des aliments sur lesquels ils se seront déposés.

Or, ces prémisses étant admises, il semble difficile de soutenir l'identité du choléra sporadique, de cette maladie saisonnière qui, nous l'avons rappelé dans un précédent article, diffère tant au point de vue pronostique du choléra épidémique, avec l'épidémie qui a sévi à Toulon et à Marseille. Dans son discours si net, si précis, si conforme à toutes les notions épidémiologiques, M. Ernest Besnier a trop bien posé la question pour que nous puissions mieux faire que de suivre à cet égard une argumentation qui nous semble irréfutable.

Au point de vue clinique, le choléra *saisonnier* dit choléra *nostras* peut dans certains cas tout à fait exceptionnels présenter une certaine analogie avec le choléra *asiatique;* mais jamais « il ne tue à la fois dans le même moment et à la même heure une série associée de malades »... De 1875 à 1883, il n'a fait à Paris, sur une population de 2300000 habitants, que 129 victimes, soit environ 14 par année. De plus, cette maladie saisonnière frappe, au même moment, en raison des mêmes influences, un assez grand nombre de villes distantes les unes des autres. On ne la voit point gagner successivement, dans une seule contrée, toutes les communes où auront pu arriver des individus, sains en apparence, mais déjà malades, émigrés d'un premier foyer.

Le choléra épidémique au contraire éclate subitement dans une ville après l'arrivée d'un navire venu d'une région où sévissait la maladie ou peu de jours après l'introduction de germes apportés par un sujet venu d'une autre ville déjà atteinte par l'épidémie. Jamais on n'a vu le choléra épidémique, c'est-à-dire grave, tuant en un mois 1000 à 1500 habitants, se développer spontanément dans une ville centrale d'un pays, soit à Paris, soit à Vienne ou à Berlin. Toujours, quand elle apparaît dans les villes du centre, la maladie a sévi durant un temps plus ou moins long dans des ports où elle a dû être importée. L'argument déduit de la rapidité avec laquelle les divers quartiers d'une grande cité peuvent être atteints, de l'apparition simultanée en divers points d'une ville de cas isolés en apparence, ne nous semble pas infirmer la doctrine que nous défendons.

En ce qui concerne l'épidémie actuelle, M. Proust a contredit avec une grande lucidité et des arguments très précis les assertions de M. Jules Guérin. Le choléra qui a pris naissance à Toulon, dans la *division*, ne s'est décidément développé à Marseille qu'après l'arrivée dans cette ville de sujets émigrés de Toulon, et au début de l'épidémie, deux foyers au moins ont pu être reconnus. Les mêmes observations ont souvent été relatées dans les épidémies antérieures. Il suffira, pour s'en rendre compte, de lire l'instructif mémoire que M. Jules Worms a écrit à ce sujet en 1865 dans la *Gazette hebdomadaire.* Mais, alors même que la filiation directe de tous les cas relatés ne pourrait être établie, quelques observations négatives suffiraient-elles à infirmer le grand nombre de faits positifs qui démontrent que les épidémies se succèdent les unes aux autres, et que, en 1865 par exemple, on a pu, comme en 1822, en 1830 et en 1846, suivre pas à pas pour ainsi dire la marche et l'extension du choléra? Quels que soient son talent de dialectique et la vivacité avec laquelle il défend ses convictions, nous doutons que M. Jules Guérin, s'il veut bien reprendre l'histoire des épidémies antérieures, arrive à démontrer qu'elles n'ont pas été importées. Et s'il reconnaît cette importation pour une seule des épidémies connues, comment arrivera-t-il à concilier cette doctrine avec celle de l'identité du choléra épidémique et des diarrhées saisonnières? Nous répéterons donc au sujet de l'extension rapide dans une grande ville de la maladie qui a causé tant de victimes à Toulon et à Marseille, ce que nous en avons dit dès ses débuts. Si l'on admet que le germe cholérique — quel qu'il soit d'ailleurs — se développe dans l'intestin et se transmette par les déjections; si l'on reconnaît que, *au début de l'épidémie,* des diarrhées prodromiques ou prémonitoires peuvent exister sans que le sujet qui en est atteint soit contraint de s'aliter, on s'expliquera aisément le développement en apparence simultané de l'épidémie en divers quartiers d'une même ville par l'infection successive de latrines ou d'égouts contaminés par ces premiers sujets atteints de diarrhée cholériforme et non retenus à la chambre ou par le transport d'aliments provenant tous d'une source infectée par la maladie.

Et s'il faut rejeter en partie la théorie tellurique défendue par Pettenkofer et avouer qu'elle n'explique ni les épidémies qui se développent à bord des navires, ni la transmission cholérique par les linges ou les marchandises, ne peut-on soutenir avec lui que le germe cholérique a besoin pour devenir nuisible de subir certaines transformations analogues à celles des animaux à générations alternantes? Cette doctrine expliquerait peut-être l'insuccès des essais d'inoculations tentés jusqu'à ce jour. Elle rendrait compte de la stérilité des germes recueillis par Koch et cultivés dans des milieux inaptes à leur transformation. Peut-être même arriverait-elle à faire comprendre pourquoi le choléra semble devoir s'éteindre en Provence et en Italie sans donner lieu dans les villes, plus favorisées au point de vue de l'hygiène, à une repullulation presque indéfinie des germes qui le propagent. Nous avons déjà fait remarquer, en citant les chiffres de mortalité des épidémies antérieures, que pareil à la plupart des maladies exotiques qui semblent s'épuiser et s'éteindre peu à peu sur le sol où elles se sont plusieurs fois implantées, le choléra diminuait de gravité et que l'épidémie de 1873, dont nul n'a songé à nier l'importation, avait disparu après avoir frappé le Havre, quelques villes de Normandie, et Paris où il n'a fait que 855 victimes. Puisse-t-il en être de même de l'épidémie actuelle, et, quelles que soient encore les discussions auxquelles son étiologie pourra donner naissance, puissions-nous avoir à constater que si, malgré l'émigration qui semble avoir été plus favorable que nuisible, malgré la rapidité des voies de communication, malgré l'absence de mesures prophylactiques, le choléra n'atteint ni Paris ni les villes du centre et du nord de la France, c'est que, dans ces villes, les conditions hygiéniques sont devenues meilleures et qu'il n'y trouve plus les circonstances nécessaires pour se reproduire et pour y acquérir en se développant toute son activité virulente.

— A propos de notre dernier article, plusieurs de nos confrères ont bien voulu nous écrire et nous demander pourquoi, après avoir plusieurs fois déclaré que les préparations mercurielles et en particulier le biiodure et le bichlorure de

mercure étaient d'excellents antiseptiques, nous leur avons préféré le sulfate de cuivre et le chlorure de zinc. Nous croyons devoir répondre que, nous plaçant comme nous l'avons déclaré, à un point de vue exclusivement pratique, nous avons dû tenir compte du prix auquel se vendent les désinfectants immédiatement utilisables et des dangers que peut présenter l'emploi de certains d'entre eux. Or le bichlorure de mercure est très cher et de plus il est très toxique. Enfin on ne sait au juste à quelles doses il faudrait l'employer pour la désinfection complète des déjections cholériques. C'est pourquoi, bien que nous sachions quels services les sels de mercure peuvent rendre dans la pratique chirurgicale et obstétricale, nous n'avons pas cru devoir en recommander l'emploi usuel pour la désinfection des matières cholériques. L. Lereboullet.

Contributions pharmaceutiques.

Du sulfo-carbol (acide orthoxyphénilsulfureux, nouvel antiseptique).

On comprendra le sentiment qui nous porte à ne pas insister longuement sur les avantages de l'antiseptique au sujet duquel un mémoire a été présenté à la Société de biologie par M. Ferdinand Vigier, pharmacien à Paris. Les liens de famille ne peuvent pourtant pas être un empêchement à l'éloge, comme ils ne doivent pas l'être à la critique.

Le composé dont il s'agit est l'acide orthoxyphénilsulfureux. Pour plus de commodité, l'auteur a nommé ce corps *sulfo-carbol*, pour indiquer plus simplement qu'il résulte de la combinaison de l'acide sulfurique avec l'acide carbolique ou phénique.

Ses propriétés antiseptiques et antifermentescibles sont remarquables. Il a d'ailleurs sur l'acide phénique cette supériorité qu'il est soluble dans l'eau en toute proportion et n'est ni toxique, ni caustique. C'est un liquide sirupeux, d'une teinte rosée, d'une odeur piquante, mais non désagréable et à peine sensible en solution.

Il se volatilise au bain-marie et peut servir en fumigations; il distille vers 130 degrés, puis se décompose.

La découverte de ce corps date de 1841. C'est Laurent qui le premier indiqua que les acides sulfurique et phénique en se combinant donnaient naissance à un acide sulfo-conjugué pouvant former des sels parfaitement déterminés.

Depuis, un grand nombre de chimistes se sont occupés de cette question et ont montré qu'il existe trois modifications de l'acide orthoxyphénilsulfureux : l'*ortho*, le *méta*, le *para*.

Gerhardt, et après lui M. Naquet ont considéré cet acide comme un acide salicylique dans lequel le radical sulfuryle SO^2 est substitué au radical carbonyle CO, et qui possède les propriétés de ce dernier acide.

M. Gondard, dans sa thèse de pharmacie en 1874, signala aussi les propriétés antiseptiques et antiputrides de l'acide *ortho* et l'inertie des acides *méta* et *para*.

Enfin, M. F. Vigier vient de faire de nouvelles et nombreuses recherches sur les propriétés du sulfo-carbol dans le laboratoire et sous la direction de M. Laborde. C'est là qu'il a pu constater ses propriétés antiseptiques, qui sont, nous le répétons, extrêmement développées.

Le lecteur voudra bien croire que notre situation particulière à l'égard de l'auteur du Mémoire, au lieu de nous porter à la complaisance, n'a eu d'autre effet sur nous que d'entourer nos affirmations de garanties scientifiques plus sérieuses et plus exigeantes.

Pour préparer le sulfo-carbol, on mélange à froid des équivalents égaux d'acide sulfurique concentré et d'acide phénique; on sature l'excès d'acide par le carbonate de baryte, de telle façon que la liqueur filtrée ne précipite ni par l'eau de baryte, ni par l'acide sulfurique, et on concentre à basse température, ou mieux dans le vide. En empêchant ainsi l'élévation de température, on évite la modification *para* et on obtient de l'acide *ortho* très actif.

Des expériences de M. F. Vigier sur l'urine, la levure de bière, chez les chiens, chez les grenouilles, il résulte qu'on peut administrer le sulfo-carbol à l'intérieur sous forme de limonade à la dose de 1 à 5 grammes par jour. On formulerait ainsi :

Sulfo-carbol	1 à 5 grammes.
Sirop de sucre	100 —
Eau distillée	900 —

Mêlez; à prendre par verre.

On présume, sans qu'il soit besoin d'y insister, l'emploi thérapeutique qui peut être fait du sulfo-carbol ; ajoutons seulement que comme c'est un produit inoffensif, on peut augmenter les doses *ad libitum*, ce que l'on ne peut faire ni avec l'acide phénique ni avec l'acide salicylique.

Le travail de M. F. Vigier offre cependant une petite lacune, c'est la détermination de la place que le sulfo-carbol occupe dans la classification des antiseptiques par M. le docteur Miquel.

Combien faut-il de sulfo-carbol pour conserver un litre de bouillon? Une fois ce chiffre connu, on saurait absolument à quelle dose exacte nous devons employer cet antiseptique.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Épidémiologie.

Exposé des recherches sur le choléra a Toulon, par MM. les docteurs Straus et Roux.

Nous avons l'honneur de soumettre à l'Académie de médecine l'exposé sommaire de nos recherches sur le choléra à Toulon. Ces recherches sont la continuation de celles que que nous avons entreprises l'année dernière, en Egypte, avec MM. Thuillier et Nocard (1).

Les doutes sur la nature de l'épidémie de Toulon furent vite éclaircis pour tout le monde, et dès la première autopsie nous pouvions constater l'identité des lésions que nous avions sous les yeux avec celles que nous avions observées pendant l'épidémie d'Egypte.

Les autopsies que nous avons pratiquées à l'hôpital maritime et à l'hôpital civil sont au nombre de 18 ; la plupart ont pu être faites dans les conditions les plus favorables; nous avions en outre à notre disposition les déjections, les vomissements et les urines des nombreux cholériques soignés à l'hôpital maritime.

Qu'il nous soit permis, avant d'aller plus loin, d'exprimer publiquement toute notre reconnaissance pour l'accueil si généreux que nous avons reçu des médecins de l'hôpital maritime de Toulon et pour les larges facilités de travail qui nous ont été données. Ces remerciements s'adressent parti-

(1) M. Nocard, retenu par les examens de fin d'année à l'École d'Alfort, n'a pas pu nous accompagner à Toulon.

culièrement à M. l'inspecteur général Rochard, à M. le docteur Gestin, directeur du service de santé, à MM. les professeurs Cunéo et Rouvier, à M. le docteur Gailliot et aussi aux médecins et aux internes de l'hôpital civil.

I

Les symptômes et les lésions macroscopiques du choléra sont de telle nature que c'est dans l'intestin que l'on est conduit à rechercher la cause de la maladie. En Egypte, nous nous étions efforcés de trouver dans les tuniques intestinales un microbe spécifique. Nous rappelons que la méthode que nous avions suivie dans cette recherche consistait à colorer dans une solution aqueuse de bleu de méthylène des coupes pratiquées sur des fragments d'intestin grêle durcis par l'alcool. Dans les nombreuses coupes ainsi traitées, nous avions constaté que, dans un certain nombre de cas, les parties superficielles de la muqueuse, les conduits des glandes tubulées, la charpente des villosités et, par places, la sous-muqueuse renfermaient des micro-organismes divers et en nombre variable, selon la portion d'intestin examinée et selon la durée de la maladie. Les plus nombreux de ces organismes étaient des bacilles d'aspect et de dimension variable; les uns longs et grêles, d'autres courts et d'assez fort diamètre; une des formes les plus fréquentes était un bacille rappelant assez l'aspect du bacille de la tuberculose. Dans certains points, cette variété de bacilles prédominait manifestement et envahissait jusqu'à la sous-muqueuse, sans jamais pénétrer dans les vaisseaux sanguins ni dans la tunique musculeuse. Il existait encore d'autres formes bacillaires çà et là, infiltrés dans l'épaisseur de la muqueuse, divers micrococcus. Cette entéromycose était surtout accusée dans la dernière portion de l'intestin grêle.

De ces constatations anatomiques nous n'avions pas cru pouvoir tirer des conclusions positives sur la cause de la maladie. Sans doute, le peu de temps qui s'était écoulé entre le moment de la mort et celui de l'autopsie permettait d'affirmer qu'il ne s'agissait pas d'un processus cadavérique. Mais sur le vivant, une muqueuse dépouillée d'épithélium, comme celle de l'intestin dans le choléra, ne peut-elle pas être aisément envahie par les organismes contenus dans les liquides qui la baignent? La variété des microbes que l'on constatait dans les préparations devait éveiller au plus haut point le soupçon d'une invasion *secondaire* de l'intestin.

« S'il existait réellement, disions-nous, entre l'un de ces microbes trouvés dans les tuniques intestinales et le choléra une relation de cause à effet, ce microbe devrait se rencontrer dans *toutes* les autopsies des cholériques. C'est ce qui ne s'est pas présenté dans nos recherches. Nous avons observé la présence, dans la muqueuse intestinale, de micro-organismes, surtout dans les cas de choléra qui s'étaient prolongés et qui s'accompagnaient d'un piqueté hémorrhagique de l'intestin. Dans trois cas de choléra foudroyant, où les sujets avaient été emportés en dix à vingt heures et où l'intestin était plutôt pâle que congestionné, il nous a été impossible de constater, dans les tuniques intestinales, la présence appréciable de micro-organismes. Il va sans dire que, dans cette recherche, nous avions multiplié les coupes et redoublé de sollicitude, ainsi qu'il convient toujours de faire quand il s'agit de constatations négatives. Dans un autre cas suraigu, le nombre des bacilles était très faible et il fallait un grand nombre de coupes pour en déceler quelques-uns. Or c'est précisément dans ces cas suraigus, où la maladie revêt son intensité la plus grande, que la présence d'un microbe dans la muqueuse intestinale, si elle était primitive et caractéristique, devrait aussi se révéler avec le plus de netteté et d'intensité (1). »

(1) *Rapport sur le choléra d'Egypte, par la mission française* (*Revue scientifique*, 1883, p 644). — Voyez aussi : *Recherches anatomiques et expérimentales sur le choléra observé en Égypte*, par MM. Straus, Roux, Nocard et Thuillier (*Archives de physiologie*, 1884, n° 4, p. 381-429).

A Toulon, nos investigations ont de nouveau porté sur la recherche d'un organisme spécifique dans les tuniques intestinales. Cette recherche s'imposait à nous avec d'autant plus de soin, que dans son premier rapport, daté d'Alexandrie, 17 décembre 1883, M. le docteur Koch annonçait que dans les tuniques intestinales des cholériques il avait *constamment* trouvé un organisme qu'il incline à regarder comme étant spécifique du choléra. Voici en quels termes s'exprime, dans son rapport, le savant chef de la mission allemande :

« Dans le contenu intestinal, ainsi que dans les déjections des cholériques, on trouve un nombre extraordinaire de micro-organismes, appartenant aux espèces les plus variées. *Aucun de ces micro-organismes ne prédominait en nombre d'une façon appréciable.*

» Mais l'intestin lui-même révéla un résultat très important. A l'exception d'un cas, où la mort eut lieu plusieurs semaines après l'attaque de choléra, dans tous les autres cas (dix) on trouva dans les parois de l'intestin une espèce particulière de microbes. Ces microbes sont en forme de bâtonnets et appartiennent par conséquent aux bacilles; leur forme et leurs dimensions se rapprochent le plus du *bacille de la morve*. Dans les cas où l'intestin présente le moins de lésions macroscopiques, les bacilles avaient pénétré dans les glandes en tube de la muqueuse et y avaient exercé une irritation manifeste, comme le témoignent l'élargissement de la lumière de la glande et l'accumulation de noyaux à son intérieur. En outre, les bacilles se sont établis en nombre considérable à la surface des villosités et ont pénétré dans le tissu de ces dernières. Dans les cas graves, avec infiltration hémorrhagique de la muqueuse, ces bacilles se trouvaient en très grand nombre et ils envahissaient non seulement les glandes en tube, mais les tissus environnants, les couches profondes de la muqueuse et même jusqu'à la musculeuse. Le siège principal de ces altérations est la partie inférieure de l'intestin grêle. »

D'après ces constatations anatomiques, pour M. Koch, le choléra est caractérisé, en Egypte aussi bien que dans l'Inde, « par la présence constante, dans la muqueuse de l'intestin grêle, d'un bacille caractéristique, rappelant celui de la morve ».

Les nouvelles observations que nous avons faites à Toulon confirment pleinement celles que nous avions faites en Egypte. Dans la muqueuse intestinale d'un certain nombre de cholériques, on rencontre les organismes les plus divers, surtout si la maladie s'est prolongée. Mais dans les cas plus rapides, ils sont beaucoup moins nombreux et dans les cas suraigus, il est impossible de déceler leur présence.

Aussi sur les dix-huit intestins de cholériques que nous avons recueillis à Toulon, plus de la moitié (onze cas), malgré le nombre des coupes examinées, ne contenaient pas de micro-organismes.

Comme M. Koch, dans ses notes, n'a pas indiqué la technique qu'il a suivie pour colorer les bacilles qu'il rencontre constamment dans les tuniques intestinales, il fallait se demander s'il n'avait pas employé une méthode de coloration spéciale, comparable, par exemple, à celle qui sert à démontrer le bacille de la tuberculose.

Dans ce cas, nos faits négatifs perdaient toute leur valeur. A l'arrivée de M. Koch à Toulon, les explications orales qu'il a bien voulu nous donner nous ont appris que les méthodes de coloration employées par lui et par nous sont identiques : comme nous, il colore par la méthode de Weigert et se sert de solution aqueuse de bleu de méthylène.

Nous pouvons donc maintenir que, dans bon nombre de cas de choléra (et particulièrement dans les plus caractérisés), on ne trouve pas de micro-organismes dans les tuniques intestinales.

II

Dans ses cinquième et sixième rapports, datés de Cal-

cutta (1), M. Koch donne des détails plus précis sur l'organisme qu'il regarde comme étant la cause du choléra ; ce n'est plus sur les tuniques intestinales, mais sur le contenu même de l'intestin et sur les selles que doit porter l'investigation. « Le bacille du choléra, dit-il, n'est pas tout à fait droit, mais plus ou moins recourbé, parfois en forme de virgule, parfois plus arqué en forme de demi-cercle. »

M. Koch, à Toulon, a bien voulu nous indiquer les méthodes auxquelles il a recours pour mettre ce microbe en évidence. Il n'emploie pas de procédé spécial de coloration : une parcelle de selles ou de mucus intestinal est étalée en couche mince et desséchée sur une lamelle à couvrir ; la préparation ainsi obtenue est légèrement chauffée et colorée par une solution aqueuse assez concentrée de couleur basique d'aniline, de préférence par le bleu de méthylène.

En Egypte, pour l'examen des selles et du contenu intestinal, nous avions eu recours aux mêmes méthodes de coloration et la planche I de notre mémoire contient le dessin de microbes trouvés dans le contenu intestinal de cholériques où cet organisme est représenté.

Lorsque, comme nous l'avons fait systématiquement à Toulon, on examine ainsi les selles caractéristiques des cholériques, on voit qu'elles renferment le plus souvent un grand nombre d'organismes microscopiques divers, et dans beaucoup de cas on n'y rencontre qu'un petit nombre d'organismes en virgule, alors même qu'elles ont l'aspect riziforme caractéristique. Le contenu intestinal, prélevé dans les meilleures conditions sur le cadavre, montre aussi dans la majorité des cas, des espèces variées de micro-organismes, parmi lesquels on trouve le bacille en virgule, sans que celui-ci semble prédominer sur les autres.

Ainsi, dans treize cas, l'examen fait dans de bonnes conditions, des selles caractéristiques ou du contenu de l'intestin grêle nous a révélé trois fois un très grand nombre de virgules ; dans quatre cas, on ne les trouvait qu'en petit nombre et dans cinq cas elles faisaient défaut. Il est vrai que les conditions regardées par M. Koch comme particulièrement favorables à la mise en évidence du bacille en virgule sont assez fugaces ; pour lui, les selles encore fécales du début, non plus que celles qui accompagnent la période de réaction, ne sont convenables pour cette recherche ; il recommande l'examen du contenu intestinal pris rapidement dans l'intestin grêle des sujets ayant succombé pendant la période algide d'un choléra rapide.

Dans un cas foudroyant dont l'autopsie a été faite avec M. Koch, nous avons trouvé l'intestin grêle tapissé par une sorte de mucus blanc grisâtre, filant, et dans une parcelle de ce mucus étalé en couche mince sur la lamelle à couvrir et imbibé par la matière colorante, comme nous l'avons dit plus haut, on voyait colorés en bleu une grande quantité de bacilles en forme de virgule. Ils étaient, pour ainsi dire, comme en culture pure dans ce mucus ; c'est à peine si dans les préparations on rencontrait associés à eux quelques bâtonnets d'organismes communs.

Sur les dix-huit autopsies que nous avons pratiquées nous avons rencontré une autre fois, dans un cas où la mort était aussi survenue très rapidement, le même aspect du contenu intestinal et la même abondance du microbe en virgule.

Ces cas sont très saisissants, et conduisent à accorder dans le choléra un grand rôle à l'organisme en virgule ; cependant il en est d'autres, et ce sont les plus nombreux, où la variété des organismes que l'on trouve dans le contenu intestinal est si grande qu'aucun d'eux ne paraît prépondérant. Dans ces cas, M. Koch a recours à la culture pour mettre en évidence l'organisme en virgule.

Une parcelle du contenu intestinal est délayée dans quelques centimètres cubes de bouillon gélatiné que l'on a fluidifié par une douce chaleur ; on étend le liquide ainsi ensemencé sur une plaque de verre, et la gélatine convenablement refroidie fait prise de nouveau. Dans les îlots d'organismes qui se développent, il en est qui ont l'aspect de petites masses réfringentes ; ils sont formés par des organismes en virgules qui fluidifient bientôt la gélatine autour d'eux et se montrent alors sous le microscope animés de mouvements rapides (1).

Ces organismes, pendant leur végétation, restent parfois joints bout à bout, et alors ils prennent une forme en S ou la forme de spirilles. C'est cet aspect de la culture dans le bouillon gélatiné que M. Koch regarde comme caractéristique. L'organisme en virgule exige pour son développement un milieu alcalin ; il pullule avec une extrême facilité dans la plupart des milieux alcalins, à une température variant entre 16 et 42 degrés ; dans les conditions où M. Koch l'a observé, il ne paraît pas donner de germes ; une dessiccation de quelques heures suffirait pour le faire mourir.

Il est donc certain qu'il existe souvent, dans les selles riziformes et dans le contenu de l'intestin des cholériques, un bacille en forme de virgule et que, dans certains cas, on trouve ce bacille presque à l'état de pureté dans la matière muqueuse qui tapisse l'intestin. Est-on en droit d'en conclure que le microbe en virgule est l'organisme du choléra ? Nous ne le pensons pas. Tant que par l'administration d'une culture pure de cet organisme on ne sera pas parvenu à donner le choléra, la preuve ne sera pas faite. C'est pourquoi toutes les tentatives pour communiquer le choléra aux animaux ont un si grand intérêt ; jusqu'à ce que l'on soit arrivé à un résultat dans ce sens, la démonstration scientifique restera à faire. Il se pourrait, en effet, que l'organisme en virgule ne fût prédominant dans l'intestin de certains cas de choléra que parce qu'il y trouve un milieu de culture très favorable.

A défaut de la preuve directe que fournirait l'inoculation du microbe en virgule aux animaux, M. Koch s'est efforcé de montrer que l'organisme qu'il a décrit dans le choléra ne se rencontrait que dans l'intestin des cholériques et jamais chez l'homme en santé ou chez l'homme atteint de maladies autres que le choléra. Pour qu'une semblable constatation ait de la valeur, il faudrait qu'elle portât sur un très grand nombre de cas, car il suffirait que l'organisme de M. Koch fût trouvé une seule fois en dehors d'un cas de choléra asiatique pour tout mettre en question.

La forme en virgule ne peut, du reste, à elle seule caractériser l'organisme du choléra. On trouve en effet des bacilles recourbés et de forme tout à fait semblable à celle de l'organisme de M. Koch dans des produits qui n'ont rien à voir avec le choléra. Le docteur Maddox (de Londres) a photographié un microbe en virgule qu'il a rencontré dans un réservoir d'eau. M. Malassez nous a montré dans une préparation de selles de dysentérie, au milieu de beaucoup d'autres organismes, quelques bacilles en forme de virgule bien caractérisés. Dans du mucus vaginal de femmes atteintes de leucorrhée, dans la sécrétion utérine muqueuse d'une femme ayant un épithélioma naissant du col, nous avons trouvé des formes de bacilles en virgule semblables à celles du choléra.

La forme en virgule n'est donc pas caractéristique par elle-même. Il est très important d'essayer dans des cas comme ceux que nous venons de citer, d'isoler par la culture les microbes qui présentent une forme semblable à celle de l'organisme de M. Koch et de voir comment ils se comportent dans les différents milieux de culture : c'est la seule manière de les caractériser.

Si le bacille en virgule est la vraie cause du choléra, comme il ne réside que dans le contenu de l'intestin et que, dans

(1) Voy. *Fortschriste der Medicin*, 1884, n° 5, p. 33 et n° 7, p. 49.

(1) Les mouvements sont surtout marqués quand on examine ces organismes cultivés dans une goutte de bouillon suspendue à la face inférieure d'une lamelle à couvrir placée sur un porte-objet creusé en cupule ; pour éviter l'évaporation, le pourtour de la lamelle est fixé sur le rebord de la cupule à l'aide d'un peu de vaseline ou d huile.

les cas rapides du moins, il n'envahit même pas d'une façon appréciable la muqueuse intestinale, il faut admettre que, pour produire des effets aussi rapides et aussi intenses, il sécrète un ferment soluble, une ptomaïne, un poison quelconque, extrêmement énergique, qui, absorbé, provoque les symptômes du choléra. Il faut donc s'attacher à extraire des cultures pures dans lesquelles a vécu le bacille un poison soluble qui reproduirait chez les animaux des symptômes analogues à ceux que l'on observe chez les cholériques.

Il y aura aussi un intérêt spécial à rechercher si, dans les cas de choléra nostras bien avérés, on rencontre le microbe en virgule.

Il nous reste à nous expliquer sur un dernier point. Dans notre rapport sur le choléra d'Egypte nous avons signalé la présence, dans le sang des cholériques, de particules extrêmement fines affectant l'aspect d'organismes. Toutefois, nous faisions toutes nos réserves, vu l'insuccès de nos tentatives de culture et de coloration. A Toulon la même altération du sang s'est présentée à nous dans beaucoup de cas, mais elle a fait défaut dans quelques-uns. Nous pensons que ces corpuscules sont dus à une altération spéciale de l'hémoglobine; c'est aussi l'opinion à laquelle paraît se ranger notre ami M. Malassez qui, avec sa compétence si grande en hématologie, a examiné des échantillons de sang des cholériques d'Egypte et de Toulon.

— Si nous n'avons pas abusé de la bienveillante attention des membres de l'Académie, nous les prions d'examiner les préparations que nous avons l'honneur de leur soumettre.

SOCIETÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 4 AOUT 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

COMMUNICATIONS RELATIVES AU CHOLÉRA. Rapport de M. *Charcot*. — Quarante-trois lettres, notes ou mémoires adressés à l'Académie et relatifs au traitement du choléra ont été renvoyés à la commission du prix Bréant. Trente-sept d'entre eux sont absolument dépourvus de tout intérêt. Six seulement émanent de médecins ou d'étudiants; malheureusement on n'y trouve guère que des théories plus ou moins ingénieuses sur ce que l'on appelle « la nature du choléra », avec des projets de médication déduits plus ou moins logiquement de ces théories. La sanction expérimentale leur fait complètement défaut.

En somme, de tous ces mémoires, notes ou lettres, M. Charcot n'en retient qu'un seul, celui de M. le docteur *Duboué* (de Pau), sur l'enchaînement des lésions et des symptômes du choléra asiatique, et sur les indications qui en dérivent pour le traitement curatif et préventif de cette maladie. L'éminent rapporteur de la commission s'exprime ainsi à son sujet :

« L'auteur (M. Duboué) cherche d'abord à établir, en se fondant sur les résultats obtenus par quelques anatomo-pathologistes, que l'agent cholérigène, introduit primitivement par les voies respiratoires, pénètre ensuite dans le système des artères et des capillaires de l'arbre aortique, où il détermine la desquamation de l'endothélium vasculaire. L'agent pénètre consécutivement dans l'intestin, où il provoque la desquamation de l'épithélium de la membrane muqueuse. La diarrhée qui se produit en conséquence est due à une sorte de filtration du sérum du sang qui se fait à travers la mince couche de chorion des villosités intestinales dépouillées de leur épithélium.

» En thérapeutique, la conséquence de cette théorie est qu'il n'y a qu'une seule indication pour le traitement préventif individuel, et deux indications pour le traitement curatif.

» L'indication du traitement préventif consiste à *fortifier* (*sic*) à l'avance tout le système endothélial et épithélial, de façon à leur permettre de résister, lorsque l'agent cholérigène viendra à pénétrer dans l'organisme. Cela s'obtiendra en administrant journellement aux personnes exposées à la contagion deux doses de 25 centigrammes chacune de tannin pur préparé à l'éther.

» Pour ce qui est du traitement curatif, la première indication consiste surtout à rétablir la circulation interrompue. Le moyen d'obtenir ce résultat a déjà été employé par un grand nombre de médecins. Il s'agit de pratiquer des injections intraveineuses abondantes d'un sérum artificiel, auquel il conviendra, suivant M. Duboué, d'ajouter 1 gramme par litre de tannin à l'éther.

» La seconde indication sera remplie en reprenant, dès que la circulation sera rétablie, l'emploi du tannin à la dose de 3, 6 et 8 grammes par jour, dans le but de favoriser la régénération des endothéliums et des épithéliums. »

En terminant, M. Charcot déclare qu'il s'est borné à exposer, sans vouloir entrer dans la critique. Il suffira de remarquer, dit-il, qu'une série d'observations classiques et d'expériences thérapeutiques régulièrement instituées pourraient seules permettre d'atteindre le but visé par l'institution du prix Bréant.

DURÉE DE L'IMMUNITÉ VACCINALE ANTICHARBONNEUSE CHEZ LE LAPIN. Note de M. *Feltz*. — Poursuivant ses recherches sur les vaccinations anticharbonneuses, dont il fit connaître les premiers résultats à l'Académie le 6 novembre 1882, M. Feltz a pu constater que l'extrême limite de l'immunité vaccinale, chez le lapin, se trouvait entre dix-sept et dix-huit mois.

FILTRE DONNANT DE L'EAU PHYSIOLOGIQUEMENT PURE. Note de M. *Chamberland*. — M. Bouley appelle l'attention de l'Académie sur un filtre destiné à débarrasser l'eau de tous les microbes qu'elle contient, de façon à rendre les eaux de boisson tout à fait pures. M. Chamberland est arrivé à ce résultat par la filtration à travers un vase poreux en porcelaine dégourdie, mode de filtration qui est employé dans le laboratoire de M. Pasteur pour séparer les microbes de leurs milieux de culture.

LE RÔLE BIOLOGIQUE DE L'ACIDE PHOSPHORIQUE. Note de M. *A. Mairet*. — Si le taux de l'acide phosphorique contenu dans les urines, dit l'auteur, est dans un rapport étroit avec l'alimentation, ainsi que le prouve l'influence qu'exerce celle-ci, suivant sa richesse, sur l'élimination des phosphates, la connaissance du rôle que joue cet acide dans la constitution de nos tissus, et la persistance des phosphates dans les urines, pendant l'état d'inanition, semblent indiquer que ces sels ont un rôle biologique.

En effet, M. Mairet, étudiant les rapports de l'acide phosphorique avec la nutrition générale d'une part, et ceux de ce même acide avec le travail musculaire, en est arrivé à ces deux conclusions que : 1° le muscle emploie de l'acide phosphorique pour produire du travail; 2° l'acide phosphorique, qu'on retrouve en excès dans les urines sous l'influence du travail musculaire, est de l'acide phosphorique en déchet; 3° le muscle est une des sources de l'acide phosphorique qu'on retrouve ainsi en plus dans les urines; 4° l'élimination de cet acide est liée à la nutrition et au fonctionnement du muscle; 5° le travail musculaire marque son action sur l'acide phosphorique, éliminé par les urines, en augmentant le chiffre des phosphates alcalins.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 5 AOUT 1884. — PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

M. le docteur *Boisseau du Rocher* prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un *Pli cacheté*. (*Accepté.*)

M. le docteur *Pretenderis Typaldos* (d'Athènes) sollicite le titre de correspondant étranger.

M. *le Secrétaire perpétuel* présente : 1° de la part de M. le docteur *Henry Liouville*, député, le texte de sa proposition de loi relative à l'*organisation d'une direction de la santé publique;* 2° au nom de M. le docteur *A.-J. Martin*, deux mémoires imprimés sur l'*Enseignement de l'hygiène dans les établissements d'enseignement supérieur* et sur le *Rôle du médecin en hygiène publique*.

M. *Villemin* fait hommage, de la part de M. *Germain Sée*, de son livre intitulé : *La phthisie bacillaire des poumons*.

M. *Gosselin* présente, au nom de M. le docteur *Millot-Carpentier* (de Montécouvez, Nord), l'observation d'un *cas de morsure de rat* suivie d'intoxication ayant déterminé des accidents nerveux simulant l'hydrophobie et l'apparition d'un purpura à forme intermittente. — (Renvoi à l'examen de MM. Larrey et Gosselin.)

M. *Bouley* dépose un filtre imaginé par M. Chamberland.

M. *Larrey* présente une sonde à double courant pour le lavage de la vessie, imaginée par M. le docteur Boisseau du Rocher.

Choléra. — M. *Jules Guérin* dépose un mémoire de M. le docteur Dutrieux (d'Alexandrie), qui vient de se rendre à Toulon et à Marseille afin d'y étudier l'épidémie. D'après ses informations, celle-ci a été précédée depuis plusieurs mois d'une période prémonitoire pendant laquelle se présentent non seulement les formes atténuées, mais encore les formes les plus nettement caractérisées du choléra dit asiatique.

M. *Proust* objecte que M. Dutrieux, étant à Alexandrie, ne peut prétendre à donner des renseignements plus sûrs que ceux qui sont fournis par les médecins de Marseille et de Toulon, lesquels ne partagent pas son avis à cet égard.

M. *Jules Guérin* réplique que M. Dutrieux est encore dans ces villes, et qu'il s'y entoure actuellement de tous les renseignements statistiques et cliniques, puisés aux meilleures sources.

M. *Sirus-Pirondi* (de Marseille), correspondant national, proteste contre les accusations formulées contre sa précédente communication par M. Fauvel et maintient son opinion sur la nature asiatique du choléra observé à Marseille.

M. *Léon Colin* maintient, d'après les indications que lui a fournies M. Straus et en réponse à M. Proust, son opinion sur l'importance, au point de vue du diagnostic, de l'aspect riziforme des sécrétions intestinales dans les épidémies de choléra asiatique en général et spécialement dans l'épidémie actuelle.

M. *Gueneau de Mussy*, après avoir rappelé qu'il ne saurait plus y avoir de doute aujourd'hui sur la nature et le mode de développement du choléra qui sévit actuellement à Toulon, à Marseille et ailleurs, déclare qu'il ne veut étudier aujourd'hui que le côté véritablement pratique de la question, c'est-à-dire la prophylaxie du choléra.

A ce point de vue, deux questions priment toutes les autres par leur importance, celle des eaux potables et celle des vidanges.

Au point de vue des eaux potables, M. Gueneau de Mussy demande que les eaux de source soient exclusivement réservées aux usages culinaires; si celles-ci ne sont pas suffisantes, il faut les rationner ou s'en procurer de nouvelles; les eaux de rivière, au contraire, ne doivent être utilisées que pour le lavage des rues et des égouts.

Examinant ensuite la question des vidanges, l'orateur estime que les égouts n'ont pas une pente suffisante, qu'ils ne sont pas balayés par des masses d'eau assez considérables et qu'étant en communication avec l'air des rues ils ne devraient pas servir de réceptacle aux vidanges. Celles-ci devraient être transportées dans des conduits spéciaux; mais puisque à l'heure actuelle cette réforme est irréalisable, il serait du moins indispensable de désinfecter préalablement les matières fécales que l'on envoie à l'égout. Cette désinfection devrait être imposée aux riches, fournie aux pauvres, mais obligatoire pour tous.

Comme corollaire de cette désinfection M. Gueneau de Mussy demande qu'on rende également *obligatoire* la déclaration des maladies contagieuses par les chefs de famille, par les régisseurs des maisons, ou par des médecins chargés spécialement de la recherche de ces maladies.

Enfin, pour assurer l'exécution de ces différentes mesures, l'orateur demande la création d'un *Bureau de la santé publique*, analogue à celui qui existe déjà en Belgique.

M. *Straus* a été appelé ensuite à la tribune pour y lire le mémoire que nous publions textuellement (p. 527). Ce mémoire est accueilli par d'unanimes applaudissements et, sur la proposition de M. H. Roger, l'Académie vote son insertion dans le *Bulletin*.

M. *Bonnafont* donne ensuite lecture d'un travail dont voici les conclusions : 1° le choléra natif et originaire de l'Inde, comme la fièvre jaune de l'Amérique et la fièvre intermittente et pernicieuse de l'Afrique, ne saurait se produire ni s'acclimater en d'autres contrées sans que les germes de cette maladie élaborés et exhalés par le sol marécageux y aient été apportés par des courants atmosphériques ou tout autre véhicule; mais plus fréquemment par l'atmosphère; 2° de même que les fièvres jaunes et intermittentes, le choléra provenant d'un état spécial et insalubre du sol disparaîtra comme elles de partout en prévenant ou en empêchant la décomposition des matières animales et végétales qui en sont les éléments générateurs; 3° toutes les épidémies reconnaissant le même principe, sauf les éléments primitifs spéciaux inhérents à chaque contrée, le résultat s'obtiendra comme il a été partout obtenu pour les fièvres jaunes et intermittentes par l'assainissement du sol, soit en le desséchant par la captation des eaux, soit en le maintenant constamment immergé, toute fermentation et évaporation zymotiques importantes étant ainsi rendues impossibles; 4° des épidémies secondaires peuvent bien se produire sur des points déjà infectés, mais, sauf quelques exceptions, elles n'auront que très rarement le caractère du vrai choléra algide, et ces épidémies iront toujours en diminuant d'intensité pour s'éteindre complètement si l'élément toxique n'est pas renforcé par une nouvelle irruption venue du point d'origine; 5° ce ne sont pas les cadavres des animaux abandonnés sur le sol par les caravanes des pèlerins qui peuvent provoquer les irruptions de cette épidémie, puisque ces habitudes existent de temps immémorial (douzième siècle) chez ces peuples et que le choléra asiatique et épidémique n'a fait son apparition en Europe, en Afrique et en Amérique que depuis le commencement du siècle (les caravanes ne sont et n'ont été que le véhicule de transmission); 6° pour combattre ce fléau, il faut nécessairement diriger les travaux vers le pays d'où il vient et les appliquer à la source même où il se développe. Partout ailleurs les mesures, si complètes et si intelligentes qu'elles soient, ne sauraient avoir qu'un résultat éphémère, presque nul. Les mesures que l'on a prises et qu'on prend encore, bien que très rationnelles, font penser à cet agronome qui, pour se débarrasser d'un arbre dont l'ombrage nuit à tout ce qui l'entoure, se contente d'élaguer de temps en temps quelques branches. Ces améliorations apportées aux contrées cholérigènes, les quarantaines d'une efficacité douteuse, mais si nécessaires au point de vue social, n'auraient plus aucune raison d'être; 7° l'Angleterre, ayant été, involontairement sans doute, la cause première de la destruction du régime des eaux et par suite de la formation des foyers infectieux où s'élabore l'élément cholérifère, et en raison de son immense commerce et des intérêts qui la lient à ce pays, étant la plus intéressée à faire disparaître les irruptions du choléra en Europe, ou tout au moins à diminuer son intensité locale, c'est à elle que

devrait incomber le devoir d'entreprendre seule, ou en faisant appel aux autres puissances, une œuvre si essentiellement hygiénique et humanitaire.

Et si, comme l'a assuré l'honorable professeur Clarke en 1878 au Congrès scientifique de Cork, l'Angleterre a déjà commencé ces travaux d'assainissement, on ne peut que l'encourager et même l'aider à les continuer.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 23 JUILLET 1884.— PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Kyste osseux du sinus frontal : M. Monod.— Des ostéites spécifiques. Rapport : M. Chauvel. — Kyste para-ovarien; injection iodée; accidents très graves : M. Bouilly. — Polype naso-pharyngien; ligature de la carotide primitive : M. Verneuil. — Résection du maxillaire supérieur : M. Tillaux.

M. *Monod* donne lecture d'une observation de kyste osseux du sinus frontal dont il a parlé à la dernière séance. La malade, opérée par M. Rouge, s'est parfaitement rétablie et reste encore guérie après quatorze ans.

— M. *Chauvel* fait un rapport sur un travail de M. Poulet touchant les ostéites spécifiques. D'après cet anatomo-pathologiste, chaque ostéite a des caractères particuliers, qui permettent de la différencier des autres; de sorte qu'à l'inspection des lésions on peut, sans autres recherches étiologiques ou symptomatiques, affirmer la nature de l'ostéite. Le dessin d'un crâne syphilitique envoyé par l'auteur est des plus démonstratifs à cet égard.

— M. *Bouilly* rapporte une observation très intéressante de M. Jeannel. Une femme portait un kyste uniloculaire de l'ovaire qu'on ponctionna une première fois, et dont on retira environ 1800 grammes d'un liquide clair, limpide sans crochets, caractères propres aux kystes para-ovariens. Un mois après le liquide s'était reproduit, contrairement à ce qui arrive, en général, dans cette variété de kyste. M. Jeannel fit alors une nouvelle ponction aspiratrice, lava la poche avec une solution phéniquée à 1/100, et injecta 560 grammes d'une solution de teinture d'iode à 50 pour 100. Il fut impossible de retirer ce liquide. Aussitôt la malade fut prise d'accidents syncopaux qui mirent pendant plusieurs heures sa vie en danger; on dut avoir recours à des révulsifs nombreux et puissants : injections d'éther, marteau de Mayor, courants continus, etc.; les jours suivants se développèrent des accidents d'iodisme; finalement la malade échappa aux suites opératoires; mais est-elle guérie de son kyste?

Les injections de teinture d'iode, conclut M. Jeannel, même dans les kystes para-ovariens, sont graves et dans le cas particulier l'ovariotomie eût fait courir à la malade moins de dangers que l'injection iodée. M. Bouilly partage, à cet égard, l'opinion de M. Jeannel, et il pense que, ainsi que l'a déjà admis la Société de chirurgie, dans les cas de kystes para-ovariques, on doit d'abord faire une ou plusieurs ponctions simples, qui parfois pourront amener la guérison définitive; si ces ponctions ne donnent aucun résultat, il faut avoir recours d'emblée à l'ovariotomie.

M. *Tillaux* est étonné que M. Jeannel ait cru devoir se servir d'un trocart aspirateur, un trocart ordinaire aurait permis au liquide injecté d'être évacué sans difficulté. Les 560 grammes de solution iodée représentent 280 grammes de teinture d'iode, pourquoi cette énorme quantité? Bonnet n'injectait que 100 grammes ne contenant que 60 grammes de teinture d'iode.

M. *Lucas-Championnière* pense que l'observation précédente prouve encore une fois que les kystes para-ovariques ne guérissent pas après les ponctions simples ou suivies d'injection iodée. En conséquence, ces kystes sont justiciables de l'ovariotomie à peu près au même titre que les autres kystes de l'ovaire.

M. *Bouilly* reconnaît, avec M. Tillaux, que la quantité de liquide injecté a été trop considérable; mais il croit que les accidents observés n'ont pas été produits par la résorption de l'iode, mais par son action mécanique, irritative sur les parois du kyste.

Quant à l'avis de M. Championnière, d'après lequel on doit opérer tout kyste para-ovarique qui ne guérit pas après une première ponction, M. Bouilly ne saurait le partager. Plusieurs de ces kystes, en effet, ne guérissent qu'après des ponctions répétées.

Avant de descendre de la tribune, l'orateur signale à la Société un mémoire sur trois ovariotomies que lui a envoyé M. Leriche (de Mâcon). Ce chirurgien a, dans ces trois faits, lié le pédicule avec du fil de soie. Ce fil, d'après M. Bouilly, est en effet bien préférable au catgut.

M. *Lucas-Championnière* préfère de beaucoup le catgut à la soie; son emploi s'impose absolument lorsqu'il faut faire de nombreuses ligatures sur le pédicule.

M. *Tillaux* reconnaîtrait les avantages du catgut si cette substance était toujours également bonne; mais rien n'est plus inconstant que ses qualités; la soie est donc plus fidèle, et ne présente pas plus d'inconvénients que le catgut par son séjour dans les tissus.

— M. *Verneuil* rappelle qu'à une précédente séance, il a montré un jeune homme atteint d'un polype naso-pharyngien récidivé, remarquable par son extrême vascularité. Suivant l'avis émis à ce moment par le plus grand nombre des membres de la Société, ce malade a été soumis à des injections de perchlorure de fer. Sous leur influence, la tumeur s'accrut très rapidement, s'enflamma et menaça de se rompre. Pour prévenir les hémorrhagies au cas de l'ouverture de la tumeur, la carotide primitive fut liée. L'opération fut des plus simples, elle ne fut signalée par aucun incident. Ses résultats sur la marche du néoplasme furent d'ailleurs excellents : les battements cessèrent, les phénomènes inflammatoires se calmèrent et peu à peu la tumeur s'affaissa. Le fil de la ligature tomba le quinzième jour. Au bout d'un mois, le malade commença à se lever et à se promener. A ce moment, il ne restait plus de la plaie chirurgicale qu'une petite surface granuleuse. Cette surface devint le point de départ à cette époque d'un érysipèle qui guérit, mais pendant son évolution une portion de la carotide liée se sphacéla et le malade fut pris d'hémorrhagie quelques jours après. Ces hémorrhagies se reproduisirent malgré tous les efforts faits pour les arrêter, et le malade finit par succomber. A l'autopsie, on constata que la tumeur était formée de tissu fibreux avec un très riche réseau vasculaire dans son intérieur; la base du crâne était perforée au niveau de la fosse sphénoïdale et le néoplasme avait fait irruption par ce point dans la boîte crânienne; d'ailleurs aucun symptôme pendant la vie du malade n'avait révélé cette complication. Le bout supérieur de la carotide était parfaitement oblitéré, mais le bout inférieur avait en partie disparu et il ne restait plus attenant à l'aorte qu'un bout de carotide long de 2 à 3 centimètres.

M. *Trélat* croit que les polypes naso-pharyngiens guérissent fréquemment avec l'âge et il ne pense pas que le fait de M. Verneuil vienne à l'encontre de cette opinion, puisque son malade n'avait pas encore l'âge où ces guérisons spontanées ont lieu.

Relativement à l'hémorrhagie qui a emporté le malade, on peut la mettre sur le compte soit de l'érysipèle, soit du fil de soie employé pour la ligature, n'ayant pas permis une réunion par première intention et ayant entravé le travail réparateur qui assure ordinairement l'hémostase définitive dans toute ligature. Quoi qu'il en soit, cette mortification d'une aussi

grande étendue d'un vaisseau est rare, et jamais M. Trélat ne l'a observée.

M. *Lucas-Championnière* impute la mortification du vaisseau à l'usage du fil de soie; malgré toutes les autres précautions antiseptiques, la plaie est restée septique du fait de ce fil inorganique, la réunion par première intention ne s'est pas faite et, sous l'influence de la suppuration prolongée, les parois vasculaires se sont sphacélées.

M. *Polaillon* a lié, il y a quelque temps, la carotide externe avec le catgut pour un cancer de l'amygdale. Au quinzième jour, la plaie était guérie et cependant une hémorrhagie se fit qui emporta le malade. A l'autopsie, on trouva que l'hémorrhagie s'était faite par le bout inférieur du vaisseau. D'après cela, il semble que la nature du fil ne met pas à l'abri des hémorrhagies.

M. *Marc Sée* croit que l'hémorrhagie chez le malade de M. Verneuil n'est pas due, ainsi que le pense M. Trélat, au défaut du travail réparateur qui ordinairement assure l'hémostase définitive, car dans ce cas l'hémorrhagie se serait produite de suite et non deux mois après; il est plus probable que l'érysipèle, en provoquant la mortification de l'artère, est la cause de l'hémorrhagie.

— M. *Tillaux* présente un malade chez lequel il a pratiqué la résection du maxillaire supérieur droit pour une tumeur osseuse. Le malade est guéri et porte un appareil prothétique, fabriqué par M. Beauregard, qui comble parfaitement la perte de substance.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 26 JUILLET 1884. — PRÉSIDENCE DE M. FRANÇOIS-FRANCK.

Acide phosphorique et phosphore incomplètement oxydé dans l'urine des épileptiques : M. Lépine. — Recherches des bacilles dans les produits tuberculeux crétacés : M. Déjerine. — Nouvelle disposition pour le dessin à la chambre claire : M. Malassez. — Évolution des « cérocomes » : M. Beauregard. — Gangrène symétrique des deux pieds d'origine névritique : MM. Pitres et Vaillard. — Développement des fibres de la substance blanche de la moelle des mammifères : M. Vignal. — De la préservation cuprique : M. Burq.

M. *Lépine* adresse une note sur l'acide phosphorique et le phosphore non complètement oxydé dans l'urine des épileptiques. Il fait d'abord remarquer que les conclusions de M. Mairet relatives à ce sujet sont à peu près identiques à celles qu'il avait déjà formulées lui-même en 1879, dans un travail publié en collaboration avec M. Jacquin dans la *Revue mensuelle*. Il insiste ensuite sur ce point que « l'excrétion des phosphates par l'urine ne donne que, sous réserves, des renseignements certains sur l'étendue des échanges nutritifs »; aussi attache-t-il une importance plus grande à la proportion du phosphore incomplètement oxydé contenu dans l'urine.

— M. *Déjerine* s'est proposé de rechercher si les masses calcifiées qu'on rencontre fréquemment dans le poumon des vieillards, et qui sont évidemment le reliquat d'un processus tuberculeux arrêté dans son évolution, renferment ou non des *bacilles*. En soumettant les noyaux crétacés à la porphyrisation, dans dix cas différents, M. Déjerine a vu que, sauf dans un seul cas, les bacilles ont toujours fait défaut dans la tuberculose crétacée, et que, dans les cas où le noyau était à la fois crétacé au centre et calcifié ou caséo-calcifié à la périphérie, le centre ne présentait pas de bacilles. La présence des bacilles de Koch dans les zones plus molles et périphériques paraît être très fréquente, au contraire, d'après les observations citées par l'auteur, ce qui montre bien la nature tuberculeuse parasitaire de ces lésions.

— M. *Malassez* a déjà montré que, quand on emploie la chambre claire de Doyère-Milne-Edwards, on obtient une image étalée latéralement, de telle sorte que le dessin d'une préparation se trouve déformé dans les parties les plus éloignées du microscope; on corrige cette erreur en inclinant obliquement le papier sur lequel on suit les contours de l'objet. Mais, pour obtenir le degré d'inclinaison convenable, il faut tenir compte de ce qu'il appelle l'angle de la chambre claire; c'est sur ce principe qu'est fondée la modification qu'il propose d'introduire dans l'installation nécessaire à la reproduction des préparations à la chambre claire.

— M. *Beauregard*, ayant pu étudier l'évolution d'une chrysalide de cérocome, s'est assuré que, comme les sitaris et les zonitis, cet insecte subit les transformations qui caractérisent l'hypermétamorphose, et que la larve vit en parasite dans les cellules de certains hyménoptères.

— M. *Vaillard* communique, au nom de M. Pitres et au sien, une Note sur un cas de gangrène massive et symétrique des deux pieds, survenue spontanément chez une jeune femme atteinte d'hydropisie ventriculaire et de périencéphalite chronique. Le cœur était normal; les artères et les veines des membres inférieurs étaient absolument saines au-dessus des parties sphacélées; seuls, la moelle et les nerfs des membres inférieurs ont présenté des altérations. La moelle est le siège d'une sclérose diffuse légère occupant les deux cordons antéro-latéraux et les 4/5 antérieurs des cordons postérieurs. Tous les fragments des nerfs du tiers inférieur des deux jambes sont profondément altérés; on n'y trouve plus une seule fibre nerveuse saine; ils sont formés de gaines vides et par des masses de myéline isolées ou par des leucocytes gorgés de gouttelettes de myéline. Les ganglions rachidiens sont normaux. Cette observation fournit un exemple de gangrène d'origine névritique. « La symétrie exacte de la gangrène, l'absence des altérations cardio-vasculaires ou dyscrasiques qui déterminent d'ordinaire les gangrènes spontanées, l'existence de lésions profondes dans les extrémités périphériques des nerfs des membres inférieurs rendent au moins cette opinion très vraisemblable. »

— M. *Vignal* adresse une Note qui fait suite à ses précédentes études sur le développement des fibres de la substance blanche de la moelle des mammifères. (Ce travail n'a point été autrement communiqué; voy. le *Compte rendu* officiel.)

— M. *Burq* dépose sur le bureau son ouvrage sur la préservation cuprique.

SÉANCE DU 2 AOUT 1884. — PRÉSIDENCE DE M. FRANÇOIS-FRANCK.

Suggestion comme cause d'un grand nombre de phénomènes hypnotiques : M. Bernheim. — Applications thérapeutiques de la suggestion : M. Bernheim. — Effets de la suggestion sur les actes organiques : M. Beaunis. — Microbe de la septicémie : M. Charrin. — Psorospermies dans un abcès pleural : MM. Künteler et Pitres. — Formation du spermaceti : MM Beauregard et Pouchet. — Nature parasitaire de l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire : MM. Galippe et Malassez. — Appareil enregistreur de l'absorption radiculaire : MM. Loye et Regnard. — Altérations du chloroforme : MM. P. Bert et Dubois. — Hydratation des œufs de couleuvre : M. Dubois. — Thermographe clinique : M. Gallois.

M. *Bernheim* (de Nancy) adresse une note lue par M. Beaunis sur l'importance de la *suggestion*, qui lui paraît fournir la clef de tous les phénomènes hypnotiques qu'il a observés. Par exemple, pour changer la résolution hypnotique en catalepsie, il suffit de suggérer au sujet l'idée qu'un membre va rester fixe, soit par le changement d'attitude qu'on imprime à ce membre, soit par l'affirmation qu'il va rester dans la position qu'on lui donne. L'hypnotique, en effet, quoique détaché en apparence du monde extérieur,

entend tout et obéit passivement à l'idée suggérée. Sur aucun de ses sujets, M. Bernheim n'a pu obtenir sans suggestion le transfert d'une contracture, d'une anesthésie, etc., pas plus que le transfert d'une douleur localisée. M. Bernheim ne prétend pas interpréter par la suggestion tous les phénomènes constatés par d'autres observateurs; il indique seulement la part capitale qui revient à la suggestion dans les actes hypnotiques qu'il a étudiés.

— M. *Bernheim* développe, dans une seconde communication, les effets thérapeutiques qu'il a obtenus à l'aide de la simple suggestion chez des sujets hypnotisés; il relate trois cas de guérison de troubles choréiques des mouvements de l'écriture, avec observations détaillées et spécimens des modifications de l'écriture à l'appui.

— M. *Beaunis*, dans le même ordre d'idées, montre que certains actes organiques sur lesquels la volonté du sujet ne peut avoir de prise, sont susceptibles d'être modifiés, dans le sens indiqué par l'opérateur, au moyen de la suggestion sur des sujets hypnotisés : sur une jeune somnambule, les mouvements du cœur ont été ralentis ou accélérés, comme le montrent les tracés du pouls, à la volonté de l'expérimentateur; il a suffi d'affirmer plusieurs fois au sujet que son cœur battait moins vite ou plus vite pour voir la fréquence du pouls se modifier.

Mais, si la suggestion permet d'expliquer, ainsi que M. Beaunis l'admet avec M. Bernheim, un grand nombre des phénomènes de l'hypnotisme, elle ne suffit pas pour les interpréter tous : une femme, étant endormie dans une pièce voisine de celle où un autre sujet est également hypnotisé, a été avertie qu'elle se réveillera au moment où l'autre sortira du sommeil hypnotique; on réveille cette dernière par la simple application de la main sur le front, et la première se réveille aussitôt. Aucune notion du réveil de l'une n'a pu influencer l'autre.

— M. *Charrin* a constaté que, chez les lapins morts du charbon bactéridien, il peut se développer quelques heures après la mort un microbe particulier, qui, inoculé à d'autres lapins, les tue par septicémie en une vingtaine d'heures. Il décrit les caractères de cet élément, les altérations trouvées dans les viscères, et se demande si la septicémie qu'il a provoquée se confond avec celles dont l'organisme a été déjà isolé ou constitue une espèce particulière; il s'arrête surtout à la comparaison de cette affection avec celle qu'a décrite récemment M. Goffky, et avec la maladie produite par M. Pasteur avec les éléments de la salive d'un enfant rabique (1880); il conclut en faveur de la différence en ce qui concerne la forme de septicémie décrite par Goffky, mais ne peut se prononcer au sujet de celle qu'a étudiée Pasteur.

— MM. *Küntsler* et *A. Pitres* adressent à la Société, par l'entremise de M. Blanchard, une note sur la présence de corpuscules falciformes dans le pus extrait de la cavité pleurale d'un malade atteint de pleurésie chronique. Ces corpuscules sont analogues à ceux qui constituent les corps reproducteurs des psorospermies, et sont renfermés dans des vésicules formées d'une membrane cuticulaire contenant à son centre de petites vésicules protoplasmiques qui paraissent être l'homologue du nucléus de reliquat des protozoaires; les corpuscules sont accumulés à la périphérie au contact de la membrane. On a évidemment là une forme d'abcès pleural parasitaire, sans qu'on puisse actuellement trancher la question de provenance, de mode de pénétration, etc.

— M. *Beauregard* communique, au nom de M. Pouchet et au sien, les résultats de recherches sur le lieu de formation du spermaceti. Chez le cachalot, qui ne possède qu'un seul évent et un seul canal nasal, on peut supposer que ce produit se forme dans la cavité préfontale, aux dépens d'une muqueuse à structure cryptoïde, analogue à celle des amygdales. La comparaison de la disposition des parties chez le cachalot et chez le dauphin amène à supposer que, chez le premier, l'un des deux canaux nasaux s'est atrophié, et que sa portion postérieure, cryptoïde, s'est développée d'une façon exagérée, arrivant à constituer un organe sécréteur important.

— MM. *Galippe* et *Malassez* décrivent comme affection parasitaire et infectieuse l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire, bien étudiée en 1867 par M. Magitot au point de vue de sa marche et de ses lésions, mais mal connue dans son mécanisme et ses causes. La pénétration des micro-organismes de la salive dans l'intervalle qui sépare la gencive du collet de la dent, se produit à la suite des décollements provoqués par une cause mécanique quelconque, et notamment par l'accumulation du tartre; ces éléments déterminent, soit par action directe, soit à la suite de l'inflammation qu'ils provoquent, la destruction du ligament alvéolo-dentaire et du cément auquel s'attache ce ligament. Le traitement, dès lors nettement indiqué, doit être à la fois chirurgical et antiseptique; on doit détruire la muqueuse gingivale dans toute l'étendue de la résorption du rebord alvéolaire, et introduire dans les clapiers une solution de sublimé à 3 ou 4 pour 1000.

— MM. *Loye* et *Regnard* décrivent un appareil destiné à enregistrer l'absorption du liquide par les racines des plantes. (Voy. la figure dans le *Compte rendu* officiel.)

— M. *Dubois* présente, au nom de M. P. Bert, un chloroforme altéré fourni par l'une des principales maisons de Paris; les altérations ne résultent pas d'une sophistication, mais de l'action décomposante de la lumière qui s'est exercée lentement. C'est la même modification qui a été étudiée il y a plusieurs années par M. Rabuteau.

— M. *Dubois*, étudiant comparativement, au point de vue de leur richesse en eau, les œufs de couleuvre fécondés ou dépourvus d'embryon, a constaté que les premiers renfermaient une quantité d'eau beaucoup plus notable.

— M. *Gallois* a fait construire un thermographe fondé sur le même principe que celui de M. Marey, mais présentant une disposition différente et complété par l'addition d'un appareil correcteur.

— A cinq heures et demie, la Société se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à une place vacante de membre titulaire. L'élection aura lieu dans la dernière séance de l'année, le samedi 16 août.

Société de médecine interne de Berlin.

SÉANCE DU 14 JUILLET 1884.

Du choléra : traitement et prophylaxie.

Le docteur *Kronecker* fait observer que le choléra provoquera prochainement « une véritable mobilisation du personnel médical, et qu'il importe de préparer pour cette lutte une arme aussi simple que possible ». Cette arme, simple et héroïque quoique non nouvelle, il la trouve dans l'injection intra-organique d'une solution de chlorure de sodium. Si ce traitement a conduit à des mécomptes, cela tient à des défauts d'application. Le dosage n'est pas chose indifférente, et l'expérience sur les animaux ne suffit pas à donner des renseignements précis : tel animal supporte bien une dose qui fait périr un autre animal. Chez l'homme, il semble, d'après les résultats des injections hypodermiques ou des injections nasales, que la solution de 73 centigrammes de chlorure de sodium sur 100 parties d'eau soit la mieux supportée.

Faut-il adopter comme méthode générale l'injection intra-artérielle, intraveineuse ou simplement sous-cutanée? Kronecker a toujours injecté la solution dans les veines; c'est

le système le plus sûr. Seulement il faut avoir soin de ne pas laisser pénétrer plus d'un volume de 20 centimètres cubes par seconde. On peut employer tout simplement le flacon gradué dont on se sert pour les lavages de la plèvre, en prenant les précautions nécessaires.

Le professeur *Leyden* remercie M. Kronecker d'avoir engagé une question qui préoccupe l'Europe entière. Il ne pense pas que le danger soit aussi immédiat qu'on a bien voulu le prédire, néanmoins il est bon de s'y préparer.

Le docteur *Guttmann* ignore si la transfusion de sel de cuisine est capable de remédier à l'énorme déperdition d'eau dans le choléra, et il pense que beaucoup partagent son ignorance. C'est pourquoi il demande la nomination d'une commission qui serait chargée de faire un rapport sur les mesures thérapeutiques et prophylactiques, sur le tableau clinique si varié de l'affection, sur les lésions anatomo-pathologiques. Les recherches de Koch n'ont aucunement élucidé la question du traitement. Toutefois elles semblent autoriser des tentatives plus sérieuses que celles faites jusqu'ici, de la médication antiparasitaire.

Le professeur *Fraentzel* rappelle qu'en 1866, lors de la dernière épidémie grave observée à Berlin, l'on essaya déjà, sous l'impulsion de de Græfe et de Traube, de combattre la déperdition des liquides de l'organisme. Dans les hôpitaux, l'injection de solution de sel dans le tissu cellulaire ne conduisit à aucun résultat; il a pu s'en convaincre lui-même. Des injections par d'autres procédés restèrent tout aussi inefficaces. Pour lui, il se déclare convaincu de l'inutilité de la transfusion d'eau salée, excepté peut-être de la transfusion intraveineuse, au sujet de laquelle il n'a pas d'expérience personnelle.

En tous cas, il faudra insister sur la nécessité des mesures de désinfection et sur l'antisepsie, qui lui paraît très négligée depuis deux ans.

Le docteur *Guttmann* annonce que depuis hier l'hôpital de Moabit est destiné à recevoir les cholériques (il s'agit d'un hôpital baraqué, véritable modèle du genre, admirablement disposé pour cette destination spéciale); tous les moyens de désinfection sont prévus. Il émet l'idée originale que, même dans les plus grandes villes, il est préférable de n'avoir qu'un hôpital de cholériques; les hôpitaux multiples créent ou peuvent créer des foyers secondaires, et il n'est pas possible d'y réunir les moyens hygiéniques et thérapeutiques qui conviennent à des cholériques.

Le docteur *Lœwenstein* n'a qu'une médiocre confiance dans l'injection préconisée. Tous les praticiens savent que précisément, dans le stade asphyxique, on obtient des résultats inespérés, et par quels moyens? Par des méthodes qui précisément amènent une déperdition de liquides : des bains, des sudorifiques, etc. Si l'infusion est un analeptique pour le cœur, bien; si ce n'est qu'un moyen de remplacer l'eau perdue, c'est de la thérapeutique à peine justifiée par la théorie.

Le docteur *Goltdammer* attire l'attention sur les moyens de transport. Des personnes seront attachées à l'hôpital, qui noteront le fiacre et veilleront à sa désinfection.

Après quelques mots du docteur Wernich sur l'importance qu'il y a à s'occuper de la thérapeutique du choléra, la Société nomme une commission de sept membres, conformément au désir de Guttmann. (*Wien. med. Presse*, 1884, n° 30.)

Ophthalmological Society of the united Kingdom.

SÉANCE DU 5 JUIN 1884.

Rapport de la commission sur la prophylaxie de l'ophthalmie des nouveau-nés. — Diplopie uniooulaire. — Tubercule de la choroïde. — Kyste séreux de l'iris. — Strabisme concomitant à la suite d'une grave blessure du crâne. — Névrite optique associée à une myélite aiguë.

M. *W.-A. Brailey* lit le rapport de la commission sur la prophylaxie de l'ophthalmie des nouveau-nés. Ce rapport commence par établir qu'il résulte d'une enquête faite dans un très grand nombre d'écoles de la Grande-Bretagne, que la cause la plus ordinaire de cécité est l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. En raison de cela il y a lieu de faire connaître au public les premiers phénomènes qui annoncent le début de l'affection, afin que les parents puissent de suite faire appeler un médecin. Suivent les dispositions relatives à la distribution des secours médicaux variables suivant les diverses régions du Royaume uni.

— M. *Targett* montre un malade, âgé de cinquante-six ans, qui offre au plus haut point les phénomènes du malade présenté par MM. Gunn et Anderson dans le dernier congrès de la Société. Il a une paralysie du muscle droit externe de l'œil droit, avec dilatation et immobilité de la pupille. Il raconte de la façon la plus nette qu'il a une diplopie uniocu-laire de ce côté, mais seulement dans la moitié externe du champ visuel. Il a perdu la perception du rouge et du vert. Le réflexe rotulien du côté droit est plus faible que celui du côté gauche. Il est atteint d'incontinence nocturne d'urine, qu'aucune cause locale ne peut expliquer. On ne trouve chez lui aucun des symptômes ordinaires de l'ataxie locomotrice, mais il est probablement syphilitique.

— M. *P.-H. Mules* exhibe un dessin coloré représentant un exemple type de tubercule miliaire de la choroïde; on y voit l'image ophthalmoscopique et des coupes microscopiques. La malade était une petite fille, âgée de dix ans, qui mourut de tuberculose miliaire aiguë, quatorze jours après qu'elle fut devenue complètement aveugle. A l'autopsie, on trouva des tubercules dans les poumons, les reins, le foie, la rate, les méninges crâniennes et la choroïde. Le dessin, mis sous les yeux des membres de la Société, a été fait deux jours avant la mort; il montre une double névrite optique, autour de la papille on voit des deux côtés huit ou dix nodules circulaires, d'un blanc jaunâtre au centre, et se fondant graduellement à leur périphérie avec la couleur naturelle de la choroïde. Plusieurs de ces taches choroïdiennes sont traversées par un vaisseau rétinien.

— M. *W. Adams Frost* présente un cas de kyste séreux de l'iris, chez un homme âgé de vingt-huit ans. Il y a vingt-quatre ans, cet œil fut blessé par une fourche et le développement du kyste date de cette époque. Il y a dix ans, une iridectomie fut pratiquée. Le kyste occupe le quart supérieur et interne de la chambre antérieure. La partie inférieure de sa face postérieure est recouverte d'une couche de pigment uvéen. Cette affection a été étudiée par M. Hulke (*Ophthalm. Hosp. Report*, vol. VI) et par M. de Wecker (*Gräfe Sämisch Handb*, vol. IV, p. 540). Relativement au traitement, dans le cas de M. Hulke, l'augmentation de volume du kyste donna lieu à une ophthalmie sympathique de l'autre œil, qui rétrocéda après l'excision du kyste. Dans les autres cas, l'ablation du kyste détermina la fonte purulente de l'œil. Dans le cas présent, le kyste étant en contact avec la cornée et le cristallin et s'étendant jusqu'à la périphérie de la chambre antérieure, il est probable que son excision serait très difficile et très dangereuse.

— MM. *Critchett* et *Juler* présentent un garçon, âgé de quatorze ans, qui reçut une blessure grave au crâne le 7 février dernier. Quatre jours après l'accident les yeux de-

vinrent convergents et le malade accusa de la diplopie. A aucun moment il n'avait eu de perte de connaissance. Il se rétablit promptement et complètement de sa blessure, mais le strabisme persista. On l'attribua d'abord à la paralysie, mais en examinant le malade on constata qu'il était hypermétrope (5 D). Les déviations primitive et secondaire étaient égales. Le champ du regard gauche était normal, à gauche il y avait une diminution de puissance du droit externe. Le strabisme pour ces raisons fut considéré comme concomitant.

— M. *Sharkey* lit un travail fait en collaboration avec M. Lawford sur un cas de névrite optique associée à une myélite aiguë. Une jeune fille, âgée de dix-sept ans, non syphilitique, voit sa vue commencer à faiblir sans cause le 9 novembre 1885 et le 13 du même mois elle était complètement aveugle. Trente-trois jours après la perte de la vue, elle commença à éprouver des symptômes de paralysie du mouvement et du sentiment dans les membres inférieurs. Peu à peu la paralysie s'accentua et gagna les membres supérieurs. Elle eut des phénomènes vésicaux et de l'incontinence des matières fécales. Enfin elle mourut. A l'autopsie : péritonite, cystite et néphrite suppurée. Les yeux, l'encéphale et ses membranes paraissent sains; mais la moelle dans une étendue de deux ou trois pouces à la région cervicale est congestionnée très fortement et ramollie, ses membranes sont épaissies; le reste de l'axe médullaire paraît normal. Au microscope on constate une inflammation aiguë de la moelle cervicale au niveau du cordon de Goll ; le renflement lombaire, le nerf optique, la papille, le chiasma, les bandelettes optiques sont aussi le siège de lésions inflammatoires. L'intérêt de cette observation réside dans la coexistence de lésions inflammatoires dans la moelle et dans les nerfs optiques. Cette coexistence a été depuis longtemps signalée à propos des traumatismes de la moelle, mais il n'y a que très peu de temps que l'attention des observateurs a été attirée sur ces cas de myélite et de névrite optique associées, en dehors de tout traumatisme médullaire. Clifford Allbutt, Seguin Noyes, Weffen, Erle et plus récemment Dreschfeld et Chisholm ont signalé ces faits.

Obstetrical Society of London.

SÉANCE DU 4 JUIN 1884.

Résorption spontanée et guérison d'une thrombose pulmonaire. Révolutions fœtales.

M. *Playfair* rapporte un cas d'accidents très sérieux s'étant présentés à la suite d'un accouchement prolongé et difficile. Il analyse les symptômes offerts par la malade et s'attache à démontrer qu'ils ne peuvent s'expliquer que par l'hypothèse d'un thrombus développé dans l'artère pulmonaire et s'étant spontanément résorbé. Il fait remarquer que la possibilité de guérison dans les cas semblables n'a pas été suffisamment signalée.

Une discussion très intéressante s'engage sur le mécanisme de la formation et de la disparition de ces thromboses.

— M. *Matthews Duncan* estime que les révolutions du fœtus (qu'il convient de distinguer des rotations) ont été trop négligées dans l'étude du mécanisme de l'accouchement. Il montre les difficultés introduites par les courbes particulières du canal génital, qui est plutôt une parabole qu'un cercle (cercle de Carus). Il fait ressortir que le mécanisme du dégagement de la tête, de la flexion, de l'extension est imparfaitement et mal compris, parce qu'on n'étudie pas les attitudes diverses du fœtus nécessitées par sa révolution. L'orateur décrit les diverses variétés de révolution observées dans les différentes présentations.

Royal medical and chirurgical Society.

SÉANCE DU 10 JUIN 1884.

Difformité de la colonne vertébrale. — Forme particulière d'amnésie.

M. *Arbuthnot Lane* lit une Note sur trois variétés de difformité de la colonne vertébrale qu'on observe chez les ouvriers qui portent de lourds fardeaux. Chez eux les courbures normales de la colonne se modifient pour transmettre le plus avantageusement possible au bassin et aux membres inférieurs le poids qu'ils supportent. Il est infiniment probable qu'il y a d'autres variétés que celles décrites par l'auteur. La première variété s'observe chez les ouvriers dont le travail consiste à porter des fardeaux sur leur épaule droite, par exemple les haquetiers. Chez ces individus le rachis forme une forte convexité à droite, et les premières vertèbres cervicales et dorsales sont incurvées plus qu'à l'ordinaire. La légère rotation des corps vertébraux s'accompagne aussi de déviation des côtes. Dans la partie inférieure de la colonne, on observe des courbures de compensation. La deuxième variété se voit chez les gens qui portent des fardeaux sur le dos. Ici la pression produit des déformations du corps et des disques intervertébraux de la cinquième, sixième et septième vertèbre cervicale, une lordose progressive et des altérations des corps vertébraux des dernières dorsales et des premières lombaires. Il peut aussi se produire une légère déviation latérale due à une plus grande usure des corps vertébraux d'un côté que de l'autre. La troisième variété se rencontre chez les individus qui portent des fardeaux sur la tête. La déformation porte sur la région cervicale, où existe une incurvation latérale très marquée à droite. L'axis et la troisième cervicale sont souvent fusionnées ensemble ; le corps et les fibro-cartilages des vertèbres cervicales sont modifiés par la pression et peuvent même disparaître de façon à produire une synostose.

— M. *Broadbent* lit un travail sur une forme particulière d'amnésie, consistant dans la perte des noms. Le malade, qui en est le sujet, était un homme de soixante-sept ans. Il avait eu une légère attaque d'hémiplégie droite avec prédominance des phénomènes du côté de la face et hémianesthésie; en même temps la faculté du langage avait été atteinte. Pendant cinq ans, il ne prononça pas un substantif; quand il désirait quelque chose, il s'exprimait ainsi : « Veuillez me donner la... chose. » Son état mental était d'ailleurs absolument normal. Les lésions trouvées après sa mort étaient limitées à l'hémisphère gauche du cerveau, et consistaient en une très légère dépression à la partie postérieure du noyau intraventriculaire du corps strié, légère atrophie du thalamus, atrophie complète de l'ergot de Morand et ramollissement au niveau de la scissure de Sylvius dans sa moitié postérieure, respectant les circonvolutions antérieures et antéro-latérales de l'insula, la troisième frontale et le pied des deux circonvolutions de Rolando, mais détruisant complètement les deux circonvolutions postérieures de l'insula, etc. L'auteur entre dans des considérations hypothétiques sur le mécanisme du langage. Il suppose que dans le cerveau se trouvent des départements moteurs et sensitifs; les premiers sont instruits, pour ainsi parler, par les seconds.

West London medico-chirurgical Society.

SÉANCE DU 2 MAI 1884.

Cure radicale des hernies. — Hernie de Littre. Grossesse extra-utérine.

M. *Swinford Edwards* montre trois malades chez lesquels on a pratiqué la cure radicale des hernies. Le premier est un homme de quarante ans, porteur d'une hernie inguinale étranglée; le taxis ayant échoué, on ouvrit le sac, on débrida au niveau de son collet et on rentra l'intestin. Après la ligature et la résection d'une portion de l'épiploon, on enleva le sac en le sectionnant tout près de son collet, les piliers furent ensuite suturés ensemble à l'aide de trois points de fil métallique. Vu un an après, le malade paraissait bien guéri et avait repris son métier. Dans le second cas, il s'agit d'une femme également atteinte d'une hernie inguinale réductible; elle fut opérée, sur sa demande, de la même façon et guérit très rapidement. Enfin la troisième opération a été pratiquée chez une petite fille de douze ans, qui avait une hernie inguinale réductible; guérison. M. Edwards a, dans toutes ces opérations, employé les procédés antiseptiques; il attache une très grande importance au drainage, au pansement à l'iodoforme et à l'application d'une pression soutenue et régulière obtenue par la bande d'Esmarch.

— M. *Keetley* présente quelques remarques sur un cas de hernie de Littre. Une femme de quarante ans est admise à West London hospital pour une hernie fémorale droite. Depuis cinq jours, elle présente des signes d'obstruction incomplète : vomissement, douleur, sensibilité à la pression. Le sac est ouvert et la réduction est facilement obtenue; une portion de la paroi de l'intestin de la dimension d'une demi-couronne environ étant étranglée et d'une coloration noirâtre est réséquée et les lèvres de la perte de substance suturées. Mort trente heures après. A l'autopsie la portion étranglée est trouvée complètement noire, et cette coloration s'étend à un pouce au-dessus et au-dessous de l'étranglement. Pas de péritonite.

— M. *Alderson* a donné ses soins à une malade âgée de trente ans, mariée et ayant un enfant de douze ans. Elle avait été soumise à un traitement médical pour un écoulement vaginal brunâtre et un cathétérisme très douloureux avait été pratiqué. Quand M. Alderson la vit pour la première fois, elle avait de la congestion utérine et l'utérus était en rétroflexion. Durant les trois ou quatre dernières semaines, elle avait eu des poussées de péritonite aiguë et, le 22 août, il était sorti par le vagin une large membrane provenant de l'utérus et des trompes de Fallope. Pas de soulagement à la suite. Le docteur Wiltshire appelé diagnostiqua une hématocèle intrapéritonéale cataclysmique, probablement due à un kyste fœtal. Malgré quelques petites poussées de péritonite, la malade alla assez bien jusqu'au 13 septembre. A cette époque la tumeur était plus petite et moins tendue; on ne la sentait pas par le vagin, mais par le rectum on trouvait une tuméfaction assez résistante ayant environ deux pouces de diamètre. Elle entra à l'hôpital le 20 septembre et ce fut très probablement son voyage qui causa la rupture de la poche fœtale. Un abondant écoulement eut lieu par le rectum dans l'après-midi de ce jour et il se continua durant trois semaines. Le 12 octobre, il commença à passer par le rectum des pièces du squelette fœtal et le 24 mai 1882 le dernier os était expulsé. La malade se rétablit parfaitement. Il est important de distinguer les premiers symptômes de la grossesse extra-utérine. Dans ce cas particulier, le premier indice semble avoir été l'écoulement brunâtre par le vagin.

East York and North Lincoln Branch.

ANNUAL MEETING, 28 MAI 1884.

Fissure palatine : opération. — Ramollissement cérébral pris pour une tumeur. — Bubon d'emblée. — Extirpation du rectum.

M. *Sherburn* montre le résultat d'une opération de fissure du palais. La maladie était due à un arrêt de développement avant le quatrième mois de la vie intra-utérine. Les opinions sont partagées sur la question de savoir à quel âge il convient d'opérer. A cause des dangers de l'hémorrhagie chez les tout jeunes enfants, mais aussi parce que le but de l'opération est de permettre aux petits malades d'apprendre à parler, l'auteur incline à croire que le meilleur moment pour l'intervention est de deux à quatre ans. Le cas qu'il rapporte est relatif à une jeune fille de seize ans, qui avait été opérée à Dublin à l'âge de quatre ans. La suture manqua à la fin de la première semaine; un palais artificiel ne fut pas d'une grande utilité à la malade. Lorsqu'elle se présenta à M. Sherburn, il existait une fissure palatine complète. Ce chirurgien détacha les insertions de la portion molle du palais de la portion dure; les muscles élévateurs et tenseurs furent divisés par la méthode de Pollock et les deux lèvres de la fissure furent réunies par des sutures métalliques. Elles furent laissées en place deux ans (?).

— M. *Edward Daly* lit une Note sur un cas de ramollissement du cerveau pris pendant la vie pour une tumeur cérébrale. Homme de quarante et un ans; ni goutte, ni rhumatisme, ni syphilis. En 1881, convulsion épileptiforme. En 1882, douleur de tête du côté droit et déviation des traits à gauche. Peu à peu il perdit l'usage des membres inférieurs, eut de la rétention d'urine, tomba dans le coma et finit par mourir. On supposait une lésion de la partie postérieure de la capsule interne; on trouva un ramollissement.

— M. *Howlett* a observé un exemple de bubon d'emblée. L'affection débuta par les ganglions; il n'y avait pas de chancre : les ganglions suppurèrent et le pus était inoculable au sujet.

— M. *King* rapporte un cas d'excision du rectum chez une femme de cinquante-deux ans pour un épithélioma ano-rectal remontant jusqu'à la moitié de la hauteur du sacrum et occupant surtout la partie postérieure de l'intestin. La malade s'est parfaitement rétablie, et, si l'opération lui donne une survie de deux années, on doit la regarder comme très justifiée.

REVUE DES JOURNAUX

L'injection sous-cutanée comme méthode de traitement du choléra, par M. SAMUEL. — L'essence du choléra est un processus de transsudation incoercible qui conduit à l'arrêt de la circulation. Le traitement local (antiparasitaire ou constipant) ne peut, à cause de l'éloignement rapide des remèdes ou de leur dissolution extrême, donner de résultat : le traitement général par cette voie est douteux.

Le corps devient un tonneau des Danaïdes, mais seulement pendant vingt-quatre, trente-six heures. Est-il donc impossible de maintenir une circulation suffisante pendant ce court espace de temps?

L'auteur recommande des injections multiples sous la peau des différentes régions du corps de solutions de 6 grammes de sel de cuisine et de 1 gramme de carbonate de soude pour 1000 d'eau distillée. Il est essentiel de continuer ces injections pendant toute la durée du stade asphyxique. (*Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 28.)

Le microbe de la pneumonie, par M. E. Klein (de Londres). — On connaît l'opinion qui attribue la pneumonie franche primitive à un micrococcus particulier, déjà dénommé *pneumococcus* (Friedländer, Frobenius, Ziehl, Salvioli, Zäslein). Ce microbe est ovale, et remarquable par une capsule hyaline, probablement gélatineuse. Reproduit par la culture et inoculé à des animaux (lapins, rats et souris), il aurait reproduit l'affection.

Klein pense, d'après ses expériences personnelles, qu'il faut rabattre considérablement de ces prétentions.

D'abord l'examen histologique décèle dans les crachats pathognomoniques non seulement des bacilles, mais diverses sortes de coccus; dans le poumon même, la grande majorité des alvéoles contient de la fibrine et des hématies, *mais pas de microbes.*

Les inoculations de ces crachats (du troisième au septième jour) *ne donnent souvent aucun résultat;* d'autres fois, elles provoquent des symptômes de septicémie. Les expériences ont été faites sur des lapins et des souris.

Chez les lapins, on retrouve les deux formes de septicémie devenues classiques depuis les recherches modernes, formes pouvant être reproduites en série. Chez les souris, les résultats sont les mêmes.

L'auteur en conclut que l'agent virulent qui existe dans les cas où l'inoculation réussit est une impureté accidentelle et qui n'a rien de commun avec la pneumonie.

Les capsules gélatineuses considérés comme caractéristiques ont d'ailleurs été retrouvées par Klein dans la pyohémie des lapins provoquée par l'inoculation du suc de poumons enflammés de porcs morts du rouget. (*Centralb. für die med. Wiss.*, 1884, n° 30.)

BIBLIOGRAPHIE

Les troubles de la parole, par le professeur Kussmaul. Traduction française augmentée de notes par le docteur A. Rueff, précédée d'une introduction par le professeur B. Ball. In-8°, Paris, J.-B. Baillière et Fils.

Les travaux récents sur diverses variétés d'aphasie, sur la cécité et surdité verbales par exemple, ont donné un regain d'actualité à l'étude de plus en plus complexe des troubles du langage. Or il n'est point de monographie sur ce sujet qui puisse rivaliser avec l'ouvrage de Kussmaul devenu, à juste titre, classique en Allemagne. Comme le dit, dans une remarquable introduction, M. le professeur Ball, il embrasse le problème de l'origine du langage au point de vue philosophique et médical sous la forme la plus large et la plus élevée.

Les premiers chapitres sont consacrés à l'analyse psychologique de toutes les fonctions qui concourent à la production de la parole. Après avoir comparé la parole humaine avec le langage des animaux, Kussmaul l'étudie en tant que signe et que mouvement expressif, en tant que réflexe et qu'acte volontaire.

La division qu'il propose des troubles du langage découle naturellement de ces prolégomènes physiologiques. La parole se compose de deux actes, l'un d'ordre intellectuel, la *diction*, qui se traduit par la formation et le groupement des mots, l'autre d'ordre mécanique, l'*articulation*, qui aboutit à l'émission de la parole. Dans les troubles de la diction ou *dysphasies*, rentrent toutes les variétés d'aphasie, aphasie ataxique, amnésie, surdité verbale: à cette classe pathologique peuvent être rattachés les troubles de l'écriture, ou *dysgraphies*. Tous ils ont pour origine une lésion de certaine zones corticales ou de leurs dépendances immédiates.

Les troubles de l'articulation, ou *dysarthries*, ont un substratum anatomique tout différent; ils proviennent d'altération soit du bulbe, soit des ganglions cérébraux, soit des organes périphériques de l'appareil phonateur. Ici trouvent leur place toutes les perversions de la parole qui tiennent aux défectuosités congénitales ou acquises des organes qui président à l'articulation des mots, fosses nasales, langue, voûte palatine, larynx, etc., comme le bégayement, le balbutiement, l'aphthongie ou crampe de la parole, etc.

Enfin dans un dernier chapitre, Kussmaul étudie la surdité congénitale ou acquise de l'enfance dans ses rapports avec la mutité et expose succinctement les principales méthodes d'éducation des sourds-muets.

C'est, on le voit, un tableau d'ensemble fort complet que nous a donné Kussmaul et que, grâce à une traduction à la fois claire et élégante, M. Rueff a mis à la portée de notre public. Si certaines théories prêtent à la critique, si surtout une base physiologique indiscutable leur fait souvent défaut, ce n'en est pas moins un travail de premier ordre, aussi remarquable par l'esprit critique que l'auteur y déploie que par les aperçus originaux qu'on y rencontre presque à chaque page.

L. D.-B.

VARIÉTÉS

le choléra (suite).

Nous recevons de M. le docteur Gibert (du Havre) une instruction très précise sur les mesures à prendre en cas d'épidémie cholérique. Cette instruction, rédigée par les soins du Bureau municipal d'hygiène dirigé par le docteur Launoy, a été adoptée et rendue exécutoire par M. le maire du Havre. Elle prescrit au commissaire central et aux commissaires de police de veiller à l'exécution des mesures de salubrité. Elle institue pour chacune des sections de la ville un *inspecteur de salubrité*. Enfin elle indique les mesures suivantes :

Cas de choléra, mesures immédiates, transport à l'hospice.— Dès qu'un cas de choléra lui sera signalé, le commissaire de police, toute affaire cessante, se transportera au domicile du malade. Il s'assurera qu'un médecin a été appelé, puis il s'efforcera de décider les membres de la famille du malade à le laisser transporter à l'hospice, si tel est l'avis du médecin, en leur représentant qu'il y sera plus efficacement traité, et qu'une grave cause de contagion sera ainsi évitée. Il enverra chercher la voiture spécialement disposée à cet effet. Un agent montera sur le siège, conduira le malade à l'hospice, et fera ensuite désinfecter la voiture sous ses yeux. Pendant le transport, le malade sera, toutes les fois que ce sera reconnu nécessaire, accompagné d'une personne de sa famille ou autre, placée dans l'intérieur de la voiture, ou, à défaut, d'un préposé de l'Administration. Le brigadier ou l'inspecteur de salubrité veilleront, suivant les détails qui vont être donnés ci-après, à la désinfection des déjections du malade, à l'enlèvement spécial de la tinette, à la désinfection à l'eau bouillante des vêtements et literie, à la combustion des linges souillés, et à la désinfection au soufre de l'appartement.

Désinfection des déjections. — La désinfection des déjections aura lieu par le sulfate de cuivre, à raison de 50 grammes par chaque litre d'eau, ou par le chlorure de zinc, à raison de 100 grammes par litre d'eau. Il faudra mêler à chaque selle ou vomissement au moins un grand verre de cette solution. On déposera par avance, autant que possible, le désinfectant au fond du vase destiné à recevoir les déjections. Il est ici rappelé que tous les désinfectants nécessaires sont placés en quantité suffisante dans chaque poste de police et seront mis à la disposition des familles. Ils seront fournis gratuitement aux familles indigentes. Du reste, toute question de remboursement de frais, ainsi que toute autre question accessoire, doit être laissée absolument de côté : l'essentiel est d'agir vite et efficacement.

Enlèvement de la tinette. — L'enlèvement de la tinette contenant les déjections du malade sera fait à part dans une voiture

spéciale; celle-ci, affectée exclusivement à ce service, sera lavée et rigoureusement désinfectée; la tinette sera détruite au besoin par le feu. Les matières seront, avec le plus grand soin, recouvertes de chaux vive et ensuite d'une certaine quantité de terre.

Désinfection des vêtements et literie. — Les vêtements, linges, effets de literie, etc., qui ont été en contact avec le malade seront passés à l'étuve ou plongés pendant une heure dans de l'eau *bouillante*, à laquelle il sera bon d'ajouter, dans la proportion de 1/5 environ, une certaine quantité des solutions sus-mentionnées. Les effets et meubles qui ne pourraient être ainsi lavés dans l'eau bouillante seront soumis à la fumigation sulfureuse, qui sera effectuée dans l'appartement et dont il va être parlé ci-après :

Destruction des linges souillés. — Les linges et vêtements souillés par les déjections du malade seront brûlés.

Désinfection de l'appartement. — La chambre qui aura été occupée, même momentanément, par une personne atteinte du choléra ou de maladie cholériforme, devra, immédiatement après le départ du malade, être soumise à une désinfection complète, par la combustion de 30 grammes de soufre par mètre cube. L'appartement restera fermé, et sous l'influence de la fumigation, pendant quarante-huit heures. Il sera ventilé pendant les vingt-quatre heures qui suivront. Il est formellement interdit de l'occuper ou de le laisser occuper avant la fumigation, et avant l'expiration de ce délai minimum de trois jours.

Du cas où le malade est soigné chez lui. — Si l'on n'a pu décider le malade à se laisser transporter à l'hospice, il devra être rigoureusement isolé : les personnes chargées de lui donner des soins, ainsi que les agents de l'autorité, pourront seules entrer à son domicile. Le commissaire de police ou ses agents laisseront à la famille toutes les indications nécessaires pour les désinfections à effectuer. Les selles et vomissements, préalablement désinfectés, devront être jetés dans une tinette spéciale, exclusivement affectée au malade, et contenant une quantité suffisante du désinfectant susmentionné. Les linges et objets de literie, après avoir servi, devront être placés immédiatement dans un récipient contenant une quantité suffisante de désinfectant, et qui sera hermétiquement clos. Ce récipient ne devra sortir de l'appartement que pour être transporté dans un endroit spécial affecté à la désinfection et désigné par l'Administration. Chaque jour, l'inspecteur de salubrité et le brigadier de l'îlot se transporteront au domicile contaminé pour constater si les instructions données ont été exactement suivies, et spécialement si les prescriptions du médecin traitant, relatives à la désinfection, sont régulièrement observées. Ils en rendront compte au commissaire de police.

Malades logés dans un hôtel ou dans un garni. — A l'égard des malades logés dans un hôtel ou dans un garni, le transport à l'hospice sera obligatoire.

Mesures à prendre en cas de décès. — En cas de mort d'une personne atteinte de l'épidémie, le cadavre sera immédiatement placé dans un cercueil, soit de plomb, soit goudronné à l'intérieur, et muni d'une fourniture et d'un désinfectant. L'inhumation aura lieu aussitôt après la constatation légale du décès. Le corps sera, d'office, transporté directement au cimetière par un char des pompes funèbres.

Observation générale. — L'Administration croit utile de rappeler de nouveau que, dans chaque section de police, c'est le commissaire qui est *le centre de l'action*. Il doit se conformer aux instructions générales qui lui sont données; mais il n'a, dans chaque cas spécial, ni à demander, ni à attendre d'instructions : il doit agir, et rendre compte ensuite de ce qu'il a fait. Dans les cas non prévus, il doit prendre, d'urgence, la décision qui lui paraîtra la meilleure. S'il a besoin d'aide, il en requerra. Si des objets quelconques, dont la nécessité se faisait sentir avant qu'il ait pu en référer à l'Administration, lui font défaut à un moment donné, il en fera l'acquisition immédiate. L'Administration lui saura gré de son initiative énergique et résolue.

L'épidémie semble en voie de décroissance progressive à Toulon et à Marseille; elle s'étend, mais très lentement, et sans créer de foyers sérieux dans toute la région du Midi et surtout dans l'Ardèche, où à Vogué on a compté en deux jours (le 16 et le 17 juillet) jusqu'à 12 décès. A Arles, Aix, Nîmes, Cette, Gigean, la maladie ne s'aggrave pas. On n'y constate que 2 à 3 décès journaliers. Par contre, en Italie, un assez grand nombre de cas isolés ont été signalés dans diverses provinces. Les villes atteintes sont Cairo-Montenotte (Gênes), où l'on compte 2 décès sur 5 malades atteints; Vignarolo, 3 malades, 1 décès; Portomaurizio (district de Séborga), 1 décès; Carignano (Turin), 1 malade; Campagnanpo, 2 malades, 1 décès; Osasio, Livignano, Poncalieri et Villafranea, 1 décès; au lazaret de Varignano, 5 malades, 1 décès; à bord du navire *Cita-Napoli*, 1 décès.

— En Turquie, le conseil sanitaire est en dissentiment avec le gouvernement; celui-ci voudrait frapper d'une quarantaine de dix jours toutes les provenances de l'Adriatique ou des bords de la mer Noire. Le conseil sanitaire maintient les dispositions suivantes, qui paraissent suffisantes : quarantaine de dix jours imposée à toutes les provenances directes du littoral méditerranéen de la France; quarantaine d'observation de cinq jours, sans débarquement, au premier port à médecin, pour les bateaux à vapeur et les voiliers avec passagers provenant, par la mer Noire, de Varna, Kustendjé, du Danube et d'Odessa, et par l'Adriatique de Trieste et de Brindisi. Cette observation étant prescrite pour se prémunir contre l'entrée dans l'empire des voyageurs arrivant des foyers cholériques en France, les effets et hardes des voyageurs qui se trouvent sur ces bateaux sont soigneusement désinfectés, les marchandises ne sont pas débarquées, et les valises postales de France se trouvant à bord sont désinfectées par devant l'agent intéressé avant de lui être livrées.

Les bateaux qui n'ont pas de passagers sont reçus en libre pratique. Sont reçues également en libre pratique les provenances de l'Algérie et de la Tunisie depuis qu'il a été bien constaté que ces deux pays mettent en quarantaine de dix jours les provenances de la France.

— Le *Journal officiel* contient le décret suivant :

Le Président de la République française,

Vu les dispositions de l'article 1er de la loi du 3 mars 1822, relative à la police sanitaire, qui confère au gouvernement le droit de déterminer par des ordonnances les mesures extraordinaires que l'invasion ou la crainte d'une maladie pestilentielle rendrait nécessaires sur les frontières de terre ou dans l'intérieur;

Vu l'avis du comité consultatif d'hygiène publique de France, en date du 28 juillet 1884;

Sur le rapport du ministre du commerce;

Décrète :

Art. 1er. — Dans les gares de chemins de fer où le ministre du commerce jugera utile d'organiser un service de surveillance médicale, les médecins délégués par le préfet du département auront le droit d'obliger les voyageurs qui seraient reconnus malades à suspendre leur route; ils pourront les faire transporter, pour leur donner leurs soins, dans des locaux spéciaux aménagés à cet effet en dehors, mais à proximité des gares.

A ce décret est annexé un arrêté ministériel ainsi conçu :

Art. 1er. — Un service de surveillance médicale sera organisé dans les gares ci-après désignées :

Réseau Paris-Lyon-Méditerranée. — Cannes, Tarascon, Avignon, Valence, Lyon, Mâcon, Dijon, Nîmes, Montpellier et Clermont.

Réseau du Midi. — Cette, Narbonne, Toulouse, Montauban, Bordeaux, Tarbes.

Réseau d'Orléans. — Périgueux, Limoges.

Art. 2. — Les préfets désigneront les médecins qui seront chargés de ce service.

Art. 3. — Ces médecins seront tenus de se trouver dans les gares au passage des trains pouvant amener des voyageurs venant des localités contaminées.

Art. 4. — Il leur sera attribué, pour chaque vacation, une indemnité de 10 francs, imputable sur les fonds du service sanitaire.

Cet arrêté porte la date du 30 juillet 1884. On ne peut vraiment s'empêcher de faire remarquer le temps qu'il a fallu pour le rédiger et le rendre exécutoire. L'épidémie date de six semaines, et elle est à son déclin!

— Rome, le 6 août. — Bulletin sanitaire officiel du 5 août : Les nouvelles sont excellentes. Aucun cas nouveau n'est signalé, ni dans les lieux infectés, ni dans les lazarets. Le cordon sanitaire établi autour de la commune de Riommaggiore sera levé demain; mais il sera maintenu pour Vignarola. A Pancalieri, malgré une amélioration générale, l'une des personnes précédemment atteintes a succombé. Le cordon sanitaire enveloppe une partie du district de Carignano et toute la commune de Lombriasco.

La peste. — En même temps que le choléra, la peste menace l'Irak-Arabi; mais les renseignements fournis à ce sujet ont été singulièrement exagérés. Le docteur Pardalaki, inspecteur sanitaire, ayant télégraphié à l'administration sanitaire que le docteur Lubiez, chef du service, annonçait la fin de l'épidémie, le conseil sanitaire international, dans la séance du 24 juillet, a pris la décision suivante : « Considérant qu'il a été annoncé que depuis un mois (depuis le 24 juin) rien ne s'est produit dans les districts pestiférés, et que la désinfection des habitations a été pratiquée, le conseil autorise la rentrée des habitants dans les localités atteintes, et la levée du cordon intérieur seulement, le cordon extérieur étant maintenu jusqu'à nouvel ordre. »

Cette dernière mesure n'implique nullement la crainte d'un retour offensif du fléau.

La peste s'éteint avec les chaleurs, c'est un fait d'observation constante, et, si le cordon extérieur est maintenu, c'est uniquement par surcroît de précautions.

Faculté de médecine. — Par décrets en date des 30 et 31 juillet 1884 : M. Lannelongue, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris; et M. Armand Gautier, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de chimie médicale à la même Faculté. Nous félicitons de grand cœur nos savants et sympathiques confrères.

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour deux places de chirurgien du Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Campenon et Jalaguier.

— *Concours du prosectorat.* — Le jury du concours qui doit s'ouvrir lundi, 4 août, pour la nomination à une place de prosecteur des hôpitaux, est définitivement constitué. Il se compose de MM. Lucas-Championnière, Tarnier, Léon Labbé, Périer, Vidal et Ollivier.

Nécrologie. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. le docteur Patras, qui a succombé à Marseille victime du dévouement dont il avait fait preuve en soignant les cholériques. Au conseil municipal de cette ville, M. Bouge a proposé de donner le nom de notre regretté confrère à l'une des rues de Marseille. — M. Cartoux, officier de santé à Vogué (Ardèche), a aussi été l'une des premières victimes de l'épidémie.

— Nous apprenons la mort de MM. les docteurs Moyne, professeur d'accouchements à Dijon; Jean, à Castelnaudary (Aude); Alphéran, à Rians (Var); Chevallier, à Saint-Agnan (Charente-Inférieure); Meilheurat, à La Palisse.

La conférence de Londres et la question sanitaire en Egypte. — Londres, le 1er août : Par suite de l'insistance qu'a mise M. de Munster à vouloir discuter dans la Conférence la question sanitaire égyptienne, lord Granville a adressé ce matin à l'ambassadeur d'Allemagne une Note-circulaire par laquelle le gouvernement anglais s'engage à donner à son délégué, dans la commission sanitaire d'Alexandrie, l'ordre de prêter tout son concours à l'amélioration de la police sanitaire du canal.

La Note ajoute que le gouvernement anglais consentira à l'établissement d'une taxe même assez lourde sur les bâtiments qui transitent, à condition que tous les bâtiments sans exception puissent transiter en quarantaine.

On écrit, à ce sujet, de Berlin : « L'opinion qui prévaut est qu'il serait à la fois conforme à l'équité et aux intérêts mêmes de l'Angleterre que la responsabilité des catastrophes épidémiques qui pourraient se produire à l'avenir ne reposât plus sur un seul gouvernement. »

Clinique chirurgicale. — M. Kirmisson, agrégé, suppléant M. le professeur Verneuil, commencera, le vendredi 8 août, des conférences cliniques à la Pitié. Il les continuera les lundis et vendredis suivants.

Mortalité a Paris (31e semaine, du 25 au 31 juillet 1884). — Fièvre typhoïde, 22. — Variole, 0. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 23. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 1. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 49. — Phthisie pulmonaire, 167. — Autres tuberculoses, 20. — Autres affections générales, 69. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 49. — Bronchite aiguë, 15. — Pneumonie, 38. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 132; au sein et mixte, 58; inconnu, 17. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 76; de l'appareil circulatoire, 55; de l'appareil respiratoire, 51; de l'appareil digestif, 55; de l'appareil génito-urinaire, 24; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 5. — Morts violentes, 24. — Causes non classées, 7. — Total : 993.

Résumé de la 31e semaine. — Le service de statistique a été informé du décès d'un homme de trente-quatre ans, mort à l'hôpital Saint-Antoine d'une maladie appelée « choléra » par le médecin traitant. Cet individu, dont tous les journaux ont déjà parlé, a été très soigneusement isolé. Il est à remarquer qu'il était mouleur en cuivre.

Le service de statistique a été informé, comme toujours en été, d'un grand nombre de cas de cholérines non mortelles (environ 30) qu'on aurait qualifiés de simples diarrhées en temps ordinaire. Beaucoup de médecins ont en outre fait savoir qu'ils en rencontraient un grand nombre dans leur clientèle, mais qu'ils ne les signalaient pas parce que ces sortes de maladies, toujours très fréquentes, ne méritent pas d'attirer l'attention. Trois cas de diarrhée survenus chez des vieillards de plus de soixante ans (dont l'un était en outre affaibli par une longue maladie) ont été mortels; un autre cas est survenu à l'hôpital chez un individu atteint d'une maladie incurable (néphrite interstitielle). Ces faits ne méritent probablement pas d'attirer plus longtemps l'attention.

Le service de statistique a reçu notification de 329 mariages et de 1216 naissances d'enfants vivants (632 garçons et 584 filles), dont 866 légitimes et 350 illégitimes; parmi ces derniers, 63 ont été reconnus immédiatement par l'un des parents ou par les deux.

Nous venons de recevoir le *Bulletin mensuel du Bureau de démographie et de statistique de la ville de Marseille*, dirigé par M. le docteur Albenois, pour le mois de juin 1884. Il contient, sur le développement du choléra à Marseille, quelques renseignements rétrospectifs qui nous paraissent, quoique un peu anciens déjà, de nature à intéresser nos lecteurs.

Le premier cas de choléra observé à Marseille date du 7 juin, et concerne un journalier de trente-neuf ans; le certificat de décès portait *choléra sporadique*. « Il est bien évident que le diagnostic est exact, et que ce cas n'a aucun rapport avec l'épidémie de Toulon, qui n'a commencé que sept jours plus tard. Il s'agit bien là d'un cas isolé de *choléra nostras* tel que la ville de Marseille en compte 5 à 6 chaque année. » Un décès plus significatif se produisait le 27 juin : il s'agit du nommé Louis Girard, jeune lycéen âgé de dix-sept ans, arrivé depuis trois jours de Toulon. Pris la veille, à cinq heures du soir, des symptômes non équivoques du choléra, il succombait le lendemain à dix heures et demie. Voici, jour par jour, le nombre des décès observés à partir de cette époque :

Nombre des décès cholériques observés à Marseille.

Le 27 juin	1	Le 6 juillet	16
Le 28 —	6	Le 7 —	27
Le 29 —	0	Le 8 —	22
Le 30 —	3	Le 9 —	22
		Le 10 —	46
Total de juin	10	Le 11 —	75
		Le 12 —	61
Le 1er juillet	2	Le 13 —	65
Le 2 —	4	Le 14 —	64
Le 3 —	3	Le 15 —	66
Le 4 —	6		
Le 5 —	7	Total du 1er au 15 juillet	486

On sait que, depuis cette époque, le nombre des décès paraît tendre à décroître, mais ils n'ont pas encore été contrôlés et publiés par le Bureau de démographie et de statistique, et nous ne les publions pas.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITE DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 14 août 1884.

LES CONFÉRENCES DE BERLIN AU SUJET DU CHOLÉRA. CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Les conférences de Berlin au sujet du choléra.

Les derniers numéros parus de la *Berliner klinische Wochenschrift* (4 et 11 août 1884) contiennent un mémoire considérable de Koch consacré à l'exposé de ses recherches en Egypte, aux Indes et à Toulon sur le choléra. Cet important document a été préalablement communiqué non à une société savante, mais à une réunion en petit comité où figurait tout ce que l'Allemagne compte de plus marquants parmi ses hygiénistes et ses savants (MM. Virchow, Hirsch, Leyden, Bergmann, Eulenberg, etc.). Cette conférence avait été provoquée par Virchow et a eu lieu à l'Office sanitaire de Berlin : une première séance (14 juillet) fut consacrée uniquement à l'exposé que nous analysons ci-après. Dans une seconde séance (29 juillet), la réunion soumit à une discussion approfondie les thèses présentées par Koch, discussion remarquable par sa tranquillité et par la compétence de ceux qui y prirent part. C'est probablement pour obtenir ce résultat que l'organisateur de la réunion avait limité ses choix.

Pour bien faire saisir la portée des faits recueillis et l'enchaînement des idées, il faudrait traduire tout entier le mémoire de Koch. Nous essayerons cependant d'en donner une idée en le résumant et en évitant ce qui ferait double emploi avec la très intéressante communication de M. Straus à l'Académie de médecine.

A l'ouverture de la séance, Koch présente ses préparations dont la technique a été fidèlement indiquée par MM. Straus et Roux. Il fait remarquer que le microscope ne donne de résultats que dans un petit nombre de cas : d'ordinaire il faut employer la culture dans la peptone gélatinisée.

Passant ensuite à l'exposé du sujet, il dit qu'il faut à la prophylaxie des bases certaines, ce qui n'est pas le cas pour le choléra dont l'étiologie trop théorique n'a pu profiter des progrès accomplis depuis dix ans pour ce qui concerne les maladies infectieuses; il n'y a pas eu d'épidémie en Europe.

FEUILLETON

Lettres médicales.

Le choléra. - Inventions nouvelles. — Pathogénie. — Thérapeutique. — Déontologie.

Errare humanum est; perseverare autem diabolicum. Il paraît, cher confrère, que j'ai péché et que je vous dois un *meâ culpâ*. J'ai eu grand tort de ne pas vous transmettre religieusement les annonces des remèdes *infaillibles* contre le choléra que j'ai jetés « par-dessus bord ». Je « gravite dans l'orbite de ces mandarins dont a si bien parlé M. Clémenceau », parce que je n'ai pas tenu compte, ici ou ailleurs, des avis qui m'étaient charitablement donnés sous forme de lettres ou de brochure. Il ne me sera pardonné que si j'avoue mon outrecuidante présomption. Je l'avoue; j'en demande pardon aux deux ou trois irascibles inventeurs dont les lettres font contraste avec les correspondances trop bienveillantes de nos lecteurs habituels et, pour bien vous montrer, cher confrère, que je n'appartiens pas « à un cénacle majestueusement fermé aux humbles praticiens », je vais vous offrir quelques échantillons de la littérature contemporaine en matière cholérique.

Il est une question cependant au sujet de laquelle, malgré les foudres dont je suis menacé, je ne saurais transiger. Ce qui mériterait l'épithète diabolique, ce serait — pour vous surtout — l'énumération des *remèdes* animaux, végétaux ou minéraux qui ont *toujours réussi* dans les épidémies précédentes et dont on nous recommande l'emploi. La *Gazette hebdomadaire* ne peut vous parler à cette place des médications rationnelles et qui paraissent vraiment utiles contre le choléra. Laissez-moi ne vous entretenir que des inventions qui ont pour but d'entraver la propagation de la maladie. Voici, parmi les lettres que j'ai reçues, à ce sujet, des extraits

En acceptant de diriger une mission scientifique en Egypte, Koch prévoyait bien des difficultés, sauf en ce qui concerne l'anatomie pathologique. Or, dès les premières autopsies, il reconnut, à sa grande surprise, des lésions extrêmement graves et nettes de l'intestin; d'ailleurs, il n'a constaté de lésions dans aucun autre organe.

Dans une première série de cas l'on observait une coloration rouge brun de l'extrémité inférieure de l'intestin grêle avec hémorrhagies, ulcérations superficielles et même des fausses membranes de la muqueuse. En pareil cas, le contenu de l'intestin était sanguinolent, gangreneux, mal odorant, jamais riziforme. Dans une seconde série de cas, moins graves que les précédents, la coloration foncée de l'intestin, moins marquée et moins uniforme, se présentait sous forme de taches ou bien entourait comme d'un anneau les follicules et les plaques de Peyer. Cette dernière forme est extrêmement caractéristique et ne se retrouve nulle part. Enfin dans une troisième série de cas, la muqueuse ne présentait aucune altération, à peine un peu de proéminence des follicules. En pareil cas le contenu de l'intestin était non pas riziforme, mais rappelait une soupe à la farine.

L'examen histologique démontra dans les tuniques intestinales et dans le contenu de l'intestin l'existence d'un bacille auquel Koch donne le nom de *komma*. Cette dénomination bizarre est généralement traduite en France, et à tort, par *virgule :* le komma représente un cylindre courbé, ce qui est est bien la forme du microbe tel que Koch l'a dessiné; la virgule présente deux extrémités dont l'une est renflée et l'autre amincie. M. Straus a fait connaître que cette forme curieuse était considérée par Koch, non comme une bactérie, mais comme une forme de transition d'une sorte de spirille. Les résultats des cultures semblent confirmer cette vue.

Les bacilles kommas prennent souvent la forme d'un S ou bien présentent l'aspect de filaments allongés et spiroïdes semblables aux spirilles du typhus à rechutes. (Les dessins de Koch ne sont pas très démonstratifs à ce point de vue et les formes spiroïdes indiquées pourraient s'expliquer par un arrangement accidentel des bacilles.)

Dans le bouillon ordinaire, la multiplication est extrêmement rapide. On constate que les bacilles sont doués d'une mobilité extraordinaire et « sautent comme des mouches dansantes » (*sic*). La culture réussit de même dans le lait et, chose curieuse, sans le coaguler! Dans la gélatine peptonisée, la jeune colonie forme une goutte non arrondie, mais à contour irrégulier et déchiqueté. L'aspect de cette sphère minuscule est granuleux, et plus elle grandit, plus aussi cet aspect devient marqué; des granulations de grosseur diverse réfractent la lumière comme des grains de verre Tout autour de la colonie, irrégulièrement sphérique, ainsi formée, la gélatine se liquéfie et la petite sphère tombe au fond d'un entonnoir très allongé : elle reste entourée d'une sorte de bulle gazeuse. Il semble que la colonie, non seulement liquéfie avec rapidité la gélatine, mais qu'elle détermine la vaporisation des produits. Quoi qu'il en soit, Koch n'a jamais observé, malgré ses nombreuses expériences sur les microbes les plus divers, ni un entonnoir aussi allongé, ni cette bulle de gaz, et il pense qu'il y a là encore un caractère spécial du choléra.

Sur la pomme de terre, le komma se cultive facilement et revêt l'aspect des cultures de la morve; seulement le dépôt formé, mince et pâteux, est gris clair au lieu d'être brun.

Les cultures réclament une température de 30 à 40 degrés : le développement s'arrête à 16 degrés (comme pour le bacille du charbon). Le microbe n'est pas détruit par les basses températures et un froid de —10 degrés n'a pas empêché sa reproduction ultérieure.

Ces bactéries sont aérobies et surtout remarquables par la rapidité de leur croissance, terminée au bout de deux à trois jours. C'est pourquoi dans l'intestin on ne les rencontre qu'à une certaine époque; passé ce délai, ils font place aux bactéries de la putréfaction. Koch pense que les kommas ne se multiplieraient pas dans un liquide putride. C'est là, dit-il, une hypothèse pure, mais dont on voit immédiatement l'intérêt. Si le fait était reconnu vrai, il deviendrait inutile de mettre dans les vidanges des désinfectants dont l'action pourrait être plutôt nuisible qu'utile.

L'auteur expose ensuite les conditions des cultures.

Avant tout, il faut que les liquides de culture aient une certaine concentration : lorsqu'ils sont trop dilués, le microbe meurt. Il ne doit pas être acide d'une façon générale : cependant l'on a vu que le microbe se développe bien sur la pomme de terre dont la réaction est acide.

Des expériences ont été faites afin de déterminer quelles sont les substances qui arrêtent le développement du bacille dans les cultures, et à quelle dose. Il en résulte qu'il faut 10 pour 100 d'eau iodée, 10 pour 100 d'alcool, 2 pour 100 de sulfate de fer. Ce dernier sel, très employé, comme on le sait, agit probablement en précipitant les peptones des liquides de culture. Il n'a pas d'action spécifique et il aurait plutôt un effet nuisible en soustrayant le komma à l'effet des microbes de la putréfaction.

Le même arrêt des cultures est produit par l'alun à 1 pour 100, le camphre à 1 pour 300, l'acide phénique à 1 pour 400, le sulfate de cuivre à 1 pour 2500, la quinine à 1 pour 5000, le sublimé à 1 pour 100 000.

---

propres à vous faire comprendre pourquoi je ne me suis pas pressé de vous les transmettre : « En attendant que les hautes autorités dans l'art de guérir se soient mises d'accord sur le mode de propagation du choléra, je crois qu'il y a une manière d'arriver à concilier toutes les doctrines. Jusqu'à preuve du contraire, il faut admettre que le microbe de M. Koch ne peut être transmis par l'air; d'un autre côté, il est démontré, comme l'a dit M. Guérin, que la maladie éclate en des points très distants les uns des autres, de sorte que l'on ne peut considérer l'eau comme étant toujours le véhicule de la contagion. N'est-il pas étonnant que l'on n'ait pas pensé à un mode de propagation des germes, spores ou microbes qui, dans la nature, joue un rôle très important : je veux parler de l'action des insectes?... Chacun sait que les oiseaux voyageurs transportent souvent au loin des œufs de poisson ou des graines, ou même que certains insectes fécondent des fleurs avec des pollens qu'ils ont emportés à la surface de leur corps en butinant, et que les mouches charbonneuses communiquent par leurs piqûres le poison qu'elles ont pu recueillir bien loin. N'est-il pas admissible dès lors que les mouches, si avides de ce genre de pâture, après s'être portées sur des déjections cholériques, emportent les germes de la contagion, soit dans leurs intestins, soit encore au bout de leurs pattes, et les répandent ensuite en se portant sur les fruits ou les aliments? »

Que répondriez-vous, cher confrère, à cette doctrine? Rien, évidemment. L'histoire si curieuse des vers de terre allant chercher dans le sol les microbes du charbon pour les amener à la surface, est encore plus surprenante, et c'est M. Pasteur qui nous a prouvé que cette migration invraisemblable des germes charbonneux devait être considérée comme un fait scientifiquement démontré. Donc il n'y a rien d'étonnant à ce que les mouches soient les commis-voyageurs du choléra. Mais qu'y faire? Ici l'orateur s'embarrasse. « Il faudrait, nous dit-il, dans les locaux ou les salles d'hôpital où se trouvent les cholériques, fermer les jalousies ou baisser

Ces recherches ne manquent pas d'intérêt : on remarquera l'action assez énergique du sulfate de cuivre, et celle du sublimé qui retrouve ici sa supériorité ordinaire.

Le fait le plus curieux révélé par l'étude des cultures du komma est son excessive susceptibilité vis-à-vis de la dessiccation. Déjà au bout de deux heures d'exposition sur le couvre-objet, il ne se reproduit plus. C'est là une particularité unique jusqu'à ce jour, et c'est elle vraisemblablement qui a donné naissance au bruit que Koch n'admettait pas l'arrosage des rues. Au dire d'un journal de Vienne, Koch aurait dit qu'il valait mieux ne pas arroser du tout que d'arroser insuffisamment, ce qui paraît tout naturel.

Les recherches les plus minutieuses n'ont pas fait découvrir de spores d'aucun genre, ni dans les cultures, ni dans les préparations microscopiques, ni dans le linge souillé par les déjections. C'est là encore une bizarrerie dont Koch prend son parti en rappelant qu'il s'agit d'une spirille et non d'une bactérie.

Il résulte de ce que l'on vient de lire, qu'il existe dans les voies digestives des cholériques, un microbe parfaitement caractérisé par sa forme et les particularités de ses cultures. Il reste à se demander quels sont les rapports avec le choléra.

Cette question capitale nécessitait avant tout de nombreuses recherches. Après avoir appris en Égypte l'importance du komma, Koch a pratiqué aux Indes 42 autopsies, et 32 fois l'examen des selles cholériques. Chaque fois il a retrouvé le microbe en question. Il a fait à Toulon 2 autopsies avec MM. Straus et Roux, toujours avec le même résultat, et retrouvé le bacille ainsi que dans les déjections de deux malades.

« J'ai pu montrer le fait à MM. Straus et Roux, qui jusqu'alors n'avaient pas réussi à découvrir le bacille soit par le microscope, soit par la culture sur terrain solide. Ces messieurs pensaient qu'il fallait connaître certain truc pour colorer et cultiver le komma. Ils ont pu se convaincre que rien n'est plus facile lorsque l'on observe sur un cas non compliqué. »

Dans les vomissements des cholériques, ils font défaut. Koch les a rencontrés deux fois, mais il s'agissait de vomissements de liquide intestinal.

Il conclut de ses recherches que le bacille en question, se rencontrant toujours dans le choléra, est *spécifique de cette affection*.

Il parle de nombreuses observations de contrôle. Il a cherché sans succès le komma dans la dysenterie, la fièvre typhoïde, les catarrhes intestinaux des pays tropicaux, la typhoïde bilieuse, la diarrhée infantile, dans la salive, dans les déjections d'animaux soumis à l'intoxication arsenicale, dans tous les liquides bactérifères qu'il a eu à manier. Il se rappelle avoir rencontré une seule fois (dans l'eau d'un ruisseau de Calcutta) une forme analogue, et encore ce microbe cultivé ne liquéfiait pas la gélatine. Il a maintes fois causé de ce microbe avec des parasitologistes compétents, qui n'ont jamais rien observé de semblable.

Poursuivant son argumentation, Koch se demande de quelle nature est la relation entre la bactérie komma et le choléra. Elle ne peut être que l'une des suivantes :

1° Le choléra détermine des modifications de l'organisme qui constituent un terrain favorable à la multiplication et à la pénétration de l'un des nombreux parasites de l'intestin.

2° Dans les mêmes conditions, le choléra provoque la transformation de l'un de ces mêmes microbes.

3° La bactérie est la cause directe de la maladie.

Les deux premières hypothèses ont déjà été discutées par Koch dans ses premiers *Rapports*, et il n'ajoute rien aux arguments présentés autrefois ; passons à la troisième.

La preuve expérimentale n'est pas faite : tous les essais d'inoculation ont échoué. « La seule expérience qui ait donné de l'espoir est l'injection directe de cultures dans la cavité abdominale de lapins et de souris. Les lapins paraissaient fort malades, mais résistaient : les souris périssaient en un ou deux jours, et l'on trouvait dans le sang le bacille caractéristique ; mais il fallait opérer avec des quantités telles, que le résultat obtenu n'est pas démonstratif. »

Aux Indes, malgré ses recherches, il n'a rien appris qui lui ait démontré que les animaux soient sujets à la maladie.

Koch comprend mieux que personne combien l'absence de preuve expérimentale fait de tort à sa doctrine, et il rappelle dans un plaidoyer éloquent que l'on admet communément la nature parasitaire de la lèpre et de la fièvre rémittente qui cependant n'ont jamais pu être reproduites expérimentalement — que certaines maladies considérées comme parasitaires ne sont pas non plus transmissibles à l'homme (peste bovine, péripneumonie contagieuse) — que les travaux récents ont invariablement démontré que les microbes produisaient la maladie, et non que la maladie produisait les microbes.

Il est clair que c'est là le point faible de la doctrine et M. Straus l'a fait ressortir avec beaucoup d'autorité. Mais, pour avoir son point faible, il s'en faut que la doctrine mérite d'être rejetée en bloc, comme plusieurs l'ont fait, après avoir entendu la communication de MM. Straus et Roux.

Nous ne doutons pas un instant qu'après avoir pris connaissance du travail de Koch, l'on ne reconnaisse qu'il y a là

---

les stores, tout en laissant les fenêtres ouvertes. La demi-obscurité qui règne dans la salle empêche les mouches de s'accumuler dans le local ; puis nous avons les moyens de destruction inventés par le commerce... » Ici, je m'arrête. Bien que mon correspondant soit, comme la femme de César, à l'abri de tout soupçon, je ne veux pas m'exposer à recevoir demain — cela m'est arrivé déjà — une lettre à peu près ainsi conçue : « Dans votre si intéressante et si remarquable chronique, vous avez dit que les mouches... et qu'on arriverait à un résultat favorable en employant les moyens indiqués pour détruire ces insectes. Je crois devoir signaler à votre attention une invention toute récente. Le papier tue-mouche préparé..., etc., etc. » Et dire qu'il faudrait peut-être insérer cela si j'avais eu le malheur de citer un nom propre !

Passons à un autre correspondant. Celui-ci m'envoie une brochure imprimée : « Je n'ai pas voulu publier jusqu'à ce jour l'exposé de mes nombreuses observations sur l'épidémie actuelle... jusqu'à ce que l'expérience ait de nouveau prouvé le néant des théories de nos savants sur la cause du choléra morbus asiatique... Le moment me paraît arrivé d'exposer par écrit ce que, depuis trente années, je n'ai cessé d'expliquer à toutes les personnes qui ont bien voulu prêter quelque attention à mes découvertes, auxquelles j'ai été amené par l'application d'un procédé curatif qui donne, depuis des siècles, des preuves de son efficacité... » Ce préambule promet. Voyons la suite. J'en demande pardon à MM. Pasteur, Berthelot et A. Gauthier, sur les travaux desquels s'appuie notre auteur. Ils vont être bien surpris de voir ce qu'on peut tirer de leurs découvertes. Je résume : Le choléra n'est dû ni à un microbe, ni à des bacilles ou bactéries. Sa cause est exclusivement tellurique. Elle est due à l'action exercée sur l'organisme par... ne riez pas, cher confrère, c'est très sérieux... par l'azote électrisé. « Des expériences récentes fort remarquables, faites par M. Berthelot, notre célèbre chimiste, prouvent ce que j'affirme. Il a

*

un effort sérieux pour découvrir la vérité, un ensemble de faits et d'observations qui mérite la plus grande attention. Il serait injuste de faire retomber sur le savant Berlinois les maladresses commises par les autorités du Midi, de lui attribuer des opinions qu'il n'a jamais eues et de le rendre responsable des sottises de la presse politique.

Quoi qu'il en soit, l'inoculation n'a pas donné de résultat. S'il s'agissait d'une bactérie ordinaire, c'est-à-dire de la forme dont on a pu démontrer le rôle pathogénique dans le charbon, la septicémie, la tuberculose et la morve, on pourrait accepter sans trop de résistance la conclusion par analogie présentée par Koch. Mais il s'agit d'un microbe très spécial comme forme et comme propriétés. Sommes-nous autorisés à étendre à ce micro-organisme les observations recueillies pour les bactéries? Nous ne le pensons pas, et, tout en ayant la conviction en quelque sorte philosophique que le choléra est de nature parasitaire, nous estimons que des résultats plus positifs sont nécessaires pour faire disparaître les doutes.

« Certaines observations, dit Koch, ont la valeur d'une expérience; ainsi la transmission de la maladie aux blanchisseuses. Cela s'explique aisément: dans les masses mucilagineuses qui salissent le linge des cholériques, la bactérie komma se trouve toujours en nombre innombrable et comme dans une culture bien réussie.

» D'autre part, dit-il plus loin, j'ai réussi à découvrir le bacille avec toutes ses propriétés dans un ruisseau qui fournissait de l'eau aux habitants du voisinage (2-300 personnes), lesquels venaient de perdre dix-sept des leurs par le choléra. C'est la seule occasion où j'ai trouvé le microbe en dehors de l'organisme. »

Dans la dernière partie du mémoire, l'auteur montre combien ce que nous savons de l'étiologie du choléra cadre bien avec les données qui précèdent. Koch a poussé aussi loin que possible, beaucoup trop loin à notre avis, cette partie de sa démonstration: n'a-t-il pas dit lui-même au début que l'étiologie du choléra était purement théorique?

Il rappelle la rapide croissance du microbe, en rapport avec la rapide évolution de la maladie — la prédisposition d'une importance exceptionnelle résultant de la diarrhée en rapport avec l'absence de spores.

Mais comment comprendre que l'action du microbe soit limitée à l'intestin et que dans l'intestin même, les lésions produites ne soient nullement en rapport avec la gravité de la maladie? Koch songe à faire intervenir une ptomaïne, ainsi que M. Straus l'avait annoncé.

C'est une pure hypothèse, à l'appui de laquelle Koch cite l'observation d'un médecin indien, le docteur Richards (de Goalundo), qui essaya de nourrir des cochons avec des déjections de cholériques; les animaux moururent avec des crampes violentes, de quinze minutes à deux heures et demie après l'ingestion. Il s'agit probablement d'une intoxication et non d'une infection.

C'est à l'action d'un agent toxique encore parfaitement inconnu que Koch attribue les principaux symptômes du choléra. Toute cette pathogénie est trop hypothétique pour mériter d'être examinée en détail.

On comprend, au point de vue de Koch, l'importance des déjections comme agent de transmission de la maladie. Pour que l'agent pathogénique puisse être transmis avec certitude, il faut qu'il reste dans une substance liquide. On a vu tout à l'heure pourquoi. Toutes les observations de transmission par les effets seraient controuvées, et l'on comprend bien pourquoi l'élément essentiel de la transmission du choléra est l'homme lui-même.

Il reste à savoir si l'agent pathogénique peut se reproduire en dehors de l'organisme. C'est bien probable. Toutefois il y a lieu de se rappeler ici ce qui a été dit antérieurement. Le liquide de culture doit être à un certain degré de concentration qui n'existe pas dans les eaux ordinaires: « Partout au contraire où l'eau arrive à stagner à la superficie ou dans le sol, dans les marais, les ports sans écoulement, dans les endroits où le sol forme des anfractuosités, dans les cours d'eau coulant lentement, la concentration nécessaire peut se présenter. »

L'auteur continue sa démonstration par une description saisissante de la topographie des Indes en général et du Bengale en particulier. Il montre comment il peut se faire que ce pays reste, même à notre époque, le *champ maudit* du choléra et comment l'amélioration des eaux potables a amélioré l'état sanitaire.

Il termine par l'examen d'une objection que les médecins devraient bien laisser au bon public qui n'y entend pas malice.

« A quoi sert, dit-on, une pareille découverte? » Si elle se confirmait, elle servirait en premier lieu au diagnostic et par suite à la thérapeutique.

Quant à la prophylaxie, il est à peine besoin d'en parler. Koch espère de grands résultats de l'influence de la des-

---

obtenu de l'*acide cyanhydrique* par le même procédé employé par la nature dans le choléra. Le gaz-azote électrisé a pour le carbone une affinité extrême. Il s'unit à lui pour former un nouveau gaz toxique connu en chimie sous la dénomination de *cyanogène*. Que se passe-t-il donc pendant une épidémie de choléra asiatique?

» L'azote électrisé s'échappant du sol en innombrables fumerolles invisibles, si un individu se trouve placé sur la colonne qui se dégage, pénètre par inoculation dans les muscles des jambes, où il rencontre du carbone en quantité suffisante pour former un globule de cyanogène qui se loge dans le tissu musculaire... » Foi de chroniqueur, j'ai copié textuellement! Et cela n'est rien encore. M. Armand Gauthier a trouvé de la xanthine dans l'urine. La xanthine est du cyanogène oxygéné. Cela confirme la théorie. Pourquoi? Comment? Devinez si vous pouvez. Je continue mes citations: « Dans une ville où le choléra règne épidémiquement, il est assez facile de se rendre compte de l'inoculation dont j'ai parlé. Elle échappe la plupart du temps aux personnes non prévenues qui circulent dans les rues à cause de la rapidité de la marche; mais pour celles avisées, il leur est facile de constater le long des cours d'eau, des ruisseaux, dans les angles des trottoirs, l'impression produite, qui consiste dans la sensation d'un petit corps froid, ressemblant assez à celui d'un insecte glacé grimpant le long du mollet. »

N'êtes-vous pas frappé, cher confrère, de la précision avec laquelle ces symptômes sont décrits? J'en deviens rêveur et depuis huit jours que j'ai lu le mémoire en question je ne puis voir une jeune femme ou une jeune fille s'arrêter sur un trottoir pour tirer son bas ou arranger sa jarretière sans que j'en aie froid dans le dos.

Je passe à la thérapeutique. Le globule de cyanogène, après avoir pénétré dans les muscles du mollet, gagne ceux de l'abdomen et se dirige vers le thorax. S'il y arrive, tout est perdu, sauf l'honneur. Il faut donc agir. L'auteur recommande comme moyen prophylactique l'abstention des bois-

siccation sur le bacille spécifique. « On peut au moins, dit-il en terminant, si l'on admet l'origine parasitaire, assigner un but à l'épouvantable gaspillage de matières désinfectantes, et l'on ne sera plus exposé à jeter dans les latrines et sur les pierres d'évier des millions et des millions sans qu'il soit permis d'en espérer le moindre résultat. »

C. Zuber.

Contributions pharmaceutiques.

Le sulfure de carbone est-il préférable au soufre comme désinfectant?

De temps immémorial on a employé l'acide sulfureux pour éteindre les feux de cheminée. Pour le produire, on se contentait de brûler du soufre brut dans la cheminée incendiée. Un moyen très ingénieux et très commode, qui donne de grandes quantités de gaz asphyxiant, a été proposé il y a quelques années : il consiste à brûler, au lieu de soufre, du sulfure de carbone. Ce liquide, dont le prix ne dépasse pas 1 franc le kilogramme, est très inflammable et développe en brûlant des torrents d'acide sulfureux et d'acide carbonique.

En un instant, j'ai éteint chez moi, par ce procédé, un violent feu de cheminée.

Dans un des foyers les plus rapprochés de la suie en combustion, on place un vase en porcelaine ou en terre contenant environ 2 kilogrammes de sulfure de carbone.

On enflamme ce produit qui brûle sans interruption jusqu'à la dernière goutte; on ferme l'orifice de la cheminée sur le toit, pour arrêter le tirage qui est si considérable à ce moment-là. Dès que les corps en ignition sont en contact avec les deux gaz, ils s'éteignent comme par enchantement.

Le souvenir de ce fait m'a conduit à proposer une nouvelle application du sulfure de carbone; c'est son emploi dans la désinfection des chambres de malade et des salles d'hôpital.

Nous avons déjà vu M. le docteur Dujardin-Beaumetz préférer les siphons d'acide sulfureux liquide au réchaud sur lequel on brûle du soufre; mais cet acide n'est pas très répandu et son prix est assez élevé. Si le moyen que je propose réussissait, il serait plus pratique et moins onéreux.

A priori, je ne vois pas pourquoi il ne réussirait pas. Cependant, comme en tout, le dernier mot appartient à l'expérience.

Voici comment l'essai pourrait être fait:

Dans une chambre bien close, on placerait divers échantillons de germes infectieux; puis, dans le milieu, une terrine ou bassine émaillée contenant 2 à 3 kilogrammes de sulfure de carbone auxquels on mettrait le feu. Après vingt-quatre heures de contact on examinerait si les germes sont encore vivants. Peut-être serait-il nécessaire de brûler une seconde dose de sulfure de carbone douze heures après la première? C'est une question à étudier et que les expériences entreprises à l'hôpital Cochin par M. Dujardin-Beaumetz arriveraient facilement à résoudre.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Du traitement de la névralgie sciatique par la congélation. Mémoire lu à la Société des hôpitaux dans la séance du 8 août, par M. le docteur M. Debove, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital des Tournelles.

Il n'est peut-être pas de maladie pour laquelle on ait proposé des modes de traitement plus divers que pour la sciatique, tous ont eu leurs partisans et leurs succès; nous voyons cependant nombre de malades atteints de sciatique s'éterniser dans les hôpitaux sans que les traitements réputés les plus actifs modifient rapidement leur situation.

La méthode nouvelle que j'ai appliquée m'a donné des résultats immédiats et évidents, elle m'a permis de guérir d'une façon définitive et en peu d'instants des névralgies sciatiques rebelles à des tentatives thérapeutiques réitérées. Avant de vous l'exposer, je dirai en deux mots l'idée théorique qui m'a guidé.

Les révulsifs paraissent agir dans la sciatique en excitant les extrémités nerveuses du nerf malade; mais le nombre des filets nerveux excités est toujours restreint, on ne peut appliquer, en effet, un vésicatoire qui s'étende de la hanche au calcanéum, ni faire une cautérisation générale du membre. J'ai pensé qu'on pouvait obtenir cette révulsion étendue en congelant la peau, car elle peut être congelée et reprendre l'intégrité de ses fonctions. Il n'y avait aucun inconvénient, en tout cas, à faire un essai, car le maximum des accidents auxquels on pouvait s'exposer était la production d'une eschare, qui, dans le cas particulier, n'avait pas grand inconvénient, puisque le traitement de la sciatique par les cautères est un traitement classique.

sons froides, des eaux gazeuses et du sucre. Il conseille la *soie* comme isolant et mauvais conducteur de l'électricité. Bas de soie, jambières de soie, ceintures de soie, caleçons de soie, tout est bon pour arrêter le globule nuisible. Toutefois il ne suffit pas de l'empêcher d'entrer; il faut le faire avorter avant son arrivée dans le thorax et, dans ce but, le moyen curatif dit *indo-malais* consiste à frictionner les muscles en établissant à la base du thorax un barrage qui empêche le corps globuleux de s'élever trop haut : dès que l'opérateur aura senti le contact de ce petit corps, il devra, à l'aide de frictions adroitement pratiquées avec les deux index, le pousser vers l'aine droite et de là..... Mais cela suffit, n'est-ce point votre avis ?

Vous pensez peut-être que ces élucubrations sont celles d'un aliéné. Nullement. Si, pour les raisons que j'ai données plus haut, je ne cite pas de noms, je puis vous affirmer cependant qu'il n'est pas si rare que vous pensez de se jouer ainsi du public. N'ai-je pas vu, il y a quelques années, un spécialiste — qui n'était pas le premier venu — affirmer à un homme du monde atteint d'entéro-colite suite de constipation, qu'il souffrait de coliques néphrétiques et lui faire sentir à lui, à sa femme, à son beau-frère, le gravier cause de tout le mal cheminant dans l'uretère? Je n'ai pas pu convaincre ces personnes, d'ailleurs très titrées et de plus fort intelligentes, de l'impossibilité où l'on se trouve de reconnaître à travers la paroi abdominale un corps étranger qui du rein gagnerait la vessie. Elles avaient *senti* le calcul!

Tout est donc possible et, en ce temps d'affolement général et de crédulité plus que naïve, les théories les plus saugrenues sont celles qui ont le plus de chances d'être acceptées. Je vous en ai dit assez d'ailleurs. Je referme le carton où j'ai entassé les correspondances que l'on m'a reproché de tenir secrètes. Je n'y toucherai plus. Je ferai comme M. Pasteur, qui en reçoit aussi de belles; une entre autres, où il aura appris avec surprise et satisfaction qu'un nègre, qui avait l'habitude de se frotter les mains avec du poivre,

J'eus recours, comme agent de congélation, au chlorure de méthyle, qui donne un froid de — 23 degrés centigrades (1), et dont l'emploi est réellement très facile.

Mon premier malade traité m'avait été adressé par le docteur Dumonteil, et avait une névralgie sciatique, qui avait, à différentes reprises, été vainement traitée par des cautérisations au fer rouge, et que le repos au lit, depuis un mois, dans mon service, n'avait nullement amélioré. Je promenais le jet de chlorure de méthyle sur toute la surface douloureuse, depuis la hanche jusqu'à la malléole externe. Une minute plus tard, ce malade, qui n'avait pu jusque-là mettre le pied à terre, se promenait sans boiter dans mon service, se déclarant guéri; il était tout stupéfait de sa guérison; je dois avouer que mon étonnement ne le cédait nullement au sien; mais je savais trop bien qu'il est des résultats thérapeutiques merveilleux dus à une coïncidence, à un effet d'imagination, et que le médecin ne les obtient pas toujours dans ses tentatives ultérieures. Ceci est spécialement vrai pour la sciatique, car elle a pu être guérie, même par la cautérisation du lobule de l'oreille. Grâce à la fréquence de cette maladie, j'ai pu multiplier mes applications de chlorure de méthyle, et je puis aujourd'hui affirmer qu'il s'agit d'une méthode thérapeutique dont les effets ont été constants et instantanés.

La première guérison que j'ai obtenue remonte déjà à trois mois, et il n'y a pas encore eu de rechute. Mes autres malades ont guéri d'emblée ou ont présenté des rechutes toujours légères, qui ont guéri immédiatement par une nouvelle application de chlorure de méthyle.

Ces malades étaient atteints de névralgie sciatique simple, de la forme dite rhumatismale. Le début de leur maladie remontait à une époque variant de quinze jours à trois mois; ils étaient tous si souffrants, qu'ils ne pouvaient mettre le pied à terre. Je ne donnerai pas leurs observations, elles sont toutes identiques, dans toutes nous retrouvons les caractères classiques de la sciatique, dans toutes la guérison a été instantanée, définitive chez la plupart, avec une légère rechute nécessitant une nouvelle application chez les autres.

Je dois donner quelques détails sur l'appareil que j'emploie, sur le mode opératoire, sur les précautions qui doivent être observées.

L'appareil que j'ai utilisé pour produire le froid est un siphon contenant du chlorure de méthyle. Ces siphons existent actuellement dans le commerce, et le chlorure de méthyle se vend environ 6 francs le litre. Je ne donnerai aucun détail chimique sur le chlorure de méthyle, je suis incompétent sur ce sujet, et ne saurai que répéter ce qui a été dit et imprimé dans divers mémoires, notamment dans ceux de M. Vincent, mémoires publiés à la Société chimique de Paris.

(1) En activant l'évaporation par une injection d'air, on peut aller plus loin, et arriver jusqu'à — 55 degrés.

A l'extrémité du bec du siphon, j'ai fait adapter un tube de plomb et un ajutage muni d'un petit orifice. C'est une modification identique à celle faite par M. Malassez lorsqu'il employa le chlorure de méthyle à la congélation des pièces histologiques, elle permet de mieux diriger le jet et de ne point perdre une trop grande quantité de substance.

On objectera que le froid pourrait être produit par un appareil de Richardson; mais je n'ai jamais pu, avec cet appareil, produire des résultats comparables à ceux que j'annonce dans ce mémoire.

Le jet de chlorure de méthyle est dirigé sur la peau dans toute l'étendue des régions douloureuses, depuis le sacrum jusqu'à la malléole; on voit immédiatement la peau se congeler, devenir blanche et dure comme la pierre. Le malade accuse une sensation de brûlure qui est pénible, mais n'est pas à beaucoup près comparable, au dire des malades, à la douleur produite par la cautérisation ignée.

La peau se décongèle très rapidement, quelle que soit l'étendue congelée; il subsiste un érythème plus ou moins accusé; le maximum des accidents a été une légère vésication, jamais je n'ai observé d'eschare.

Dès ce moment le malade est guéri, peut marcher; on fera une nouvelle application en un ou deux points si le malade accusait encore un ou deux points douloureux.

Les jours suivants, la guérison se maintient, ou bien, un des deux petits points douloureux réapparaissant, la congélation de la peau au point même de la douleur la fait disparaître instantanément.

J'ai surtout étudié l'action de la réfrigération intense dans la sciatique, je puis affirmer que les résultats sont merveilleux et instantanés. Dans d'autres névralgies, cette méthode est encore applicable, elle paraît l'être encore dans d'autres états pathologiques où la douleur est un élément capital. Vous me permettrez de ne pas insister, mes recherches sur ce point étant trop vagues encore pour qu'il me soit permis de vous en entretenir.

---

n'a jamais eu le choléra; il n'avait pris que l'habitude des éternuements.

—Il est une question plus sérieuse et au sujet de laquelle on réclame aussi un peu de tous côtés des avis nettement formulés et sérieusement motivés. Je veux parler de la dénonciation obligatoire des cas de maladie contagieuse et en particulier du choléra? Le médecin est-il autorisé à se retrancher derrière l'obligation du secret professionnel pour se refuser à obéir à la loi de 1822; ou bien doit-il, malgré les inconvénients qui en pourront résulter pour la famille de son client, prendre l'initiative d'une déclaration immédiate, qui sera aussitôt suivie de mesures d'isolement et de désinfection? Ma réponse sera celle de l'éminent doyen de la Faculté de médecine de Nancy. Dans son article SECRET MÉDICAL du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (p. 451), M. Tourdes s'exprime ainsi : « Des lois sur la police sanitaire consacrent une exception au secret médical en ce qui concerne l'apparition d'une maladie pestilentielle et contagieuse. La loi du 3 mars 1822 impose aux médecins d'informer l'autorité de tous les cas de maladie pestilentielle qui viennent à leur connaissance, afin que l'on puisse prendre vis-à-vis des malades les précautions nécessaires et préserver la santé publique de la contagion. » Et après avoir cité les articles 13 et 79 de cette loi, M. Tourdes conclut en ces termes : « Nul médecin n'oserait invoquer, dans un cas de ce genre, l'obligation du secret professionnel; il y est formellement dérogé dans l'intérêt public. »

Je crois bien aussi que, dans une épidémie de choléra, de fièvre jaune, de variole, etc., le médecin doit se conformer aux prescriptions de la loi de 1822, bien que cette loi soit comme beaucoup d'autres tombée en désuétude. Mais il y aurait un moyen de concilier les scrupules de certains de nos confrères avec les nécessités sociales. Ce serait d'imposer la déclaration des maladies contagieuses, non au médecin lui-même, mais aux parents, tuteur ou logeur du malade. On

Épidémiologie.

Rapport sur les expériences de M. Pasteur relatives a la prophylaxie de la rage, adressé à M. le ministre de l'instruction publique par une commission composée de MM. Béclard, Paul Bert, H. Bouley, Tisserand, Villemin et Vulpian (1).

Paris, le 4 août 1884.

Monsieur le ministre,

Dans le courant du mois de mai dernier, M. Pasteur vous demandait de nommer une commission à laquelle il désirait soumettre les magnifiques résultats auxquels l'avaient conduit ses expériences sur la rage.

Vous avez aussitôt obtempéré au désir de l'illustre savant dont s'honore la France, et, par votre arrêté du 19 mai, vous avez désigné : MM. Béclard, doyen de la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine ; Paul Bert, professeur à la Faculté des sciences, membre de l'Institut; Bouley, professeur au Muséum, membre de l'Institut; Tisserand, directeur au ministère de l'agriculture, conseiller d'Etat; Villemin, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaire, membre de l'Académie de médecine; Vulpian, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Institut.

Cette commission, dite *de la rage*, s'est constituée en votre présence le 28 mai; elle a nommé M. Bouley président, et M. Villemin secrétaire.

En quittant votre cabinet, elle s'est rendue au laboratoire de M. Pasteur, rue d'Ulm, 45, et rue Vauquelin, 14, où elle a visité l'installation des locaux et plusieurs animaux en cours d'expérience.

Pendant cette visite son attention est appelée sur un cobaye inoculé de la rage la veille par la méthode de la trépanation et avec un virus d'une intensité extrême. M. Pasteur annonce que cet animal sera pris de rage cinq jours après l'inoculation, c'est-à-dire le 1er juin. Il affirme, en outre, qu'en continuant à inoculer successivement des cobayes avec un fragment de bulbe du cobaye précédent, on provoque constamment la rage des sujets en cinq jours.

Cette précision dans la prévision des résultats a été, en effet, ultérieurement reconnue parfaitement exacte par la commission qui a suivi le développement de la rage dans une série de cobayes successivement inoculés. Tous ont manifesté les symptômes de la maladie au bout des cinq jours annoncés.

La commission remarque encore plusieurs lapins inoculés depuis huit jours par un virus violent et qui sont affectés de rage paralytique.

Séance du 1er juin. — Le contrôle des expériences sur les chiens a commencé le 1er juin. Afin d'abréger ses travaux, la commission propose à M. Pasteur de modifier un peu les termes du programme de sa Note académique des 19 et 20 mai. L'inoculation de la rage à la surface du cerveau au moyen de la trépanation constituant le procédé le plus rapide et le plus sûr, la commission exprime le désir de commencer tout d'abord les expériences d'inoculation par ce mode opératoire. M. Pasteur s'empresse d'accepter cette proposition, et, séance tenante, on inocule : 1° deux chiens traités antérieurement par M. Pasteur et considérés par lui comme réfractaires à la rage; 2° la même opération est ensuite pratiquée sur deux chiens indemnes de tout traitement antérieur, chiens neufs pris à la fourrière, pour servir de terme de comparaison et témoigner de l'activité virulente de la substance employée.

On inocule en outre deux lapins avec le même procédé et le même virus.

La matière d'inoculation est prise sur le bulbe d'un chien atteint de rage des rues, mort la veille à l'infirmerie d'Alfort. Un fragment de ce bulbe est délayé dans du bouillon stérilisé, et deux gouttes de ce liquide sont instillées sous la dure-mère de chaque animal.

A cet effet, on applique une petite couronne de trépan de 5 à 6 millimètres de diamètre, et, la rondelle osseuse enlevée, on introduit le liquide d'inoculation au moyen d'une seringue de Pravaz dont l'extrémité de l'aiguille est recourbée presque à angle droit. De cette façon, l'injection se fait immédiatement au-dessous de la dure-mère, sans intéresser la pulpe cérébrale.

M. Pasteur annonce qu'étant donnée la nature du virus rabique employé, les lapins ne prendront la rage que dans un intervallle de douze à quinze jours environ, qu'il en sera de même des deux chiens témoins, et que les réfractaires ne la prendront ni tôt ni tard, quel que soit le temps pendant lequel la commission les tienne en observation.

Séance du 3 juin. — Une dépêche de M. le vétérinaire Bourrel, demeurant rue Fontaine-au-Roi, 7, ayant annoncé qu'il avait dans son infirmerie un chien rabique furieux et très mordeur, rendez-vous est pris par la commission, qui se fait précéder chez M. Bourrel par un chien vacciné contre la rage par M. Pasteur et par un chien neuf pris à la fourrière destiné à servir de témoin. On fait mordre ces deux animaux par le chien rabique.

Séance du 4 juin. — M. Bourrel ayant avisé la commission que le chien enragé de la veille avait conservé toute sa vi-

(1) On n'a pas oublié que M. le ministre avait, sur la demande même de M. Pasteur, institué une commission chargée de contrôler les expériences déjà soumises par l'auteur à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine. Faut-il compter parmi les signataires du rapport M. le professeur Vulpian, bien qu'il n'y figure pas dans le *Journal officiel*? Est-ce une erreur de composition ?

---

pourrait aussi, comme en Angleterre, rendre ceux-ci civilement responsables en cas de non-déclaration d'une maladie contagieuse et de réclamations de la part des voisins. Toutefois l'essentiel en pareille matière est de ne rien faire qui soit inutilement vexatoire. Autant il est dangereux de laisser les maladies infectieuses se transmettre par les fosses d'aisance ou l'air ambiant, autant il serait peu conforme à nos mœurs de faire flamber à la lampe à alcool les parois de tout un appartement parce que, dans une pièce de cet appartement, un enfant aura été atteint d'une fièvre typhoïde. Soyons prudents, mais soyons raisonnables. Et, pour terminer par un bon conseil, laissez-moi vous rappeler, cher confrère, qu'Ambroise Paré avait donné de très bons conseils au sujet de la peste dont la prophylaxie diffère peu de celle du choléra et que, parmi ces conseils que j'ai résumés ailleurs, d'après une étude de M. Henri Feulard, se trouve le suivant : « Et sur toutes autres choses faut éviter la fréquentation des femmes d'autant que par icelle les forces et vertus sont diminuées et les esprits se résolvent et affaiblissent, principalement soit après le repas, pour ce qu'on débilite l'estomach, et par ce moyen se fait crudité de laquelle procède corruption et autres infinis accidens : pourquoy on peut conclure que dame Vénus est la vraye peste si on n'en use avec discrétion. »

C'est ce qu'un dicton populaire, appliquant au choléra les préceptes d'Ambroise Paré, traduisait par les vers suivants :

Tiens tes pattes au chaud,
Tiens vides tes boyaux,
Ne vois pas Marguerite;
Du choléra tu seras quitte.

Affichés sur les murs de Marseille, ces « *sages préceptes* », comme me l'écrit un correspondant aimable, ne vaudraient-ils pas mieux que les annonces de tant de préservatifs *infaillibles?* Ils seraient tout au moins inoffensifs, plus rassurants et moins lugubres.

gueur et était encore en état de mordre, on conduit chez lui deux nouveaux sujets : l'un réfractaire, prélevé parmi les vaccinés du chenil de M. Pasteur, et l'autre sortant de la fourrière. Ces deux chiens sont mordus par le chien enragé comme ceux de la veille.

Nous devons noter que la commission, afin de rendre les expériences plus décisives, a eu le soin, hier et aujourd'hui, de présenter en premier lieu au chien furieux les chiens réfractaires, dans la pensée que la bave des premières morsures pouvait être plus abondante et plus efficace.

Séance du 6 juin. — Le chien rabique furieux utilisé chez M. Bourrel pour les morsures des 3 et 4 juin ayant succombé à la maladie rabique le 6 au matin, la commission se réunit l'après-midi dans le laboratoire de M. Pasteur, et procède avec le bulbe de cet animal à l'inoculation, par trépanation, de six autres chiens.

De ces six chiens :

1° Trois sont déclarés réfractaires à la rage par M. Pasteur;

2° Les trois autres sont neufs et sortis de la fourrière. Des trois réfractaires de cette série il s'en trouve deux dont l'immunité contre la rage a déjà été éprouvée par inoculation sous la dure-mère le 9 juin 1882, et par inoculation dans la veine du jarret le 17 juin 1883.

Dans cette séance, on inocule en outre deux lapins par trépanation et avec la même matière.

Seance du 10 juin. — M. Bourrel ayant prévenu qu'il avait dans son infirmerie un chien enragé furieux et mordeur, la commission fait conduire chez lui deux chiens pour être mordus par le rabique : un réfractaire et un chien neuf de la fourrière.

Séance du 15 juin. — La commission constate : 1° qu'un des chiens témoins trépanés le 1er juin est pris de rage furieuse; il est inquiet, ne mange plus depuis le 13, et se précipite pour mordre contre tout ce qui touche sa cage; 2° que les lapins trépanés le 1er juin sont atteints de paralysie rabique; elle se traduit par une grande faiblesse des membres, surtout du train de derrière; le moindre choc les renverse, et ils éprouvent une grande difficulté pour se relever. Cette paralysie a commencé le matin du 14.

Séance du 16 juin. — La commission constate que le deuxième chien témoin, inoculé le 1er juin, dont elle avait remarqué l'allure suspecte la veille, est aujourd'hui dans un état de rage confirmée. Elle s'assure ensuite du bon état de santé des chiens réfractaires.

Séance du 17 juin. — Sur une dépêche de M. Bourrel, la commission se transporte rue Fontaine-au-Roi pour observer le chien témoin mordu le 3 juin et qui est atteint de rage furieuse; il dévore les planches de sa niche et mord sa chaîne en la secouant avec force.

La durée d'incubation a été remarquablement courte (quatorze jours), sans doute à cause du nombre des morsures qu'il avait essuyées à la tête.

La commission remarque qu'un des chiens témoins trépanés le 6 juin, est pris de rage paralytique ; il est sensiblement affaibli sur ses jambes, la tête est agitée d'une sorte de tremblement choréique, il est mordeur.

Enfin on fait mordre par un des chiens témoins du 1er juin devenu furieux :

1° Un chien réfractaire du chenil de M. Pasteur;

2° Un chien neuf, venu de la fourrière.

Séance du 19 juin. — Dans cette séance, la commission fait inoculer en sa présence :

1° Trois chiens vaccinés, reconnus réfractaires par M. Pasteur;

2° Trois chiens neufs sortis de la fourrière. La matière d'inoculation employée provient d'un fragment de bulbe du premier témoin trépané le 1er juin, pris de rage dès le 13 et mort dans la nuit du 18 au 19. L'inoculation, cette fois, se fait dans la veine externe du jarret. On injecte à chaque animal dix gouttes de la dissolution de bulbe dans du bouillon stérilisé. Cette méthode, remarque M. Pasteur, n'a pas la sûreté de celle de la trépanation lorsqu'il s'agit de virus de virulence moyenne.

Séance du 20 juin. — Par la méthode intraveineuse, mais à l'aide du virus rabique le plus virulent que possède M. Pasteur, virus beaucoup plus virulent que celui de la rage des chiens des rues, la commission fait inoculer douze chiens dont quatre neufs sortis de la fourrière, à titre de témoins, et huit réfractaires pris dans le chenil de la rue Vauquelin.

Séance du 26 juin. — Avec le bulbe du second témoin, trépané le 1er juin et mort de rage furieuse le 25, la commission fait inoculer dans la veine du jarret :

1° Un chien témoin venu de la fourrière;

2° Un chien réfractaire traité par M. Pasteur.

Ce dernier avait été vacciné immédiatement après avoir été mordu par un chien enragé le 9 mars dernier. Un témoin mordu en même temps que lui et par le même rabique avait été pris de rage au bout de soixante-cinq jours.

Séance du 28 juin. — M. Paul Simon, vétérinaire, demeurant rue de Pontoise, 3, ayant informé la commission qu'il avait dans son infirmerie un chien enragé furieux, très mordeur et pouvant servir à plusieurs attaques, celle-ci réunit aussitôt quatre chiens : deux réfractaires pris dans le chenil de M. Pasteur et deux témoins extraits de la fourrière. Ces 4 chiens sont mordus par le chien de M. Simon dans la journée du 28 juin.

Telles sont les expériences auxquelles la commission s'est livrée. Elle a pensé, Monsieur le ministre, que, dès à présent, et avant qu'elle puisse poursuivre, après les vacances, de nouvelles expériences, elle pouvait utilement vous soumettre les résultats qui ont passé sous ses yeux.

Voici, sous une forme abrégée, l'indication de ces expériences :

1° Les 1er et 6 juin, ont été inoculés par trépanation et avec un virus de chien à rage des rues : 10 chiens, dont 5 vaccinés contre la rage et 5 témoins pris à la fourrière;

2° Les 3, 4, 10, 17 et 28 juin, on a fait mordre, par des chiens enragés de rage dite spontanée des rues, 12 chiens dont 6 vaccinés contre la rage et 6 témoins;

3° On a inoculé par injection intraveineuse, le 19 juin, 6 chiens avec le virus de rage des rues; le 20, 12 chiens avec un virus très virulent, sortant du bulbe d'un lapin de quarante-sixième passage, c'est-à-dire ayant passé successivement dans une série de 46 lapins. M. Pasteur a démontré expérimentalement, devant la commission, que ce virus donne la rage aux lapins en 7 ou 8 jours et aux chiens en 8 ou 10 jours, quand on applique la méthode de trépanation. Enfin, le 26 juin, on a encore inoculé 2 chiens, avec le virus d'un témoin mort après inoculation.

La commission a donc mis jusqu'ici en observation, dans des expériences de diverse nature, 42 chiens, dont 23 présentés par M. Pasteur comme réfractaires à la rage et 19 témoins n'ayant subi aucune inoculation préventive ou vaccinale.

Les résultats constatés par la commission jusqu'à ce jour se décomposent ainsi qu'il suit :

Les 19 témoins ont présenté 3 cas de rage sur 6, à la suite des morsures par chiens enragés.

6 cas de rage sur 8 à la suite des inoculations intraveineuses.

Enfin 5 cas de rage sur 5 à la suite des inoculations par trépanation.

Les 23 vaccinés, au contraire, n'ont pas offert un seul cas de rage.

Cependant, au cours des expériences, un réfractaire ino-

culé par trépanation, le 6 juin, est mort le 13 juillet, à la suite d'une diarrhée avec évacuations noires, qui s'est manifestée chez lui, dans les premiers jours de juillet, dans l'infirmerie de M. Bourrel. Afin de voir si ce chien a pu mourir de rage, on a inoculé son bulbe le 13 juillet à trois lapins et à un cobaye. Aujourd'hui 4 août ces sujets sont encore très bien portants, et cependant ils ont dépassé le terme habituel où la rage apparaît chez les animaux de leur espèce après l'inoculation intracrânienne. Ils sont tenus en observation suivie.

Les travaux de la commission sont loin d'être terminés. En multipliant ses séances, en diversifiant les épreuves qu'elle a demandées à M. Pasteur, elle a voulu, Monsieur le ministre, répondre à votre confiance et à l'impatience de l'opinion publique.

Il lui reste de nombreux faits à vérifier encore, tout en poursuivant l'examen des divers essais qui ne sont pas encore terminés.

De toutes les séries d'expériences qui lui restent à entreprendre, la plus importante sera celle de la vaccination, faite par elle ou sous ses yeux, d'un grand nombre de chiens neufs, et de la comparaison qu'elle établira ultérieurement entre les chiens, après leur vaccination, et nombre égal de témoins qui n'auront subi aucun traitement.

En d'autres termes, la série des expériences faites sur les chiens vaccinés par M. Pasteur, a donné des résultats décisifs. Il reste maintenant, à la commission, à soumettre à des preuves multiples et variées de nombreux animaux qu'elle aura vaccinés de même.

Plus tard, elle aura à s'occuper de la prophylaxie de la rage chez des chiens mordus, en créant chez eux, pendant la durée de l'incubation, une immunité capable d'empêcher le virus de la morsure de déterminer la rage.

Veuillez agréer, etc.

Bouley, Béclard, E. Tisserand, Villemin, Paul Bert.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 11 AOUT 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND

Influence du travail intellectuel sur l'élimination de l'acide phosphorique par les urines. Note de M. *A. Mairet*. — Dans notre dernier numéro, nous avons rendu compte d'une première note de l'auteur indiquant les rapports qui existent entre l'acide phosphorique d'une part, la nutrition générale et la nutrition du muscle d'autre part. Cette communication est aujourd'hui complétée par l'étude des modifications qu'imprime le travail intellectuel à l'élimination de l'acide phosphorique et les rapports qui existent entre cet acide et la nutrition du système nerveux.

Après quoi M. Mairet résume ainsi, en les comparant entre eux, les résultats que lui ont fournis ses importantes recherches : « L'acide phosphorique se lie à la nutrition du muscle, du système nerveux et à la nutrition générale. Toutefois, ces différents facteurs font sentir différemment leur action sur l'élimination de l'acide phosphorique et de l'azote; tandis que le système nerveux, en fonctionnant, diminue l'acide phosphorique uni aux alcalis et l'azote, et augmente l'acide phosphorique uni aux terres, le muscle en activité agit d'une manière inverse: il augmente l'acide phosphorique uni aux terres; enfin la nutrition générale agit dans le même sens sur les deux espèces de phosphates et sur l'azote. Par conséquent, lorsque, dans un cas donné, ces facteurs, système nerveux, muscle, nutrition générale, agiront simultanément, on pourra faire la part qui revient à chacun d'eux dans les modifications constatées dans l'élimination de l'acide phosphorique en étudiant comparativement l'élimination de l'azote, de l'acide phosphorique uni aux alcalis et de l'acide phosphorique uni aux terres.

Influence de la chaleur sur la respiration et la dyspnée thermique. Note de M. *Ch. Richet*. — Voici les conclusions auxquelles de nombreuses expériences sur la dyspnée thermique, c'est-à-dire sur l'accroissement du nombre des respirations par le fait de la chaleur, ont conduit le savant physiologiste.

Malgré leur longueur, nous croyons devoir, en raison de leur importance, les reproduire ici *in extenso* :

1° On peut, chez le chien, par des excitations électriques fortes et répétées, provoquer un tétanos général. Ces contractions musculaires violentes accroissent rapidement la température du corps, et en même temps la respiration s'accélère. Dès que la température a dépassé 40°,5, le rythme respiratoire s'élève à 200, 300 et même 340 respirations par minute. Il y a donc une *dyspnée thermique centrale;* car, dans cette expérience, la température extérieure n'a pas varié, et la dyspnée interne qu'on observe alors ne peut reconnaître qu'une seule cause, l'échauffement du sang et du système nerveux.

2° Il y a aussi une *dyspnée thermique réflexe;* car des chiens placés dans une étuve, dont la température est entre 38 et 41 degrés, deviennent aussitôt très anhélants : leur rythme respiratoire s'élève brusquement à 300 et même 340 respirations par minute. Cependant leur température centrale n'a pas varié et reste pendant des heures entières la même qu'au début de l'expérience. Il s'agit donc là d'une *dyspnée thermique réflexe*, due à l'excitation spéciale de la peau ou du trijumeau par le milieu ambiant plus chaud qu'à l'état normal.

3° Cette dyspnée thermique réflexe ne s'observe pas chez l'homme, mais chez le chien; car le chien a besoin d'un appareil de réfrigération qui supplée au défaut de sa transpiration cutanée.

4° On constate que cet appareil de réfrigération lui est nécessaire pour supporter des températures extérieures élevées. En effet, un chien mis dans l'étuve, alors qu'il a été d'abord fortement muselé, ne peut pas faire des respirations fréquentes; aussi sa température s'élève-t-elle rapidement. Dans une étuve à 39 degrés, un chien laissé en liberté conserve pendant vingt-quatre heures sa température normale, tandis que pour un chien muselé la température, en une demi-heure ou une heure, s'élève de 39 à 42 et même 43 degrés.

5° Quel que soit le moyen qu'on emploie pour empêcher le rythme respiratoire d'être accéléré, la température du chien dans l'étuve s'élève très rapidement. Ainsi, en faisant respirer l'animal par la trachée et une canule d'étroit diamètre, qui suffit à sa respiration normale, mais qui ne suffit pas à une respiration accélérée, sa température s'élève à 42 et à 43 degrés, et il meurt asphyxié.

6° Le chloral à dose anesthésique, en abolissant toutes les actions réflexes, abolit aussi la dyspnée thermique réflexe, de sorte qu'un chien profondément chloralisé, n'ayant plus d'accélération respiratoire réflexe, s'échauffe en une heure ou deux jusqu'à une hyperthermie mortelle. Au contraire, la morphine, même à la dose de 50 centigrammes, n'empêche pas ce réflexe respiratoire.

7° Pour que le rythme fréquent des inspirations ait lieu, il faut que la trachée soit largement ouverte, que la résistance à l'inspiration et à l'expiration soit réduite au minimum, et, aussi, la tension de l'acide carbonique dans le poumon, partant dans le sang. Quand la surcharge d'acide carbonique est trop grande, la respiration devient profonde et lente, il y a donc une *dyspnée asphyxique* caractérisée par des inspirations lentes et profondes; tandis que dans la dyspnée thermique, la respiration est rapide et superficielle.

8° D'importantes différences séparent la dyspnée thermique centrale de la dyspnée thermique réflexe. Celle qui est réflexe est absolument abolie par le chloral, tandis que le chloral, même à dose anesthésique, n'empêche pas la dyspnée thermique de cause centrale, encore qu'il ralentisse quelque peu le rythme des inspirations. Il semble que le fait d'accélérer son rythme par la chaleur soit une propriété générale du système nerveux excito-moteur de la respiration, propriété qui ne peut disparaître par l'emploi des anesthésiques.

9° La dyspnée thermique centrale commence dès que la température de l'animal (chien) dépasse 40°,5; elle atteint son maximum quand la température de l'animal, mesurée dans le rectum, est entre 41°,5 et 42 degrés. Aucune excitation réflexe ne peut l'arrêter, tandis que la dyspnée thermique réflexe est soumise à l'influence de la volonté et de toutes les excitations périphériques.

10° Parmi les excitations périphériques, la plus puissante, pour ralentir la respiration accélérée, est le contact de l'eau froide; mais l'eau froide n'agit d'une manière durable que si la température du chien est au-dessous de 40°,6.

11° Dans la *thermo-dyspnée réflexe*, l'eau froide arrête immédiatement et d'une manière durable l'accélération respiratoire.

12° Dans la *thermo-dyspnée centrale*, l'accélération respiratoire persiste, alors même que la température du chien est revenue à l'état normal; il semble que le bulbe ait pris l'habitude d'un rythme précipité. Dans ce cas, l'eau froide, sans modifier notablement la température, ralentit d'une manière permanente ce rythme accéléré, qui avait persisté après un échauffement momentané. Mais, si la température est au-dessus de 40°,6 ou environ, le ralentissement par l'eau froide n'est pas permanent.

Nécrologie. — M. *le Président* annonce à l'Académie la nouvelle perte qu'elle vient de faire, la mort de M. le baron *Paul Thénard*, membre de la section d'économie rurale, décédé subitement vendredi dernier, 8 août 1884. Il propose de lever la séance immédiatement après le dépouillement de la correspondance, dans laquelle nous avons trouvé les deux communications que nous rapportons ci-dessus.

R.

Académie de médecine.

Séance du 12 aout 1884. — présidence de m. hardy.

Choléra. — A l'occasion de la lecture du procès-verbal et de la présentation d'un travail de M. Dutrieux faite dans la dernière séance, M. *Proust* s'élève une fois de plus contre l'opinion défendue par M. Jules Guérin de l'existence d'une constitution médicale spéciale ayant précédé à Toulon et à Marseille l'épidémie de choléra. Bien que l'enquête qu'il a faite personnellement à ce sujet ait été complètement négative, M. Proust a tenu à s'adresser aux médecins qui avaient fourni à M. Guérin les renseignements sur lesquels repose son argumentation. La réponse de M. le docteur Combalat, médecin des épidémies de Marseille, a été aussi péremptoire que celles de M. le docteur Cunéo, médecin de l'hôpital Saint-Mandrier à Toulon, et de M. Trastour, médecin en chef de l'hôpital du Pharo. Tous trois déclarent dans des lettres dont M. Proust donne en partie lecture, qu'il n'y a eu de constitution médicale prémonitoire ni à Toulon, ni à Marseille. Il résulte en outre des tableaux statistiques annexés à la lettre de M. le docteur Cunéo qu'en ce qui concerne Toulon, le nombre des diarrhées pendant les mois qui ont précédé l'épidémie a été de beaucoup inférieur à celui qui a été constaté pendant les mois correspondants des années antérieures.

En présence de ces faits M. Proust croit devoir repousser les affirmations contraires de M. le docteur Dutrieux, médecin oculiste d'Alexandrie, qui n'a pas assisté au début de l'épidémie et qui, par conséquent, n'a pu connaître que de seconde main les événements antérieurs.

A Aix, au contraire, la constitution médicale saisonnière, avant l'apparition du choléra, était nettement diarrhéique, d'après M. le docteur Lotil; cependant on ne peut pas davantage accuser cette constitution d'avoir été la cause du choléra, puisque les premiers décès cholériques survenus dans cette ville ont frappé des personnes arrivées récemment de Toulon et de Marseille.

Avant d'admettre l'influence d'une constitution médicale prémonitoire sur le développement des épidémies du choléra, M. Proust attendra donc que M. J. Guérin produise des arguments plus sérieux et provenant d'observateurs plus autorisés que M. Dutrieux.

M. *J. Guérin* espère répondre à M. Proust par des arguments péremptoires dans une prochaine séance, car il se propose d'aller refaire pour son propre compte à Toulon et à Marseille l'enquête qu'a déjà faite M. Dutrieux. En attendant il maintient complètement sa manière de voir et proteste contre les arguments *ad hominem* invoqués par M. Proust pour diminuer la valeur des faits rapportés par M. Dutrieux.

Rapport sur le choléra. — M. *Leroy de Méricourt* lit un rapport sur les nombreux documents relatifs au choléra, renvoyé à la commission des épidémies. Il s'élève contre la doctrine microbienne qu'il ne croit pas applicable encore au choléra. Il déplore les terreurs excessives et parfois les mesures dignes du moyen âge que la crainte de la contagion a pu inspirer, se ralliant d'une manière absolue aux opinions sages, mesurées et sérieusement scientifiques de MM. Straus et Roux. Rien dans les communications adressées à l'Académie n'a établi les conditions pathogéniques du choléra; on ne peut guère dire beaucoup plus de bien des mesures prophylactiques conseillées; les étuves chaudes restent encore le meilleur moyen de désinfecter les objets ayant servi aux cholériques; quant à l'acide salicylique à la dose de 12 centigrammes par litre de boisson, fortement prôné par un correspondant, il est probable que nos marchands de vin nous dispenseront d'avoir recours à ce moyen. M. Leroy de Méricourt insiste seulement sur l'attention qu'il faut avoir à ne pas hâter trop les inhumations dans les cas de décès survenus pendant la période algide, afin de ne pas prendre des morts apparentes pour des morts réelles. Quant au traitement, il n'a malheureusement rien à gagner aux nombreuses communications adressées à l'Académie et qu'inspire le plus souvent un désir de lucre habituellement avoué.

Ces moyens, d'ailleurs, considérés comme nouveaux, ont été déjà expérimentés et leur valeur est solidement établie par l'observation. Tous les médecins doivent savoir quand et comment ils sont utiles. Aussi le rapporteur demande-t-il que l'Académie adresse ses remerciements à ceux-là seuls de ses correspondants qui, étrangers, ont montré pour notre patrie des sentiments profondément sympathiques.

Dépopulation en Normandie. — Aucun autre orateur n'étant inscrit ou présent, M. *Lagneau* lit un rapport sur un travail démographique de M. Aubert, médecin-major. On rencontre encore en Normandie les deux vieilles races bretonne et scandinave; or les enfants, aussi nombreux en Bretagne qu'en Suède, sont rares en Normandie; les paysans normands n'en veulent pas. Aussi certains cantons ont-ils perdu depuis le commencement du siècle jusqu'à 48 pour 100 de leur population.

M. *Blot* s'étonne des affirmations de M. Lagneau. Celui-ci explique comment presque partout en France la natalité aujourd'hui paraît soumise à la loi suivante: elle est en raison directe des carrières ouvertes aux enfants. Ainsi les petits

propriétaires normands, agriculteurs, mais éleveurs de bestiaux, ce qui ne demande pas de bras, n'auront qu'un enfant, tandis que les Bretons pêcheurs, qui ont besoin de matelots, auront une nombreuse famille. — M. *Rochard* s'alarme aussi de ce qui se passe en France. Notre population, dans son ensemble (il ne s'agit plus du seul département du Calvados), n'augmente que de 2,3 pour 100 par an, tandis que l'Angleterre augmente de 15 pour 100, la Prusse de 13 pour 100. A la fin du siècle dernier, notre population représentait le quart de celle de toute l'Europe, aujourd'hui elle en représente le septième. Nous étions le second peuple comme nombre, nous ne sommes plus que le quatrième. Les causes de ces grands phénomènes sont connues. Ce sont des causes sociales; d'abord la loi qui divise l'héritage entre tous les enfants (on ne veut pas d'enfants plus pauvres que soi), la possibilité de jouir de sa fortune à vingt et un ans, et le droit de se marier à vingt-cinq ans seulement, et toutes les raisons de nos mariages tardifs; ensuite la division infinie de la propriété qu'on veut laisser désormais intacte à un héritier; enfin, il faut bien le dire aussi, il y a une cause matérielle dans l'infécondité des jeunes femmes élevées contrairement à tous les préceptes de l'hygiène. Ce sont là de grands maux, on n'y remédiera qu'en provoquant en France un grand mouvement d'expansion au dehors; nos colonies seules peuvent et doivent nous sauver.

— La séance est levée à cinq heures.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 8 AOUT 1884. — PRÉSIDENCE DE M. DUGUET.

Étude expérimentale sur la virulence tuberculeuse de certains épanchements pleurétiques et péritonéaux : MM. A. Chauffard et Gombault. — Du traitement de la névralgie sciatique par la congélation : M. Debove. — L'urée et le cancer : M. A. Robin. — Sphacèle rapide de la jambe gauche; amputation spontanée du membre au cours d'une néphrite interstitielle (Présentation de pièces anatomiques) : M. V. Hanot.

M. *Gombault* donne lecture, au nom de M. *A. Chauffard* et au sien, d'un mémoire intitulé : *Étude expérimentale sur la virulence tuberculeuse de certains épanchements pleurétiques et peritonéaux*. Nous publierons ce travail.

— M. *Debove* lit une note ayant pour titre : *Du traitement de la névralgie sciatique par la congélation* (voy. p. 545). Il présente à la Société deux malades : le premier est aujourd'hui entièrement guéri, et cette guérison a été obtenue en une seule séance, d'une façon presque instantanée; le second offre une légère récidive des douleurs sur le trajet du sciatique. M. Debove pratique la réfrigération au moyen du chlorure de méthyle, en présence des membres de la Société; cette opération est fort bien supportée par le malade, et elle est suivie immédiatement de la disparition absolue de toute souffrance, au repos ou pendant la marche.

— M. *A. Robin* donne lecture d'une note intitulée : *L'urée et le cancer*. Il rappelle que dans sa communication, à la dernière séance, M. Dujardin-Beaumetz a fait de fortes réserves au sujet de la valeur diagnostique de l'abaissement du chiffre de l'urée au-dessous d'une moyenne de 10 grammes chez les cancéreux; abaissement signalé par Rommelaëre (de Bruxelles), comme un signe presque absolu de cancer. M. A. Robin désire accentuer encore ces réserves, et démontre que le taux de l'urée chez les cancéreux est en rapport direct et constant avec l'alimentation. Il insiste sur trois points principaux :

1° Quand un individu atteint de cancer de l'estomac ou de tout autre cancer, parvient à ingérer et à digérer quelques aliments, l'urée urinaire augmente parallèlement à l'alimentation. En outre, au début même de la carcinose stomacale, le taux de l'urée dépend, pendant un court espace de temps, non seulement de l'alimentation, mais aussi des *réserves organiques* du malade. Il cite à l'appui de cette assertion un certain nombre d'observations d'individus atteints de cancer gastrique, hépatique ou vésical se nourrissant relativement assez bien, et chez lesquels la moyenne du taux de l'urée, fournie par plusieurs dosages successifs, a été de $14^{gr},16$, $17^{gr},50$, $24^{gr},77$, $26^{gr},85$ et même $33^{gr},79$.

2° Quand un malade atteint d'une affection viscérale chronique non cancéreuse ne se nourrit pas ou vomit ses aliments, l'urée s'abaisse chez lui tout autant que chez le cancéreux placé dans les mêmes conditions. C'est ainsi que dans des cas de cirrhoses diverses, de kystes hydatiques du foie, d'ulcère gastrique simple, MM. A. Robin, Dujardin-Beaumetz, Hanot, Dupré, Valmont, ont trouvé un chiffre d'urée représenté par moins de 10 grammes ($4^{gr},45$ à 10 grammes).

3° Enfin, si la nutrition était viciée chez les cancéreux, ainsi que l'entend M. Rommelaëre, on devrait retrouver dans l'urine les produits de désassimilation organique non parvenus à l'état d'urée, et, par suite, le rapport de l'urée à la totalité des matériaux solides de l'urine devrait, chez ces malades, s'abaisser sensiblement. Or M. A. Robin a trouvé chez les cancéreux qu'il a cités un rapport moyen de 42 pour 100, tandis que ce rapport, chez les malades non cancéreux, n'est que de 35,5 pour 100.

Ces trois ordres d'arguments, dit en terminant M. A. Robin, paraissent infirmer d'une manière définitive la proposition de M. Rommelaëre. Il semble, en effet, démontré que l'urée peut rester normale et même augmenter chez les cancéreux qui continuent à s'alimenter, et, d'autre part, que l'urée peut diminuer considérablement dans les affections chroniques des mêmes organes, si les malades vomissent leurs aliments ou cessent de se nourrir.

Le cancer n'a donc pas, par lui-même, une action spécifique sur la formation de l'urée, et il importe de prévenir les médecins contre les mécomptes auxquels ils s'exposeraient en donnant au taux de l'urée la valeur diagnostique que M. Rommelaëre lui attribue.

— M. *V. Hanot* présente des pièces anatomiques provenant d'une malade atteinte de néphrite interstitielle. Il s'agit de la jambe gauche de cette femme, qui s'est spontanément détachée de la cuisse à la suite d'un sphacèle rapide de toute la partie inférieure du membre. Cette femme, âgée de trente-huit ans, était entrée à l'hôpital Tenon, le 23 mai, pour des accidents de néphrite interstitielle non douteuse. Sortie le 27 juin, elle rentrait de nouveau dans les salles le 11 juillet, et était prise, le 17, d'une violente douleur dans le mollet gauche, avec sensation de refroidissement intense au niveau de la jambe. On pouvait sentir au creux poplité un cordon dur, volumineux, sur le trajet des vaisseaux. Bientôt tous les phénomènes habituels de la gangrène humide se développèrent successivement, et, dans l'espace d'une quinzaine de jours, la jambe gauche dans sa totalité se sépara de la cuisse au niveau de l'interligne articulaire du genou. Un fait curieux, méritant d'être signalé, c'est l'absence complète de fièvre pendant toute cette période de sphacèle et d'amputation spontanée : la température a oscillé entre 35°,8 et 37°,5. Aujourd'hui, le moignon formé par l'extrémité inférieure du fémur est en voie de cicatrisation lente. L'état général ne paraît pas sensiblement modifié. Ces accidents de sphacèle ressortissent à coup sûr à l'histoire, encore incomplète, des lésions artérielles chez les individus atteints de néphrite chronique; ils peuvent être rapprochés d'autres phénomènes

cliniques analogues, tels que le *doigt mort* signalé par M. Dieulafoy, et l'asphyxie locale des extrémités étudiée récemment par M. Roques.

— La Société s'ajourne au vendredi 10 octobre.

— La séance est levée à cinq heures et quart.

André Petit.

Société de chirurgie.

Séance du 30 juillet 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Hernie inguinale étranglée : M. Trélat. — Ostéoclasie et ostéotomie : M. Trélat. — Traumatisme et tuberculose : M. Kirmisson. — Présentation de malade : M. Kirmisson. — Présentation d'une pièce anatomo-pathologique : M. Polaillon.

M. *Trélat* rapporte le fait suivant : hernie inguinale étranglée, anus contre nature, guérison. Une femme de cinquante-trois ans entre le 2 juin au soir, dans son service de l'hôpital Necker, pour une hernie inguinale droite étranglée. L'interne de garde fait la kélotomie, et trouve l'intestin sphacélé en deux points par où s'échappe le contenu intestinal. La réduction étant de ce chef impossible, l'opérateur résèque toute la partie malade de l'intestin, et suture sa paroi à la plaie abdominale, établissant ainsi un anus contre nature ou plus exactement une large fistule stercorale. Quelques accidents insignifiants se développèrent à la suite de cette intervention, puis tout rentra dans l'ordre, et à la fin de juin la malade pouvait être regardée comme guérie, mais elle conservait une fistule stercorale. Cette fistule devint bientôt le point de départ d'érythème, d'ulcérations douloureuses, contre lesquels les moyens ordinaires restèrent sans résultat. C'est alors que M. Trélat institua un traitement qui lui avait déjà parfaitement réussi chez deux autres malades semblables : tous les deux jours un grand bain ; tous les cinq jours une bouteille d'eau de Sedlitz, et, dans l'intervalle, opium pour produire la constipation. Sous cette influence, l'érythème disparut, les ulcérations se cicatrisèrent, la fistule se ferma rapidement, et aujourd'hui la malade est complètement guérie.

— M. *Trélat* rappelle que, il y a environ trois mois, M. Robin (de Lyon) présenta à la Société un jeune garçon atteint d'un double genu valgum avec 31 centimètres d'écartement. Ce malade entra dans le service de M. Trélat, et le 28 mai M. Robin lui pratiqua une double ostéoclasie avec son appareil. L'opéré fut d'abord placé dans un appareil plâtré sans redressement pendant huit jours ; après ce laps de temps, il fut chloroformé, redressé et replacé dans un plâtre, où il resta pendant trente-deux jours. Les premières vingt-quatre heures il éprouva quelques douleurs, mais ne se plaignit plus ensuite. Au sortir de la gouttière, il présentait un cal indolent et une légère hydarthrose des genoux ; mais les membres étaient parfaitement droits. A la même époque, M. Trélat soumit une jeune fille atteinte de la même difformité à l'ostéotomie, suivant la méthode de Mac Even. Tout se passa également avec une grande simplicité : on appliqua immédiatement un premier appareil plâtré après redressement, et le treizième jour on le renouvela. Le trente-huitième jour l'appareil était enlevé, et la malade complètement guérie. Ainsi donc, dans les deux cas, même résultat excellent ; toutefois, lorsqu'on compare les deux méthodes d'ostéoclasie et d'ostéotomie, l'avantage reste à la première.

M. *Verneuil* a examiné deux opérés de genu valgum, l'un par le simple redressement, l'autre par l'ostéotomie ; dans les deux cas, le résultat orthopédique a été excellent, mais les deux malades ont de la mobilité latérale du genou, mobilité qui peut d'ailleurs être la conséquence du genu valgum lui-même.

M. *Bouilly* a eu le même succès que M. Trélat chez un malade qu'il a récemment opéré par l'ostéotomie.

M. *Tillaux* a opéré, il y a dix ans, les premiers malades atteints de genu valgum ; il les a suivis avec soin et revus ; chez tous la guérison s'est maintenue ; plusieurs exercent des professions pénibles ; un seul présente de la faiblesse des jambes.

M. *Polaillon* insiste sur le relâchement des ligaments latéraux dans un bon nombre de genu valgum.

Il a pratiqué l'ostéoclasie chez une petite fille de six ans et s'en est très bien trouvé.

M. *Lucas-Championnière*, qui a par devers lui un certain nombre d'opérations de genu valgum, croit que l'ostéotomie est préférable à l'ostéoclasie, pour cette raison que les malades opérés par la première méthode marchent plus tôt que ceux opérés par la seconde.

— M. *Kirmisson* lit un travail sur les rapports du traumatisme et de la tuberculose. (Renvoyé à une commission composée de MM. Chauvel, Terrillon, Polaillon.)

— M. *Kirmisson* présente une jeune malade atteinte de syphilis congénitale.

— M. *Polaillon* montre un volumineux polype utérin qu'il a enlevé chez une femme de quarante-trois ans. La tumeur, tombant entre les cuisses, avait retourné l'utérus en doigt de gant, ainsi qu'il était facile de le constater ; elle était ulcérée, sécrétait un liquide sanieux d'une odeur insupportable, et rendait l'existence intolérable. M. Polaillon l'enleva au thermo-cautère ; il craignait d'ouvrir le fond de l'utérus, et avait pris toutes ses précautions pour agir en conséquence ; il n'en fut rien, tout se passa sans accident ; aujourd'hui la malade est complètement guérie.

Alfred Pousson.

REVUE DES JOURNAUX

Fracture de trois côtes par action musculaire, par T. Edgar Uneerhill. — Il s'agit d'un homme de cinquante-quatre ans, qui, en soulevant un marteau très pesant, sentit une très violente douleur dans le côté gauche de la poitrine. Examiné quelques heures après, il n'offrait aucune trace de violence extérieure, mais on constata très nettement l'existence d'une fracture des sixième, septième et huitième côtes gauches un peu en dehors de l'angle. Les fractures des côtes par action musculaire sont rares et Malgaigne prétend ne les avoir observées que chez des gens ayant une altération préalable du squelette. Chez le malade en question il n'y avait aucune affection des os, et les fractures cependant ne peuvent être attribuées à aucune autre cause qu'à la contraction musculaire. (*The Lancet*, 28 juin 1884.)

Les éléments de la douleur dans l'obstruction intestinale, par Frédérick Trèves. — Dans la majorité des cas d'obstruction intestinale, spécialement dans ceux qui revêtent la forme aiguë ou subaiguë, la douleur est le symptôme prédominant. Elle tourmente le malade et devient pour le chirurgien un élément de diagnostic. On peut rapporter à quatre conditions la genèse de cette douleur : 1° elle résulte d'une irritation directe du péritoine et de l'intestin, comme dans l'étranglement ; 2° elle est la conséquence de mouvements péristaltiques et antipéristaltiques irréguliers et désordonnés ; 3° elle est due à la distension de l'intestin en amont de l'obstacle ; 4° elle est causée par de l'inflammation de l'intestin et du péritoine. L'auteur passe ensuite en revue les caractères de la douleur dans ces quatre circonstances et il cherche à en tirer quelque profit pour le diagnostic. (*The British medical Journal*, 12 juillet 1884.)

De la valeur diagnostique du signe de Westphal dans quelques formes rares de maladies de la moelle, par M. Julius Althaus. — La perte du réflexe rotulien a une très grande valeur dans les cas où les autres symptômes des maladies de la moelle font défaut; on peut ainsi en constatant son absence reconnaître la véritable origine de troubles, que l'on rapportait à une affection de l'estomac ou du foie, ou bien encore à la goutte, à l'hypochondrie ou à quelque autre cause. Dans le cas suivant le diagnostic goutte avait été porté par plusieurs praticiens expérimentés; ce fut la constatation du signe de Westphal, qui fit reconnaître à l'auteur l'existence d'un tabes. Un homme de cinquante-neuf ans vint le consulter en octobre 1881, se plaignant de douleurs dans la tête, la poitrine, le dos, les lombes, l'estomac, la vessie. Il avait eu la syphilis quinze ans auparavant, mais n'avait présenté aucun accident depuis douze ans. Il avait été soumis sans aucune amélioration au citrate de potasse, à la lithine, au colchique, etc. M. Althaus, soupçonnant le tabes, rechercha le réflexe rotulien et ne le trouva pas. Dès lors il porta le diagnostic ataxie et depuis le malade a des crises vésicales et rectales très nettes. Le même symptôme lui fit encore reconnaître un tabes chez un malade regardé comme hypochondriaque avec perte du pouvoir nerveux. L'auteur cite encore quelques autres observations analogues. (*The Lancet*, 12 juillet 1884.)

Fièvre typhoïde, compliquée de méningite suppurée et de perforation de la vésicule biliaire, par le docteur J.-W. Bond. — Enfant de sept ans, malade depuis dix jours: vomissements incessants, délire très intense, pas de diarrhée. Le diagnostic hésite entre une fièvre typhoïde et une méningite. Six jours après son admission, il tomba dans le collapsus, sa température s'abaissa, et on crut à une perforation intestinale ou à une hémorrhagie. Après cet incident il se releva un peu, mais finit par succomber avec des phénomènes de pneumonie et une escharre au sacrum le vingt-huitième jour de sa maladie.

Autopsie. A l'ouverture du crâne l'encéphale apparaît recouvert d'une couche épaisse de pus surtout à la base de l'hexagone de Willis. Les ventricules latéraux contiennent du pus. Dans l'abdomen les intestins sont modérément distendus; un épanchement grumeleux de coloration orangée se trouve au-dessous du foie; pas de traces de péritonite. La vésicule biliaire est perforée et a laissé échapper le liquide, que nous venons de signaler; il n'y a pas de calculs dans son intérieur. Dans l'iléon on constate quelques ulcérations caractéristiques de la fièvre typhoïde.

Le diagnostic dans ce cas était de la plus grande difficulté; même après la mort, il ne s'éclaira que par la constatation des ulcérations caractéristiques. Il est probable que la perforation de la vésicule biliaire survint dans les derniers jours, au moment du collapsus et de l'abaissement de la température. Il est difficile de dire si la méningite commença avant ou après la fièvre typhoïde, mais il est probable que les deux affections coexistaient au moment de l'admission du malade. (*The British medical Journal*, 12 juillet 1884.)

De la désinfection des crachats des phthisiques, par MM. Schill et Fischer. — La difficulté de cette désinfection tient à ce que l'expectoration contient non seulement des bacilles faciles à reconnaître, mais aussi des spores. Or ces dernières, difficiles à déceler, sont infiniment plus réfractaires vis-à-vis des agents désinfectants. Les expériences faites par les auteurs sont intéressantes au plus haut degré, et, si le résultat fort inattendu auquel ils ont été conduits se confirme, l'hygiène publique devra se féliciter. Le résultat auquel nous faisons allusion est celui-ci : vis-à-vis du microbe de la tuberculose, l'acide phénique s'est révélé comme germicide très énergique, très supérieur à ceux qui jouissent actuellement de la plus grande faveur. Au fond il n'y a là rien qui doive nous surprendre. Un même agent ne saurait tuer tous les germes, pas plus qu'un même virus ne saurait influencer tous les organismes.

Quoi qu'il en soit, l'acide phénique à 5 pour 100, mélangé en petite quantité aux crachats, détruit rapidement et les spores et les bacilles. Le sublimé, même à dose de 2 pour 100, ce qui constitue une proportion énorme, s'est montré infidèle et l'on doit renoncer à son emploi. L'alcool à 90 degrés a donné de bons résultats, mais il en faudrait des quantités considérables et ce produit est trop coûteux.

Nous ne pouvons donner la liste de toutes les substances qui ont été expérimentées à ce point de vue ni le résultat de cette expérimentation laborieuse. Disons un mot cependant de l'action de la chaleur, seul procédé pratique pour la désinfection des vêtements, de la literie, etc.

La chaleur sèche ne donne rien et paraît condamnée une fois de plus.

Lorsque l'on place dans l'étuve à vapeur des crachats enveloppés de papier et d'un morceau de coton, les spores sont certainement détruites au bout de trente à soixante minutes. Lorsque la vapeur agit sur des crachats frais non desséchés, la destruction des spores est complète au bout d'un quart d'heure, la pénétration de la petite masse étant très rapide.

La coction des crachats est naturellement un procédé héroïque; malheureusement on ne voit pas bien comment il pourrait être employé en pratique. (*Mittheil. aus dem Kais. Geseindhertsamt*, 1884, p. 296.)

Remarques sur la cicatrisation des plaies et des fractures chez les personnes âgées, par G.-M. Humphry. — Plusieurs observateurs et l'auteur lui-même de ce travail ont remarqué la rapidité de cicatrisation des plaies chez les vieillards. Cela s'observe spécialement dans les ulcères de jambe, si fréquents dans la période avancée de l'existence, mais on le constate également pour d'autres parties du corps. L'attention de M. Humphry a été attirée sur ce sujet par le cas d'un homme, âgé de quatre-vingt-huit ans, qui le consulta il y a quelques années pour une tumeur végétante et ulcérée de la lèvre inférieure. Le chirurgien enleva la tumeur au moyen d'une incision en V : la perte de substance se cicatrisa avec une étonnante rapidité. A peu près à la même époque le même chirurgien opéra d'une hernie fémorale une femme très affaiblie, âgée de soixante-quinze ans: la cicatrisation se fit dans l'espace de trois jours. En apparence paradoxale, l'opinion qui veut que les blessures des vieillards guérissent plus vite que celles des personnes jeunes, est cependant confirmée par les faits. Les plaies de la cornée, par exemple, guérissent chez les vieillards avec une admirable facilité. Les fractures se consolident aussi très rapidement chez les vieillards, et on trouve dans *The system of surgery* de Gross, l'observation d'une femme de cent ans, qui guérit d'une fracture de l'humérus dans les délais ordinaires et celle d'une autre malade de quatre-vingt-treize ans, qui, s'étant fracturé la cuisse au tiers inférieur, vit un cal solide se former en sept semaines. Cependant on trouve l'opinion inverse soutenue dans *The system of surgery* de Holmes et dans l'*Encyclopédie internationale de chirurgie.* Les causes du retard de la consolidation ou de la non-consolidation des fractures du col du fémur tiennent à d'autres circonstances qu'à l'âge des malades. En confirmation de l'opinion qu'il avance, l'auteur termine son travail par un résumé de 12 observations de plaies chirurgicales ou accidentelles guéries très rapidement chez des vieillards âgés de soixante-dix à quatre-vingt-dix ans et plus, et de 15 observations de fractures également consolidées très vite chez des malades aussi âgés. (*The British medical Journal*, 12 juillet 1884.)

Travaux à consulter.

L'OXYGÈNE NÉCESSAIRE AUX PARASITES DE L'INTESTIN, par M. BUNGE. — Expériences curieuses faites sur des ascarides. — Si l'on enlève l'oxygène aussi complètement qu'il est possible par les moyens actuels de la physique et de la chimie, ces animaux vivent encore quatre ou cinq fois vingt-quatre heures et ils continuent à se mouvoir avec la plus grande vivacité. Ce qui ne veut pas dire qu'ils puissent absolument se passer d'oxygène, car, dans les mêmes conditions, ils vivent de huit à quinze jours lorsqu'ils ont de l'oxygène. Donc la source de la puissance musculaire ne peut être, du moins exclusivement, l'oxydation des tissus. (*Zeitsch. für phys. Chemie*, t. VIII, fasc. 1-2.)

ACTION THÉRAPEUTIQUE DE L'HYDRASTIS CANADENSIS, par M. FELLNER. — Il s'agit de l'extrait du *golden seal* des Anglais, recommandé récemment par le professeur Schatz. Expériences sur les animaux faites dans le laboratoire du professeur V. Basch (de Vienne). Résultats ambigus. (*Centralb. für die med. Wiss.*, 1884, n° 24.)

CONTRIBUTION A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU FOIE, par M. WAGNER. — L'auteur étudie successivement : la coïncidence du foie granuleux et de la tuberculose du péritoine; l'atrophie aiguë rouge du foie (avec une observation probablement unique dans la science); la fièvre intermittente hépatique (Charcot); la tuberculose miliaire aiguë du foie; les inégalités de la surface du foie après la ponction de l'aorte. Ces dernières inégalités seraient dues à la rentrée brusque du sang dans certains districts vasculaires du foie décomprimé. (*Deutsch. Archiv f. klin. Med.*, t. XXXIV.)

DE LA GRAISSE DANS LES PARENCHYMES MALADES, par MM. WEYL et APT. — La teneur en graisse du foie normal varie de 2,4 à 5,9 pour 100, en moyenne elle est de 3,7 pour 100; celle du cœur est de 1,7 à 2,4 pour 100, en moyenne 2,2 pour 100. — Or, cette teneur atteint dans la fièvre 17,8, 8,6, 15,1, 14,2, 7,6, 8,7 pour 100 dans le foie; 7,8 à 10 pour 100 dans le cœur. Dans certains cas où l'apport d'oxygène est diminué, on trouve de même la proportion de graisse augmentée. Dans la tuberculose, le foie possède 8,6 à 17,8 pour 100 de graisse; le cœur, 6,5 à 7,8 pour 100. Dans la leucémie, le foie présente 15,1 pour 100. (*Archives de Virchow*, t. XCV, p. 351.)

DE LA NÉVRITE DANS LE ZONA, par M. DUBLER. — Dans deux cas, l'auteur a trouvé comme lésion anatomique du zona une névrite interstitielle et parenchymateuse étendue jusque dans les rameaux sous-cutanés. Il n'admet pas les opinions émises récemment au sujet de la nature du zona. (*Virchow's Archiv*, t. XCVII, p. 195.)

DU RÉFLEXE DES HYPOCHONDRES, par M. REINHARD. — Lorsque, dans l'espace qui sépare les lignes axillaire et mamillaire, on comprime brusquement la paroi abdominale sous le rebord des fausses côtes, on provoque une inclinaison immédiate du tronc vers ce côté, suivie d'une inspiration spasmodique. Ce phénomène n'est ni le réflexe des parois de l'abdomen, ni un simple chatouillement. Il appartiendrait plutôt aux réflexes tendineux, et jouerait un certain rôle dans l'ataxie locomotrice. (*Centralb. für Nervenheilk.*, 1884, n° 6.)

DE LA CHIRURGIE DU POUMON, par le professeur ALBERT. — Critique vive et judicieuse, non de l'opération en elle-même, mais des prétentions de ceux qui ont soulevé la question. La conclusion à double tranchant est assez intéressante : après avoir résumé une observation de Weinlechner, qui, suivant lui, est la seule observation publiée de véritable chirurgie du poumon, le professeur de Vienne ajoute : « L'importance de pareilles opérations ne fait de doute pour aucun de ceux qui admettent la résection de l'intestin pour tumeurs malignes. Malheureusement on sait trop que les résultats durables de pareilles tentatives ne sont que de rares exceptions. » (*Wiener med. Presse*, 1884, n°s 27 et 28.)

ACTION DE L'ANTIPYRINE, par M. BUSCH. — Confirme les résultats de Filehne. Neuf observations. « Cet antipyrétique a un grand avenir; il produit des effets constants et rapides, même lorsque la température est élevée, ce qui n'existe pas pour la kairine. » Les résultats d'une médication prolongée sont laissés à une observation ultérieure. (*Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 27.)

EMPOISONNEMENT PAR L'INHALATION DE L'ACIDE AZOTIQUE FUMANT, par M. SCHMITZ. — Deux observations. — A côté des phénomènes bien connus d'irritation des voies respiratoires, l'auteur a observé, les deux fois, de la faiblesse des membres, des douleurs de tête, des vertiges, des troubles visuels, c'est-à-dire des phénomènes cérébraux qu'il attribue à la pénétration directe de l'acide hypoazotique jusque dans les centres nerveux. (*Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 27.)

RELATION D'UNE ÉPIDÉMIE DE SCARLATINE, par M. MŒLLMANN. — Relation très intéressante due à un médecin de campagne qui s'est trouvé avoir à lutter contre une épidémie grave de scarlatine qui dura plus d'un an, atteignit 493 personnes, et occasionna 98 décès. Nous citons les phrases suivantes, concernant la prophylaxie : « Je ne pense pas que, dans l'état actuel de la loi et de la culture populaire, l'on puisse organiser à la campagne une prophylaxie sérieuse de la scarlatine. Un semblant de prophylaxie n'empêcherait pas l'infection et accroîtrait l'éloignement des masses vis-à-vis des mesures de police sanitaire. Je me suis complètement résigné ; je n'ai pas le moindre essai d'isolement à me reprocher, et je n'ai fait fermer qu'une école. » (*Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 27.)

LA DOULEUR OVARIQUE DES HYSTÉRIQUES, par M. LANDAU. — Ne siégerait pas dans les ovaires. Après avoir enlevé une tumeur ovarique chez une hystérique, il constata que les douleurs persistaient avec le même caractère et la même violence. Cette douleur indiquerait une lésion des nerfs du plexus lombaire. (*Deutsche med. Woch.*, 1884, n° 17.)

EMPLOI DES SUPPOSITOIRES DE QUININE, par M. PICK. — Cette méthode permet l'emploi des doses massives (chez les enfants, depuis 1 gramme à 1gr,5 de chlorhydrate de quinine avec 2 grammes de beurre de cacao et cérat q. s.). On lave l'intestin, et on place le suppositoire aussi haut que possible. (*Deutsche med. Woch.*, 1884, n° 18.)

EMPLOI DES COUSSINS D'EAU COMME ANTIPYRÉTIQUE, par M. QUINCKE. — Employé dans la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la pneumonie, etc. Les coussins, d'une contenance de 50 litres environ, sont remplis d'eau de 7 à 13 degrés. L'abaissement de la température n'est pas aussi considérable que par les bains; par contre, la réascension est plus lente. Avantageux pour le malade et facilite le service. (*Deutsche med. Woch.*, 1884, n° 18.)

VORLESUNGEN UEBER PHARMAKOLOGIE FUR ÆRZTE UND STUDIRENDE (Leçons de pharmacologie), par M. le docteur BINZ, professeur à l'Université de Bonn. 1 vol. in-8° de 270 pages. Berlin, 1884. — Livre intéressant, facile à lire, ne donnant que les choses essentielles. L'auteur a évité les subtilités toxicologiques, les finesses de physiologie, les controverses sur des théories ou des faits qui n'intéressent pas la majorité des lecteurs. Le volume publié jusqu'ici (il doit y en avoir trois) contient vingt et une leçons généralement consacrées à des alcaloïdes ou bien à des médicaments modernes, tels que le chloral, les bromures de potassium et de soude. Voici le sommaire de l'un de ces chapitres, qui indiquera suffisamment la manière de l'auteur :

Conicine; propriétés; mort de Socrate; autres observations sur l'homme; analyse de l'action. Méthylconicine. Emploi thérapeutique du *Conium maculatum;* bromhydrate de conicine. Pipéridine, un homologue de la conicine; la ciguë vireuse.

BIBLIOGRAPHIE

GYMNASTIQUE. NOTIONS PHYSIOLOGIQUES ET PÉDAGOGIQUES, par le docteur COLLINEAU. In-8°. 1884. J.-B. Baillière. — Tout ce qui a été écrit sur la gymnastique se trouve résumé dans cet ouvrage, dont le plan laisse beaucoup à désirer. L'auteur a cru devoir entrer dans des considérations préliminaires d'anatomie et de physiologie empruntées à divers manuels, notions absolument inutiles aux médecins, qui les retrouvent partout, et insuffisantes pour les personnes étrangères à l'art, qui n'en seront pas plus éclairées sur la structure des organes, les fonctions du cœur, des poumons, sur les échanges nutritifs, etc., etc.

L'ouvrage avait tout à gagner à se placer sur un terrain plus pratique, et à se résumer surtout dans ses premières parties.

Chirurgie des enfants. Leçons cliniques professées à l'hôpital des Enfants malades par le docteur de Saint-Germain, recueillies par le docteur P. Mercier. In-8°. 1884. Lauwereyns. — Une pratique de douze années a fourni à l'auteur les éléments de ce livre, qui, joint à ses éléments de chirurgie orthopédique, constitue une œuvre presque complète de chirurgie infantile.

L'auteur s'y défend avec raison de tout procédé de compilation. Ceux qui ont suivi ses leçons le reconnaîtront facilement.

La thérapeutique chirurgicale tient la plus grande place dans ces trente-sept leçons, où le chirurgien de l'hôpital des Enfants met sous nos yeux les faits les plus intéressants de sa longue pratique.

Comme tous ceux qui écrivent ce qu'ils ont vu et ce qu'ils ont fait, M. de Saint-Germain nous met souvent en présence de théories ou de procédés tout personnels sur lesquels la critique peut librement s'exercer, et nous croyons qu'elle y trouvera matière, dans plusieurs chapitres, et en particulier dans ceux qui concernent la trachéotomie et le traitement chirurgical des épanchements pleuraux; mais on sait gré à l'auteur de la franchise avec laquelle il expose et défend ses propres opinions, et on lit avec plaisir un livre où l'intérêt du sujet est toujours soutenu par une forme des plus distinguées.

Du rein mobile, par le docteur F.-P. Guiard, ancien interne des hôpitaux. Paris, 1883. J.-B. Baillière et fils. — Intéressante revue clinique de l'état actuel de la question du rein mobile ou ectopie rénale acquise, dans laquelle le diagnostic tient, à juste titre, une place importante, eu égard aux difficultés toujours grandes, parfois presque insurmontables qu'éprouve le clinicien à reconnaître cette affection d'une façon certaine. L'auteur montre d'abord comment les symptômes fonctionnels peuvent conduire à soupçonner l'ectopie rénale, et ensuite comment les symptômes physiques permettent de confirmer cette hypothèse et d'éviter de confondre le rein mobile avec une multitude d'autres tumeurs de l'abdomen. Après avoir reconnu que le rein est déplacé et mobile, il s'agit, pour préciser davantage, de rechercher les conditions anatomo-pathologiques dans lesquelles il se trouve actuellement, et ce complément de diagnostic est d'autant plus important qu'il conduit à des conséquences thérapeutiques du plus haut intérêt. En effet, si le repos, les bains, les précautions d'hygiène, surtout chez la femme au moment des règles, suffisent dans les cas où la santé ne paraît pas atteinte, par contre, la constatation de phénomènes généraux inquiétants commande une intervention opératoire : si le rein est, ou paraît à peu près sain, on aura recours à la fixation suivant la méthode de Hahn; s'il est atteint de lésions graves, sarcome, pyélo-néphrite, etc., on sera autorisé à pratiquer, de préférence par la voie abdominale, l'opération de la néphrectomie.

Creuznach : Études médicales sur ses eaux chlorurées, iodo-bromurées, par le docteur V. Deneffe, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Gand. Bruxelles, 1884. A. Manceaux. — Cette brochure de plus de 300 pages renferme une consciencieuse étude des eaux de Creuznach, divisée en trois parties principales : la première est consacrée au site, à la ville, au pays environnant; la seconde aux eaux minérales elles-mêmes, à leur composition, à leur mode d'action, aux différentes cures; la troisième enfin à la pathologie, aux diverses maladies générales ou locales justiciables du traitement par les eaux de Creuznach. Les indications générales de ce traitement peuvent se résumer dans ces quelques mots : « Toutes les fois que le médecin devra relever la vitalité, toutes les fois qu'il cherchera à faire résorber les produits morbides, dans quelque tissu qu'ils soient infiltrés, il pourra s'adresser avec confiance aux eaux de Creuznach. » C'est en particulier la cure des manifestations de la scrofule qui est la caractéristique de cette station balnéaire.

Étude clinique sur les cystites, par le docteur Maurice Hache, ancien interne des hôpitaux.— Thèse de Paris, 1884. Félix Alcan. — C'est à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie, du diagnostic et du traitement des cystites que le docteur Hache a consacré sa thèse inaugurale; aussi a-t-il divisé son travail en trois parties principales répondant à chacune des divisions du plan général. Une quatrième partie, dont l'intérêt est très grand, vient s'ajouter aux trois premières, et renferme un nombre considérable d'observations dont la plupart sont personnelles à l'auteur. Par cystite, on doit entendre l'inflammation de la vessie, que cette inflammation soit étendue à toutes les tuniques de l'organe ou qu'elle soit limitée à la muqueuse; cette inflammation reconnaît d'ailleurs des causes multiples locales ou générales : parmi les premières se rangent les traumatismes, les affections des organes génito-urinaires, enfin l'importation vibrionienne et la contagion par les instruments; parmi les secondes on peut citer le rhumatisme, la goutte, la septicémie, etc., et enfin tout le groupe des cystites hyperhémiques. C'est non seulement à reconnaître l'existence de la cystite, mais encore à établir la variété en présence de laquelle on se trouve, que doit tendre le diagnostic différentiel; il ne sera d'ailleurs complet que s'il fixe, en même temps, l'existence ou l'absence de complications ou de lésions dont la coexistence peut avoir une importance majeure au point de vue du traitement à intervenir. Ce traitement lui-même est dominé par la notion de la cause de la cystite et celle du terrain sur lequel elle s'est développée; c'est ainsi qu'on pourra accorder une valeur rationnelle au traitement général ou au traitement local, et combiner, suivant chaque cas particulier, les divers procédés dont dispose la thérapeutique.

Étude sur les cancers de l'œil, par le docteur Gustave Dron (de Tourcoing). Lille, 1884. Octave Doin. — Monographie dont le point de départ réside dans une intéressante observation de sarcome de la choroïde opéré, après diagnostic, chez une femme de quarante-quatre ans dont la guérison persiste encore quatre ans après l'énucléation. La nature et le siège de la tumeur ont d'ailleurs été confirmés par l'examen de la pièce anatomique. Une planche en chromolithographie, jointe à l'observation, reproduit les caractères macroscopiques de la lésion. L'ouvrage du docteur Dron renferme deux parties : dans la première, il étudie le sarcome de la choroïde, le gliome de la rétine et les carcinomes oculaires; dans la seconde, il aborde une difficile question de pathologie générale, qu'il subdivise en trois titres principaux : Qu'est-ce que la diathèse cancéreuse? Comment se fait la généralisation du cancer? Comment peut-on concevoir son étiologie? Il résume, en terminant, une partie des notions exposées au cours de cette consciencieuse discussion par deux propositions essentielles dans l'espèce : pour lui, la théorie qui invoque une diathèse cancéreuse n'est pas soutenable, et l'on se trouve, au contraire, en présence d'un trouble cellulaire qui peut rester localisé pendant des mois. Ce trouble cellulaire ne dépend pas d'une idiosyncrasie, c'est-à-dire d'une tendance naturelle à la prolifération, propre au système conjonctif; c'est dans une altération primitive du système nerveux trophique que l'origine de l'affection cancéreuse doit être recherchée.

Considérations sur la rage, principalement au point de vue du diagnostic, par le docteur Camille Gros, ancien interne des hôpitaux de Paris. Alger, Adolphe Jourdan. — Une rapide étude de la rage et du virus rabique chez les animaux, et de la symptomatologie de la rage communiquée chez l'homme, conduit l'auteur au sujet principal de son travail, le diagnostic différentiel de la rage. Il établit, par un assez grand nombre d'observations et par la discussion des faits cliniques importants, que l'on distingue facilement la rage des accidents hydrophobiques succédant à un refroidissement brusque, à la suppression des menstrues, l'hydrophobie étant le seul symptôme commun; le diagnostic est également facile avec les accidents hydrophobiques compliquant les fièvres, les névroses, le délire aigu, les plaies par armes à feu, les piqûres d'arêtes de poisson, les prodromes et la marche de l'affection étant très dissemblables; il en est de même pour les accidents résultant uniquement de la peur de la rage. Dans quelques cas, cependant, l'erreur au début sera parfois possible. Le diagnostic sera, au contraire, difficile dans certains cas de délire aigu précédé de symptômes hydrophobiques, lorsque l'on ne sait pas si le malade a été exposé à la contagion. Ce qui caractérise cliniquement la rage, c'est une suite d'accès hydrophobiques séparés par des intervalles de calme, pendant lesquels on observe une excitation continuelle et un délire ayant des caractères spéciaux; ces accès s'accompagnent de convulsions devenant plus intenses, plus fréquentes, se généralisant et entraînant la mort du malade. On ne peut d'ailleurs tirer aucun signe certain de l'examen cadavérique des organes, toutes les lésions pouvant se rencontrer chez des individus morts d'accidents hydrophobiques étrangers à la rage. L'auteur termine par quelques brèves considérations sur le pronostic et le traitement.

Uréthrites latentes et uréthrites glandulaires (contribution à l'étude de la blennorrhée), par le docteur F.-P. Guiard, ancien interne des hôpitaux. Paris, 1884. J.-B. Baillière et fils. — Sous le nom d'*uréthrites latentes* il faut entendre des uréthrites

qui ne donnent lieu à aucun écoulement spontané ni à aucun autre symptôme apparent. L'absence d'écoulement résulte soit du peu d'abondance de la sécrétion, dans l'uréthrite antérieure, de telle sorte qu'une goutte de liquide n'a pas le temps de se constituer dans l'intervalle de deux mictions; soit, dans l'uréthrite postérieure, de la même cause ou de la rétention, en arrière du sphincter membraneux, d'une sécrétion parfois même assez considérable. Dans d'autres cas mis en lumière par l'auteur, la sécrétion de l'uréthrite postérieure peut donner lieu à un écoulement simulant de tout point celui de l'uréthrite antérieure. Le diagnostic exact, d'une importance capitale en vue du traitement, sera toujours facilement établi au moyen d'un explorateur à boule, suivant les préceptes formulés par Guyon. Ces uréthrites latentes s'accompagnent quelquefois, même après un temps assez long, d'accidents de prostatite, de cystite et d'orchite; il y a donc grand intérêt à les traiter méthodiquement. Mais leur guérison définitive est souvent difficile à obtenir lorsqu'elles se montrent au cours du traitement d'une blennorrhée par les instillations de nitrate d'argent; elles sont liées, dans ce cas, d'après M. Guiard, à l'existence d'une uréthrite glandulaire qui échappe à l'action du nitrate d'argent, tandis que l'uréthrite muqueuse, qui les accompagnait au début, a été promptement guérie par le traitement local.

VARIÉTÉS

LE CHOLÉRA.

Bien que très lente dans son évolution, l'épidémie cholérique poursuit sa marche graduellement envahissante. Après Aix, Arles, Nîmes, Montpellier, Privas et ses environs, Salins de Girand, voici que Perpignan se trouve atteint, ainsi que Rivesaltes. Sans doute, les décès y sont jusqu'à ce jour peu nombreux. Il semble que, sauf à Toulon et à Marseille, le choléra ne doive faire dans les localités où il sévit qu'un petit nombre de victimes. Les cas signalés à Auxerre et à Puits-de-Bons (Yonne) paraissent ne pas donner naissance, jusqu'à ce jour du moins, à un foyer d'infection secondaire. Il en est de même en Italie, où les épidémies locales que nous avons signalées dans notre dernier bulletin semblent rester stationnaires.

Nécrologie : Albert Dumont. — L'enseignement médical vient de faire une perte aussi grande qu'inattendue dans la personne de M. Albert Dumont, directeur de l'enseignement supérieur, mort subitement, le 13, à Garancières. Les obsèques ont lieu aujourd'hui jeudi à l'église Notre-Dame-des-Champs.

— On nous annonce la mort également subite de M. le docteur Burq, dont le nom a si souvent retenti dans les questions de choléra et de métallothérapie. Quelque opinion qu'on ait pu se faire de ses opinions, personne n'a jamais contesté ni sa parfaite bonne foi, ni le désintéressement de son zèle pour la science.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Jean-Baptiste Jacquinet, médecin à Chalautre-la-Grande (Seine-et-Marne), décédé le 22 juillet dernier dans sa quatre-vingt-sixième année.

Assistance publique. — Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du VIe arrondissement que, le dimanche 17 août 1884, il sera procédé, dans l'une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin.

Élèves-femmes. — Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, consulté sur l'admission des étudiantes en médecine, externes des hôpitaux de Paris, au concours de l'internat, a émis un avis favorable.

Cinquième examen de doctorat. — Par un décret du Président de la République, rendu le 5 août, sur la proposition du ministre de l'instruction publique, l'*épreuve écrite*, prévue au cinquième examen, est supprimée.

Thèses de doctorat. — Un arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 5 août, décide ce qui suit :

Art. 1er. — La thèse à soutenir pour les candidats au grade de docteur en médecine consiste en une dissertation imprimée sur un sujet de médecine ou de chirurgie, choisi par le candidat. Le candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

Art. 2. — Le présent arrêté recevra son exécution à partir du 1er novembre 1884.

Art. 3. — Sont abrogées les dispositions antérieures contraires au présent règlement.

Clinique médicale. — M. Landouzy, agrégé, suppléant M. le professeur Hardy, commencera le mardi 26 août, à dix heures, des leçons cliniques à la Charité, et les continuera les mardis et samedis suivants.

Mission. — Nous avons la satisfaction d'annoncer que M. le ministre de l'intérieur a chargé d'une mission, pour soins à donner aux cholériques, MM. les docteurs *Paul Gibier* et *Bérillon*. Ces deux jeunes docteurs sont arrivés mardi soir à Draguignan, et sont partis le lendemain pour Brignolles et Montfort-sur-Argens. Nous mettrons nos lecteurs au courant de cette mission.

Mortalité a Paris (32e semaine, du 1er au 7 août 1884). — Fièvre typhoïde, 44. — Variole, 1. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 16. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 54. — Phthisie pulmonaire, 167. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 82. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 43. — Bronchite aiguë, 9. — Pneumonie, 55. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 138; au sein et mixte, 62; inconnu, 14. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 87; de l'appareil circulatoire, 42; de l'appareil respiratoire, 57; de l'appareil digestif, 64; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 8. — Morts violentes, 40. — Causes non classées, 6. — Total : 1080.

Le service de Statistique n'a reçu avis d'aucun décès de choléra. Nous devons mentionner pourtant l'individu mort le 1er août à l'hôpital Bichat. Le diagnostic porté par le chef de service est : « Diarrhée avec accidents cholériques. » Il s'agit d'un homme de quarante-six ans, marchand des quatre saisons, vivant à Clichy dans un logement des plus sales, et épuisé par l'ivrognerie et la malpropreté. Ce malheureux a fini par succomber à une diarrhée qui ne peut, à aucun égard, être confondue avec le choléra asiatique.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

De la vaccination par injection sous-épidermique, par M. le docteur Bourgeois, médecin-major. In-8 de 20 pages. Paris, O. Doin. 1 fr.

Etude clinique et expérimentale sur l'acétonémie, par M. le docteur de Gennes. 1 vol. in-8 de 95 pages. Paris, O. Doin. 2 fr. 50

De la spermatorrhée, par M. le docteur A. Malécot, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8 de 140 pages. Paris, O. Doin. 3 fr.

Étude sur les cancers de l'œil, par M. le docteur Gustave Dron. 1 vol. in-4 de 115 pages. Paris, O. Doin. 3 fr. 50

Sur le rapport qui existe entre une variété de la kératite grave dite « scrofuleuse » et l'astigmatisme de la cornée, par M. le docteur Georges Martin. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 75 c.

Leçons cliniques professées à l'hôpital des Enfants malades (chirurgie des enfants), par M. le docteur L.-A. de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants malades, recueillies et publiées par M. le docteur Pierre-J. Mercier. Ouvrage contenant 100 figures gravées sur bois intercalées dans le texte. Paris, H. Lauwereyns, G. Steinheill, successeur. 15 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 21 août 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LE CHOLÉRA. — LA FIÈVRE DE CROISSANCE. — LES CONFÉRENCES DE BERLIN AU SUJET DU CHOLÉRA.

Académie de médecine : le choléra.

L'épidémie cholérique s'accroît et s'étend lentement mais progressivement. A l'Académie de médecine, la discussion qu'a soulevée cette apparition nouvelle du choléra ne marche pas non plus très vite, tout en provoquant, à chaque séance nouvelle, un ou deux discours dignes d'être cités. Mardi dernier, c'est à un physiologiste éminent, à l'un des membres les plus consciencieux et les plus éclairés de l'Académie des sciences, que nous avons dû un pas en avant. M. Marey, qui avait publié en 1865, dans la *Gazette hebdomadaire*, une note des plus intéressantes sur la physiologie pathologique du choléra, est venu demander à l'Académie de médecine d'établir le programme des questions à résoudre et de laisser de côté les allégations vagues et les dissertations stériles pour préciser nettement ce qu'il importe de rechercher et d'établir. Il conviendrait, a dit M. Marey, de rédiger un questionnaire auquel devraient répondre, dans chaque localité atteinte, tous ceux qui ont eu à soigner des cholériques. On leur demanderait de préciser la durée de l'incubation, l'influence des eaux de boisson sur la propagation de la maladie, l'état des fosses d'aisance, des lavoirs, des dépôts de fumier, etc. En un mot on solliciterait de tous côtés des réponses assez complètes pour pouvoir écrire au jour le jour l'histoire de l'épidémie actuelle. En terminant sa communication par un double vœu, celui de la création d'une chaire d'épidémiologie et de l'organisation des services sanitaires sous une même direction, M. Marey a implicitement reconnu que, si le programme d'études qu'il a si bien tracé n'a pas été, depuis deux mois, celui de tous les médecins spécialement chargés de l'étude des épidémies, c'est que nous en sommes toujours encore réduits à disserter et à discourir alors que les gouvernements voisins agissent et confient à des commissions composées de savants autorisés, unanimement reconnus comme dignes de dicter au monde savant les conseils que leur a indiqués une longue expérience, le soin de rédiger des instructions officielles qui sont dès lors rigoureusement suivies.

En adoptant les conclusions soumises à l'Académie par M. Marey, en demandant que son travail soit renvoyé à l'examen de la section d'hygiène, en invitant celle-ci à soumettre à bref délai des propositions *fermes*, susceptibles d'être votées immédiatement et de servir de base à une instruction vraiment pratique, M. Brouardel a montré une fois de plus combien il était lui-même pénétré des inconvénients de la lenteur passée. Nous sera-t-il permis d'insister, après M. Marey, sur la nécessité de publier non point une série de vœux platoniques, conçus en termes vagues, mais un document précis, net, affirmant ce que l'on sait, déduisant de faits, reconnus vrais après une expérience de cinquante années,une série de conclusions prophylactiques résumées clairement, traçant aux médecins des épidémies un programme de recherches, leur posant, dans un questionnaire court mais suffisamment clair, tous les problèmes qu'ils auront à étudier sinon à résoudre, en un mot abandonnant les discussions doctrinales pour se borner à une étude sérieuse des observations épidémiologiques et cliniques dont on pourra déduire un jour ou l'autre des conclusions pratiques?

On s'est étonné de nous avoir vu louer la circulaire allemande et plusieurs de nos amis se sont efforcés de nous démontrer que l'instruction rédigée par le Comité d'hygiène renfermait presque toutes les indications que le ministre de la santé publique avait données aux fonctionnaires prussiens. Nous n'avons jamais songé à contester que l'instruction du Comité d'hygiène ne renfermât d'excellentes choses. Nous avons critiqué et nous persistons à croire mauvaise la forme dans laquelle cette instruction a été rédigée. Elle est trop longue et trop confuse, elle contient de plus certaines indications insignifiantes — d'autres ont dit « puériles » — qui, M. Proust l'a déclaré lui-même, devront en

être effacées et qui n'auraient jamais dû être imprimées.

Que l'on confie à un savant habitué à écrire avec clarté et concision, le soin de rédiger une instruction nouvelle sur la genèse, l'évolution, la prophylaxie et la thérapeutique du choléra et nous sommes convaincu que, grâce à M. Marey et à M. Brouardel, l'Académie aura cette fois rendu à tous un signalé service.

Nous ne ferons que mentionner la lecture de M. Onimus que nous publions textuellement (p. 563) et le rapport de M. Peter qu'on lira avec intérêt au *Bulletin de l'Académie*. Nous nous associons sans réserves aux conclusions de notre savant confrère lorsqu'il déclare que « ce qui se dégage du travail de M. Queirel, comme de tous les rapports sur la propagation actuelle du choléra dans le Midi, c'est l'apparition du mal et sa constitution immédiate en foyer partout où l'hygiène est méprisée » et lorsqu'il ajoute « qu'il faut réformer l'hygiène publique ou plutôt la créer dans ces lieux où elle n'existe pas ». Nous avons plus de peine à admettre ce que M. Peter a dit de la théorie microbienne et des recherches de M. Koch d'une part, de MM. Straus et Roux d'autre part. Nous craignons même que l'éminent professeur de pathologie n'ait pas bien compris le sens et la portée des restrictions faites par MM. Straus et Roux sur la doctrine de M. Koch. Mais ces questions théoriques ont été déjà suffisamment discutées ici et nous y reviendrons d'ailleurs en continuant l'analyse des mémoires de M. Koch ou en étudiant avec les détails qu'elle comporte une question de pathologie générale aussi intéressante que difficile à résoudre.

L. L.

La fièvre de croissance.

I

Ce nom, d'origine populaire et légué par la tradition, n'a point de place dans nos nomenclatures officielles ; le médecin ne l'emploie guère qu'auprès de ses malades, et souvent pour cacher, sous cette expression courante, les embarras d'un diagnostic hésitant. Tout au plus sait-il, avec les matrones, que pendant l'enfance et l'adolescence éclatent parfois, à des époques indéterminées, des mouvements fébriles, des désordres variés de l'organisme, des troubles généraux plus ou moins graves, et que l'individu sort de cette crise avec une « poussée, une secousse de croissance », un allongement de la taille souvent considérable.

Là s'arrêtaient nos connaissances précises, et l'on ne savait quelle lésion superficielle ou profonde la fièvre de croissance pouvait bien nous traduire. On rejetait l'existence d'une fièvre essentielle, sans altération des tissus; l'hypothèse d'une « synoque » ne satisfaisait qu'à demi; quant aux invasions rhumatismales invoquées encore pour qualifier les troubles observés à l'époque d'un rapide développement du corps, l'étude attentive du malade, son histoire, les symptômes actuels ruinent le plus souvent cette opinion facile.

C'est alors qu'en 1879 notre ami le docteur Bouilly a publié un mémoire fort important, où il démontre que l'appareil symptomatique, léger ou grave, de la croissance exagérée est produit par des lésions osseuses, une inflammation plus ou moins vive, dont les degrés ascendants peuvent monter d'une simple douleur juxta-épiphysaire, aux désordres souvent mortels des ostéomyélites phlegmoneuses diffuses. Des observations importantes de Guillet, d'Auboyer, du professeur Richet confirment cette opinion, et M[lle] Agnès Lowry vient de publier, sur ce sujet, une intéressante thèse inspirée par M. Landouzy, notre collègue distingué.

On s'explique fort bien d'ailleurs le long temps qu'on a mis à rapporter cette affection à sa véritable origine : d'abord les lésions osseuses de la fièvre de croissance proprement dite se traduisent tout au plus par quelques points douloureux juxta-épiphysaires; il n'y a pas là ces désordres graves, ces phlegmons diffus, ces nécroses, ces hyperostoses qui viennent dénoncer bruyamment l'ostéomyélite. Celle-ci d'ailleurs ne provoque-t-elle pas plutôt un arrêt de développement par destruction ou soudure prématurée du cartilage conjugal, tandis que celle-là détermine un allongement rapide de la taille?

Et puis quelle parenté peut-on trouver, au premier abord, entre la fièvre de croissance, caractérisée par quelques mouvements fébriles, des myalgies fugaces, des troubles gastriques légers, de la céphalée, de l'amaigrissement, et le typhus des membres, avec ses suppurations abondantes et le cortège menaçant de ses symptômes ataxo-adynamiques? Il y a mieux : la fièvre de croissance avec ses symptômes sans détermination locale bien nette, semble du ressort des médecins, tandis que l'ostéomyélite se soigne de droit dans les services de chirurgie; la scission était donc absolue, et pour la faire disparaître il fallait montrer la chaîne ininterrompue des cas intermédiaires qui conduisent insensiblement de l'une à l'autre de ces maladies.

II

La fièvre de croissance peut éclater de la naissance à l'époque de la soudure des épiphyses. Bouchut parle d'un enfant de vingt-cinq mois, dont la taille s'accrut de 8 centimètres en six semaines, au milieu de phénomènes fébriles rémittents. D'autre part, on trouve dans les recueils quelques faits où les accidents sont survenus après la vingtième année; c'est ainsi que Bouilly les a observés sur un jeune homme de vingt et un ans; la plus grande fréquence est entre sept et quinze ans, et particulièrement à treize ans.

Les mouvements exagérés, la fatigue jouent un rôle considérable dans l'apparition de la fièvre, et presque toujours elle se développe le soir ou la nuit, après une journée de jeux, une marche forcée, un exercice violent, une promenade exagérée. Nous trouvons signalées, dans les observations connues, une partie de natation, une première séance de gymnastique, une course de plusieurs heures. Aussi s'explique-t-on pourquoi les accidents éclateraient de préférence chez les petits garçons que chez les fillettes, en général plus modérées dans leurs amusements.

On a accusé encore l'impression vive du froid, puis une série d'états constitutionnels : le rhumatisme, la scrofule, toutes les misères physiologiques et toutes les déchéances de l'organisme. Mais ici l'analyse devient bien subtile, et on ne saurait dire si ces dyscrasies sont l'effet ou la cause de la fièvre de croissance. Les os ne s'allongent qu'en soustrayant, au profit de leur développement exagéré, une énorme quantité de substances nutritives, et celles-ci manquent aux autres tissus qui périclitent. Nous venons d'observer un garçon de seize ans jusque-là de petite taille; il se met à grandir d'une façon inquiétante, et l'on voit éclater, au bout de quelques mois, une entérite tuberculeuse et une méningite mortelle.

Ce n'est pas tout : il est certain qu'on confondait autrefois

la fièvre de croissance avec toutes les pyrexies des enfants et des adolescents, et le mérite de M. Bouilly est d'avoir dégagé les traits caractéristiques qui permettent d'établir le diagnostic. Mais il n'en est pas moins vrai que ces pyrexies peuvent exister, et que souvent elles sont un des metteurs en œuvre les plus puissants de la congestion épiphysaire et de l'allongement rapide de la taille; sous l'influence d'une rougeole, d'une scarlatine, d'une fièvre typhoïde, le cartilage conjugal s'hyperhémie, la prolifération s'active, et la diaphyse s'accroît souvent dans des proportions extraordinaires. Il y a là un nouveau facteur qu'il faudra savoir démêler.

Cette congestion ne se manifeste pas indistinctement au niveau de toutes les épiphyses, et il est certains lieux d'élection bien connus que le chirurgien devra explorer avec un soin particulier. A l'état physiologique, tous les cartilages de conjugaison n'ont pas une égale fertilité; il en est qui s'allongent beaucoup plus que d'autres. Ollier a démontré que le cartilage supérieur de l'humérus produit normalement sept fois plus d'os que l'inférieur; l'inférieur du radius et du cubitus trois ou quatre fois plus que le supérieur; le supérieur du tibia deux fois plus que l'inférieur; l'inférieur du fémur quatre fois plus que le supérieur, qui ne compte à peine que pour 7 centimètres dans les 28 centimètres d'accroissement moyen de l'os tout entier.

III

C'est au niveau de ces épiphyses les plus fertiles que le chirurgien trouvera d'habitude les points douloureux qui révèlent l'hyperhémie de la région. L'extrémité inférieure du fémur est le plus souvent atteinte et surtout en dedans, aussi bien à droite qu'à gauche; puis vient l'extrémité supérieure de l'humérus; l'extrémité supérieure du tibia, l'inférieure de l'humérus, le col du fémur arrivent ensuite; il est beaucoup plus rare de constater des points douloureux sur le péroné, le radius et le cubitus; mais ces os peuvent être pris, comme d'ailleurs certains os plats, l'iliaque, au-dessous de sa crête, l'omoplate, sur son bord axillaire, certains os courts comme les vertèbres. Enfin, dans certains cas exceptionnels, le processus congestif semble s'être généralisé, et il n'est guère d'os qui ne soient le siège de douleurs spontanées ou provoquées par la pression.

On ne sait au juste, d'ailleurs, quelles sont les altérations exactes de l'épiphyse pendant la fièvre de croissance. Il n'y a jamais eu d'autopsie, et dans un seul cas, celui de Guillet, on a pu constater une tuméfaction notable et durable au niveau des points douloureux du genou. Cette augmentation de volume témoignait évidemment d'une inflammation du périoste et de l'os. Dans des cas plus légers, il est probable qu'il y a simplement de la congestion, une hyperhémie plus ou moins vive qui exagère les phénomènes nutritifs du cartilage conjugal; l'allongement rapide de la taille est la conséquence directe de cette activité redoublée.

Un pas encore, et cette congestion provoquera une production osseuse irrégulière; il y aura nutrition déviée, comme dans cet épaississement épiphysaire que Guillet note dans son observation. Si les désordres ne s'arrêtent pas là, si l'inflammation s'aggrave encore, des suppurations se produisent, circonscrites comme dans les abcès juxta-épiphysaires, diffuses comme dans les ostéomyélites phlegmoneuses, et nous avons alors la gamme complète des lésions anatomiques que traduisent les formes légères et graves de la fièvre de croissance et les variétés plus ou moins intenses de l'ostéo-périostite.

Mais comment s'expliquer l'intensité de la fièvre que provoque souvent la congestion des épiphyses? Faut-il admettre, avec Bouilly, qu'un travail exagéré, une fatigue excessive qui retentit sur la zone des cartilages conjugaux « fait pénétrer tout à coup dans l'économie des produits de désassimilation que les émonctoires ordinaires sont impuissants à éliminer assez rapidement, et dont l'accumulation dans le sang détermine une infection momentanée avec la fièvre et toutes ses conséquences? Ne peut-il se former par la suractivité nutritive de la moelle osseuse un poison autochtone dont la rétention donnerait lieu aux accidents en question? »

Avec les doctrines microbiennes du jour n'est-il pas plus simple d'admettre, — ce n'est d'ailleurs qu'une autre formule pour qualifier le même mécanisme — que la fatigue exagérée fait de l'épiphyse, déjà normalement hyperhémiée, un terrain favorable à la pullulation des micrococcus de l'ostéomyélite découverts par Recklinghausen et par Klebs? Les germes, amenés là par la circulation, se multiplient dans ce milieu propice, et leur pénétration abondante dans le sang ne tardera pas à allumer la fièvre.

IV

La fièvre de croissance, telle qu'on la comprenait autrefois, présentait un tableau clinique des plus vagues. La description la plus précise est encore celle que Daignan, cité par Mlle Agnès Lowry, donnait en 1766. Cet auteur nous montre des enfants de sept à quatorze ans dont la santé se trouble; ils sont pris de maux de tête, d'étourdissements, de vertiges, de syncopes même, de palpitations; ils perdent le sommeil, leur caractère s'assombrit, des épistaxis surviennent, de l'embarras gastrique; la fièvre s'allume par intervalles, et les membres, qui s'allongent, sont amaigris et sans vigueur. Trop souvent une méningite, une affection des os, la scrofule sont la conséquence de ces désordres fonctionnels ou organiques.

A côté de phénomènes qui appartiennent en propre à la fièvre de croissance, on trouve là les signes des méningites tuberculeuses commençantes, des fièvres continues, les prodromes de toutes les pyrexies qui peuvent assaillir l'enfance. M. Bouilly a su dégager, au milieu de tant de manifestations diverses, les symptômes cardinaux de l'affection qui nous occupe, et, pour lui, la fièvre de croissance est caractérisée par des *points douloureux* constants à quelques centimètres de l'interligne articulaire, au niveau des cartilages de conjugaison, par un *accroissement rapide et considérable de la taille*, enfin par *des mouvements fébriles* dont il existerait trois types principaux : une forme aiguë rapide, une forme aiguë prolongée et une forme traînante.

Les douleurs spontanées n'ont en général aucun caractère précis; les petits malades accusent d'ordinaire une lassitude extrême, une sensation de meurtrissure dans les masses musculaires, au niveau des articulations, le long du rachis; aussi l'hypothèse d'une manifestation rhumatismale a-t-elle été invoquée très souvent. Les douleurs provoquées ont, au contraire, une haute valeur, et le chirurgien constate l'existence de points où la pression détermine une souffrance plus ou moins vive; ces lieux d'élection, nous les connaissons déjà : ils se trouvent, non sur l'article libre, de ses mouvements, mais au niveau du cartilage conjugal, et nous savons aussi quelles épiphyses sont le plus fréquemment douloureuses.

L'allongement rapide de la taille est un caractère non

moins net. Il peut être de 1 à 2 centimètres en quinze jours. Dans son observation, Guillet note un accroissement de 3 centimètres en un mois; il est de 8 centimètres en deux mois dans un fait de Bouilly, et de 8 centimètres en six semaines chez un petit malade de Bouchut. Enfin on a constaté jusqu'à 15 centimètres en deux mois dans un cas rapporté par Auboyer. Nous avons vu grandir de 14 centimètres en douze mois, un garçon de notre clientèle qui dut à plusieurs reprises quitter le lycée, pris qu'il était de mouvements fébriles assez vifs, de lassitude extrême, de céphalée tenace et d'épistaxis qui rendaient impossible tout travail soutenu.

On comprend que les muscles ont peine à suivre cet accroissement exagéré; ils sont grêles, sans vigueur, et la moindre marche s'accompagne d'une prompte fatigue. L'allongement d'ailleurs est symétrique; les deux cartilages conjugaux correspondants augmentent d'une même quantité, et l'on ne constate les nutritions déviées, les développements irréguliers, les courbures anormales, les hyperostoses que dans les cas d'ostéomyélites véritables, lorsque l'inflammation est assez vive pour provoquer la soudure prématurée d'une épiphyse ou la destruction d'un cartilage conjugal par la suppuration.

V

La fièvre, avons-nous vu, n'a pas toujours la même forme : il est des cas où elle éclate tout à coup, comme au début d'une scarlatine ou d'une pneumonie. Le soir ou la nuit, souvent après une journée de fatigue excessive, l'enfant est pris d'agitation, de délire, parfois même de convulsion; le pouls est rapide, et la température ne tarde pas à atteindre 40 degrés. Mais cet accès ne dure guère qu'un ou deux jours, et l'apyrexie devient complète. Il n'est pas rare, il est vrai, de voir survenir bientôt un accès semblable et l'on peut en compter plusieurs au cours de la même année.

L'observation de Guillet, qui se rapporte à cette forme, en diffère un peu cependant, car, après une première défervescence complète, la température remonte de nouveau la nuit suivante, et reste entre 39 et 40 degrés près de quarante-huit heures. Il s'agit d'une fillette de onze ans prise de fièvre dans la nuit, après une course exagérée; il y a de l'agitation, du délire, des douleurs généralisées telles que la malheureuse pousse des cris incessants. Bientôt la fièvre tombe, mais, le soir, elle éclate de nouveau avec la même brutalité; on constate alors une tuméfaction très appréciable au-dessus des deux genoux; ils sont le siège de douleurs juxta-épiphysaires que l'on retrouve dans les régions tibio-tarsienne et cubito-humérale et sur les vertèbres du cou. Aussi la malade est-elle clouée dans son lit, inerte, même après la disparition de la fièvre, survenue à la fin du troisième jour.

A ce moment la malade meut la main, le bras et même le cou sans réveiller les douleurs épiphysaires, et deux jours après, bien qu'encore rouges, tuméfiés et douloureux, les genoux peuvent se déplacer. Comme il existait un léger épanchement de voisinage dans la synoviale fémoro-tibiale, la fillette est mise dans une gouttière de Bonnet; et au bout d'un mois, lorsqu'on l'en retire, il ne restait, comme vestige d'un tel orage, qu'un épaississement de l'extrémité inférieure du fémur encore douloureux à la pression. La taille qui, lors du premier accès fébrile, était de 105 centimètres, mesurait maintenant 108.

La forme aiguë prolongée prend souvent les allures d'une fièvre continue; elle est parfois précédée de prodromes, et l'on note, pendant plusieurs jours, de légers frissons, de la courbature, de l'inappétence, des malaises, des épistaxis ; puis, tout à coup, éclate un violent frisson, du délire, et la température atteint bientôt 40 et même 41 degrés. La langue est sèche, fuligineuse, le ventre est ballonné, la rate volumineuse; il y a des râles de bronchite, du gargouillement dans la fosse iliaque et un état adynamique fort inquiétant. Mais la maladie tourne court; seulement, lorsqu'on explore les os, on constate dans la région juxta-épiphysaire, au genou, à la hanche, à l'épaule, les points douloureux caractéristiques.

Bouilly cite plusieurs exemples de cette forme : un jeune garçon de treize ans prend un bain le 5 août; après quelques minutes d'efforts de natation, et bien qu'il n'ait éprouvé aucune impression de froid, il se sent courbaturé; le lendemain la fièvre éclate; la peau est brûlante, « comme si j'allais, dit le malade, avoir à nouveau la scarlatine ». Les douleurs sont si vives, dans les jambes et au-dessus du genou, que l'on y applique des sinapismes. Cette crise dura toute la semaine; lorsque le malade se leva, il était affaibli, pâle, chancelant. Au plus fort de la fièvre, qui oscillait entre 39 et 40 degrés, l'existence des points douloureux permit à M. Bouilly de porter un pronostic favorable qui fut bientôt vérifié. La taille du malade s'accrut d'une façon notable.

Cet autre fait est plus net encore : un petit garçon de cinq ans, après une journée de jeux qu'il avait menée malgré des malaises préexistants, est pris d'un grand frisson; bientôt s'établit un état adynamique grave, du délire éclate; il y a de la sécheresse de la langue, des fuliginosités, du gargouillement de la fosse iliaque. Neuf jours après le début des accidents, lorsque notre ami examina le petit malade, la température dépassait 40 degrés, et l'on trouvait la plupart des signes d'une fièvre typhoïde. Mais il existait une sensibilité très vive au niveau des épiphyses du fémur, au-dessus du genou, où l'enfant avait éprouvé, les premiers jours, comme « des coups de sabre ». Dès le milieu de la deuxième semaine, la fièvre tombait brusquement; la convalescence s'établissait, et l'on pouvait évaluer à 4 centimètres l'accroissement de sa taille.

Le troisième type fébrile, que Bouilly appelle « traînant », n'a rien de l'invasion brusque qui caractérise les deux formes précédentes : la fièvre s'allume à tous propos, mais peu intense d'habitude; les accès, fort courts, sont désespérants par leur fréquence. Après un léger frisson, survient une ascension thermique qui ne dépasse guère 39 degrés; la défervescence a lieu au bout de trois à quatre heures; il reste, il est vrai, une grande lassitude, de l'inappétence, un amaigrissement souvent très notable, de la nonchalance, de la tristesse, un étiolement général que vient augmenter encore de temps à autre une crise nouvelle. Nous avons, l'année dernière, observé un cas de ce genre.

Bouilly nous donne, comme exemple de cette forme, l'histoire d'un garçonnet de douze ans, assez chétif, qui, après une épistaxis, fut pris d'un mouvement fébrile. Des douleurs se manifestèrent au niveau des jambes, tellement vives que le petit renonce aux promenades et aux récréations. On dut le retirer du collège. On constate l'existence de points douloureux juxta-épiphysaires. Pendant deux mois les accidents persistent avec des recrudescences par intervalles. La fièvre s'allume de temps en temps, l'anémie augmente. On trouva, fait assez rare, des points douloureux sur les os du crâne. En deux mois la taille s'accrut de 8 centimètres.

VI

On le voit, ces trois éléments, — accès fébriles de types variés, douleurs spontanées et surtout provoquées dans les régions juxta-épiphysaires, accroissement rapide de la taille, — permettent, dans la plupart des cas, d'établir le diagnostic. On peut hésiter cependant, et Edouard Brissaud nous racontait l'histoire d'une jeune fille de seize ans, soignée dans le service de Lasègue, où, pendant quatre mois, on hésita entre toutes les pyrexies possibles : on crut d'abord à une fièvre typhoïde, puis à une chlorose fébrile, à un rhumatisme, à une tuberculose aiguë; heureusement que la surveillante, sur la constatation d'un allongement rapide de la taille, suggéra la première idée d'une fièvre de croissance.

Une autre erreur peut être commise : on nous amenait récemment un garçon d'une dizaine d'années, qu'un de nos distingués collègues, professeur d'une Faculté de province, disait atteint de coxalgie commençante. Il y avait eu en effet une douleur très vive au niveau de la hanche gauche, dont les mouvements étaient limités, une claudication intermittente. Mais il existait en même temps un point douloureux au-dessus du genou, une autre au haut du mollet; de plus le père de l'enfant, confrère fort attentif et fort instruit, nous parlait d'une fièvre très vive et de courte durée, survenue un mois auparavant et d'un saignement de nez abondant à la même époque; enfin l'allongement de la taille avait été considérable. Lors de notre examen, l'articulation coxo-fémorale était absolument intacte; on imprimait au membre les mouvements les plus étendus.

Bouilly nous parlait d'un cas où cette confusion, d'ailleurs fort naturelle, avait été commise. Mais il suffit d'avoir l'esprit éveillé sur l'existence de cette fièvre particulière des enfants et des adolescents pour que le diagnostic ne présente plus de difficulté. Encore faut-il savoir se garder d'impatience et attendre un peu l'évolution de la maladie avant de formuler son opinion d'une manière trop précise, car — nous l'avons dit, — les points douloureux, la congestion juxta-épiphysaire ont pu se montrer au début d'une fièvre typhoïde, et pendant les premiers jours d'une rougeole ou d'une scarlatine; la continuité de la fièvre, l'apparition des taches éruptives dissiperont bientôt toute incertitude.

Paul Reclus.

Les conférences de Berlin au sujet du choléra.

(Deuxième article.)

Nous savons qu'en France les théories de Koch ont été accueillies avec une extrême réserve; comment allaient-elles être acceptées par la science officielle allemande? La discussion que nous allons résumer, nous édifiera sur ce point.

Des questions préparées par Koch ont été soumises par Virchow aux délibérations de la réunion.

La première est ainsi libellée : *Le choléra est-il dû à un agent infectieux spécifique et ne provenant que des Indes?* Virchow fait observer que cette question mérite à peine d'être posée en Allemagne, et Hirsch rappelle qu'à la conférence de Vienne en 1874, les délégués de tous les pays ont admis unanimement l'importation indienne, quelles que soient d'ailleurs les divergences fort considérables de leur manière de voir au sujet de la prophylaxie.

La seconde : *L'agent infectieux est-il contenu dans les déjections seulement, ou existe-t-il dans le sang, la sueur, l'urine, l'air expiré?* répond à l'idée émise par nos compatriotes de la mission Pasteur, de la présence dans le sang des cholériques du véritable agent pathogénique.

Cette idée ayant été abandonnée depuis, il n'y a pas lieu d'insister, malgré la curieuse raison alléguée par Koch, que si cet agent résidait dans le sang il y aurait eu, comme pour la fièvre récurrente (?) ou pour le charbon, des maladies transmises à l'autopsie.

Avec la question suivante : *Le bacille en virgule* (1) *constitue-t-il l'agent pathogénique du choléra, et peut-il être utilisé pour le diagnostic?* le fond de la question se trouve abordé. En posant subsidiairement la question de diagnostic, Koch a songé aux administrateurs sanitaires : il désire savoir si la réunion estime que la démonstration du bacille en virgule ne dépasse pas ce que l'on peut demander à tout médecin. L'idée serait de faire jouer à ce microbe le rôle du bacille de la tuberculose dans le diagnostic de la maladie.

Virchow avoue avec beaucoup de franchise qu'il lui manque quelques éléments de certitude pour admettre l'identité du bacille en virgule et de l'agent pathogénique du choléra. Il cite en premier lieu les résultats négatifs de l'inoculation aux animaux. Il est vrai qu'il ajoute immédiatement cette étonnante contradiction : « *Je reconnais qu'il n'est pas nécessaire de présenter une expérience réussie chez l'animal* !! »

Un autre doute s'est élevé dans son esprit à propos des expériences de Richards, qui produisait chez les cochons des accès cholériformes graves ou même mortels, en leur faisant avaler des déjections cholériques. Sans doute on a expliqué qu'il s'agit là d'une intoxication. Mais, s'il était démontré qu'il existe dans les matières cholériques un agent toxique, il faudrait déterminer ses rapports avec le bacille et faire des expériences comparatives avec le résultat des cultures et les déjections elles-mêmes. Il n'est pas démontré que l'on ne puisse reproduire chez l'animal quelque chose de semblable au choléra.

Si l'on se contente de probabilités, c'est une autre affaire. Virchow a toujours prétendu que le contage du choléra ne pouvait être qu'animé (*ens vivum*) et que cette doctrine seule pouvait mettre fin aux obscurités de son étiologie. Il déclare que la doctrine de Koch lui paraît une hypothèse suffisamment appuyée par les faits pour servir de point de départ à une prophylaxie rationnelle. Les problèmes que la critique scientifique posera nécessairement, se résoudront peu à peu, mais pas avant longtemps. En attendant, la pratique fera bien d'utiliser immédiatement ce que nous possédons.

Hirsch fait de son côté quelques réserves vis-à-vis du fond même de la doctrine. Il lui paraît vraisemblable que le choléra nostras est, lui aussi, une maladie infectieuse. Les cas graves portent tellement le cachet du choléra indien, que le diagnostic ne peut guère être posé avec quelque certitude, surtout lorsque le choléra régnait auparavant (comme à Dantzig en 1852). Le bacille en virgule deviendrait un moyen de diagnostic précieux, *s'il était démontré qu'il n'existe pas dans le choléra nostras.* Koch répond immédiatement qu'il a examiné un ou deux cas de choléra nostras, mais qu'il n'a pas rencontré le bacille caractéristique. Ces cas sont trop peu nombreux et cela est regrettable, car, ainsi que le dit M. Skrzeczka, il se produit chaque année dans les grandes villes des cas de choléra nostras que l'on ne parvient à distinguer du choléra vrai, que parce que l'on a la certitude que ce dernier n'existe pas en Europe au moment de l'observation.

Virchow dit qu'autrefois on était bien obligé de poser le diagnostic en l'absence de bacilles. Si maintenant un cas douteux se

(1) C'est à tort que dans le précédent article la désignation allemande de komma a été maintenue; *komma* signifie bien *virgule*, mais l'un et l'autre terme rendent mal la forme exacte du bacille.

présentait, avec nombreux bacilles dans les déjections, faudrait-il considérer ce cas comme relevant du choléra asiatique ?

Sans doute, répond Koch ; malheureusement l'examen microscopique ne suffit pas dans la majorité des cas : la culture est nécessaire.

Aussi Koch réitère-t-il sa demande, à savoir : si les faits observés par lui sont, oui ou non, utilisables pour le diagnostic.

La constatation immédiate est de la plus grande importance au début des épidémies ; or nous savons que cette constatation officielle est toujours un peu tardive, alors que le bon moment est passé pour la prophylaxie. La plupart des médecins sont arrivés à colorer les bacilles de la tuberculose ; de même les administrateurs sanitaires arriveront à cultiver le bacille en virgule, opération certainement moins difficile. Il affirme d'ailleurs, en réponse à M. Schubert, que les bacilles peuvent être constatés dans les déjections *dès le début de la maladie*.

Reprenant la question de Virchow par un côté différent, Hirsch demande : si un étranger présentant des symptômes de choléra venait à Berlin, faudrait-il le considérer comme suspect, même si l'examen ne démontrait pas l'existence de bacilles en virgule dans les déjections? Koch répond par l'affirmative.

M. Frænkel pense qu'il y a une énorme différence entre *colorer* et *cultiver* des bacilles. « J'ai fait les deux, dit-il ; pour les cultures, il faut un laboratoire, des étuves, des liquides, puis, une grande habitude, toutes choses que l'on ne peut réclamer d'un homme ordinaire. »

M. Pistor partage cet avis. A la campagne où l'on n'arrive même pas à faire une autopsie, il serait naïf de vouloir réclamer ces délicates recherches. Dans les villes grandes et moyennes, cette organisation est possible, surtout si les jeunes gens se livrent à ces études.

Koch trouve que l'on exagère les difficultés. La gélatine de culture est dans le commerce ; il suffit de la faire chauffer, d'ajouter un flocon muqueux des déjections, de verser le tout sur un plateau de verre, et de recouvrir d'une cloche. Aux Indes, lui-même a été forcé de faire ses cultures tout simplement entre deux assiettes, ce qui prouve combien la manœuvre est peu compliquée. Pour obtenir le flocon de mucus, à défaut de déjections, il suffit de se procurer une chemise souillée, ainsi qu'il a dû le faire souvent. Il est inutile d'employer une étuve, la température extérieure en été suffit largement à la reproduction du bacille.

Neumann, qui paraît très partisan des doctrines de Koch, estime qu'à l'imitation du ministre de la guerre, le ministre responsable de la santé publique devrait détacher à l'office sanitaire ses agents à l'effet de s'instruire de ces nouvelles méthodes. L'annonce officielle de l'existence du choléra ne doit être faite que par une personne instruite et digne de toute confiance. Provisoirement la recherche doit se faire ici même, et la responsabilité est tellement grande qu'il n'est pas à craindre que les cas soient cachés.

Koch pense que l'envoi de matières cholériques par la poste ou les messageries soulève de graves objections ; il vaudrait encore mieux envoyer quelqu'un sur place. Dans les grandes villes on pourrait créer des stations centrales. L'examen ne demande pas plus de vingt-quatre heures.

Bergmann réclame d'une façon très énergique la création de laboratoires et de médecins *ad hoc*, spécialement dans l'armée, « où, dit-il, des recherches bactérioscopiques devraient être faites dans chaque caserne ». Coler, directeur du service de santé au ministère de la guerre, répond que l'administration militaire possède dans différentes grandes villes des laboratoires dans lesquels les recherches demandées pourront être instituées sans grande peine.

La quatrième question se pose ainsi : *L'agent infectieux offre-t-il une grande résistance? Peut-il être rapidement détruit par la dessiccation?*

Virchow rappelle sa polémique récente avec M. Pettenkofer. Ce dernier, ayant insisté plus que jamais sur la faculté du germe cholérique de rester inactif pendant des mois et des années, a prétendu que par exemple, à Toulon, le choléra a pu être importé dès le commencement de l'année courante ; il désire savoir sur quoi se base une doctrine qui jouit en Allemagne d'un incontestable crédit.

Koch déclare que sa conviction de l'absence de spores ou de toute forme durable (*Dauerzustand*) résulte pour lui non seulement de l'observation du bacille, mais de l'histoire même de la maladie. Jamais on n'a pu démontrer l'importation par les effets. Les membres de la réunion n'ont guère protesté contre cette audacieuse affirmation de Koch ; toutefois, Hirsch résume un cas qui serait arrivé à Mülhausen (en Thuringe) ; il rappelle que dans l'enquête très approfondie faite en 1873 sur le choléra en Prusse, il a constaté que, dans les villages éloignés le choléra s'est souvent propagé par les effets. Sans doute, il ne s'agit au point de vue de la transmission que de cinq à six jours, mais pendant cette période les effets avaient bien le temps de sécher.

Koch pense qu'une période de quatre à six semaines entre un cas de choléra et l'apparition d'une épidémie causée par des effets n'est pas inconciliable avec la doctrine. Le charbon, la vaccine, la variole peuvent reproduire la maladie au bout de plusieurs années : voilà ce qu'il convient d'appeler « forme durable ». Il cite finalement à l'appui de sa théorie le choléra des navires, que l'on ne s'attendait pas à voir figurer dans sa question.

Virchow insiste sur cette opinion. Il faudrait, dit-il, pour obtenir cet état durable, une nouvelle forme de végétation qui n'a pas été trouvée, et, d'après ce que nous avons entendu, ne peut même pas être trouvée.

« Vous admettez, continue Hirsch, que la durée du bacille à l'état humide est illimitée, ou du moins difficile à limiter. Je considère comme possible que dans un lieu où le choléra a sévi épidémiquement, le bacille peut pendant une période où les autres circonstances ne sont pas favorables à sa reproduction se conserver dans le sol ou dans tout autre milieu humide, puis se reproduire grâce à d'autres circonstances favorables et produire ainsi une nouvelle épidémie. Il ne s'agit en ce cas, ni d'une métamorphose du bacille, ni de sporulation, mais simplement d'un état latent du poison. Je suis d'autant plus disposé à admettre cette manière de voir, que bien des faits démontrent qu'un choléra épidémique disparu avec l'hiver renaît l'année suivante sans qu'il soit possible d'alléguer une nouvelle importation. »

Koch répond que cet état latent ne répond à rien de connu. Il s'agit d'un point de vue original, d'une question toute nouvelle et toute spéciale, qui nécessite des recherches.

Une cinquième question : *L'agent infectieux peut-il pénétrer dans l'organisme par une autre voie que par le canal digestif?* est dirigée contre Pettenkofer, qui, comme l'on sait, n'admet que la pénétration par les voies respiratoires.

Selon Koch, il n'est pas possible d'éliminer d'une façon absolue la transmission par l'air, mais il est probable que cette propagation ne se fait qu'à courte distance.

Leyden est du même avis. Les croque-morts sont facilement atteints, ainsi que les personnes qui suivent les enterrements. Cette observation a été faite trop souvent pour reposer sur une coïncidence. Skrzeczka dit que des poussières peuvent contenir le germe sans que ce dernier soit nécessairement desséché. D'ailleurs quoique ayant pénétré par la bouche le germe pourrait agir par les voies digestives.

Koch ne nie pas le fait dont parle Leyden, mais il le trouve extraordinaire, vu que les infirmiers et les médecins, qui ont des contacts bien plus fréquents et prolongés avec les malades, ne sont pas frappés de préférence. Il est très possible que les croque-morts ne se tiennent pas propres et aient sali leurs mains, puis mangé avec leurs mains sales.

Dans sa réplique, Leyden répond qu'il ne s'agit pas de transmission par les poussières. Il n'éprouve pas de difficulté à admettre que sous l'influence d'une forte évaporation, des germes peuvent être soulevés dans l'atmosphère, et y rester suspendus.

Koch nie énergiquement cette possibilité. Si le liquide n'est pas

pulvérisé, ou s'il ne se fait pas des bulles, les bactéries ne peuvent pas sortir d'un liquide non desséché. Si l'agent infectieux pouvait se conserver desséché, il y aurait une transmission bien plus fréquente dans une même salle de malades.

On sait d'ailleurs combien la transmission par les personnes saines est rarement invoquée. Cette transmission est d'ailleurs susceptible d'explications diverses, et celle de Pettenkofer, aux termes de laquelle le germe adhère aux vêtements, est peut-être la moins bonne.

Sixième question : *Le germe infectieux est-il reproduit dans l'homme ou bien hors de l'homme* (dans le sol, par exemple) *et dans ce dernier cas l'homme n'est-il que le porteur?*

Virchow demande si le bacille, étant aérobie, peut vivre dans l'intestin. Koch répond que l'intestin doit contenir de l'oxygène puisque d'autres organismes aérobies (et l'*oidium lactis* lui-même) y vivent très bien. On ne voit pas très bien comment l'oxygène y pénètre, mais cette question est secondaire.

Frænkel désire que la réunion donne nettement son avis au sujet de la doctrine de Pettenkofer, « qui, dit-il, n'est acceptée par personne dans son entier. Nous ne nions pas que par hasard le germe cholérique puisse se reproduire dans le sol, mais habituellement c'est dans l'intestin que la reproduction a lieu. »

Virchow fait observer que la doctrine visée comprend deux points : le premier, la reproduction dans le sol ; le second, la propagation par l'air. Le dernier point, déjà discuté, ne paraît pas admissible; le premier, au contraire, paraît possible d'après les expériences de Koch lui-même.

Wolffhügel ne pense pas, contrairement à l'opinion de Virchow, que l'on puisse dès à présent prendre position. Bien des points restent obscurs. Nous devons être reconnaissants à Koch d'avoir donné une direction aux recherches et de permettre de mettre la critique en face des hypothèses. Que se passe-t-il dans le sol? C'est difficile à déterminer. En tous cas, l'observation de Koch démontre que l'eau potable n'est pas toujours aussi innocente qu'on a bien voulu le dire. Que le coupable soit le sol ou l'eau, nous avons dorénavant le moyen de faire les recherches exactes.

Quant aux doctrines de Pettenkofer, il faut bien reconnaître que les faits sur lesquels il base ses théories, resteront des faits. La théorie peut varier, mais un point fondamental reste établi, c'est qu'il existe une prédisposition et une immunité des *localités* vis-à-vis du choléra.

Fränkel résume la discussion de ce point, en faisant remarquer que, malgré une certaine divergence dans les idées, « tous admettent une contagion par l'homme indépendante du sol ».

La propagation se fait-elle directement, ou bien l'agent infectieux a-t-il besoin d'une certaine maturation, dans le sol ou ailleurs?

La réunion estime que rien dans la science n'autorise une pareille hypothèse.

L'agent infectieux n'est-il propagé que par les relations humaines ; quels sont les agents de cette propagation soit dans les relations lointaines (bateaux, denrées, lettres, hommes sains ou malades), soit dans les relations immédiates (effets et corps de décédés, linge de corps, eau, air, insectes)?

M. Skrzeczka fait remarquer l'importance de cette question au point de vue pratique. Il ne pense pas que la transmission par les effets et le linge sale soit impossible, pas plus que par les chiffons, dont on reçoit chaque jour de grandes quantités par le chemin de fer.

La possibilité de la transmission par les chiffons, dit Koch, a été soulevée aux conférences de Vienne et de Constantinople, mais personne n'a pu citer un exemple de choléra provenant de ce commerce. A quoi nous servirait d'ailleurs d'empêcher l'entrée des chiffons lorsque nous laissons passer forcément des hommes sains en apparence, qui sont un danger autrement sérieux?

Wolffhügel ne connaît pas de cas de transmission de la maladie par ce mode. Il croit cependant qu'il y a là un danger sur lequel il serait bon d'attirer l'attention.

La réunion examine ensuite très rapidement les questions suivantes, qui sont d'ordre purement scientifique :

Existe-t-il une prédisposition individuelle? — Quelle est la durée de l'incubation? — Une première atteinte confère-t-elle l'immunité? — Les bacilles agissent-ils comme poison?

Leyden croit à l'immunité conférée par une première atteinte, tout en ne la déclarant pas absolue. Il est rare qu'une personne soit atteinte deux fois dans le cours d'une épidémie.

Au point de vue de l'incubation, Koch dit qu'il n'a pas de données précises, mais il croit que cette période est courte. Hirsch conclut de ses recherches que l'incubation dure ordinairement trois ou quatre jours, jamais plus de cinq jours, jamais moins de deux jours.

En résumé, il résulte de cette discussion que nos voisins admettent, malgré l'influence considérable de Pettenkofer, la transmission du choléra par voie de contagion, et la nocuité de l'eau potable, tout en reconnaissant que l'état du sol a un certain rapport avec la formation des épidémies. De la doctrine de Koch, ils acceptent l'ensemble, non comme une réalité scientifiquement démontrée, mais comme une orientation de la prophylaxie médicale et de la police sanitaire. Quant aux détails, ils font preuve d'hésitation, et semblent convaincus que Koch a été bien mal inspiré en poussant à l'extrême les conséquences de faits aussi peu démontrés que l'absence de sporulation des bacilles et leur rapide destruction par la sécheresse.

Il nous semble que ces points de vue sont très acceptables. En France, nous accordons en général une importance plus considérable à l'influence des localités déjà démontrée en 1849, et nous pensons que cette influence, si souvent constatée dans notre pays même, n'est nullement en opposition avec la doctrine parasitaire.

C. Zuber.

TRAVAUX ORIGINAUX

Épidémiologie.

Ozone et choléra. Communication faite à l'Académie de médecine dans la séance du 19 août 1884, par M. le docteur Onimus.

Nous ne nous occuperons dans ce mémoire que des propriétés de l'ozone qui peuvent être utilisées au point de vue des épidémies, et spécialement du choléra. Ces propriétés peuvent se diviser en deux parties principales : d'une part, l'action oxydante et désinfectante de l'ozone, et sa présence ou son absence dans l'air atmosphérique; et, d'autre part, son action sur l'organisme et son mode d'administration. Cette division nous permettra peut-être de mettre un peu de clarté dans des questions encore bien obscures.

Propriétés de l'ozone. — L'ozone est le corps le plus oxydant que l'on connaisse, car il est, pour ainsi dire, de l'oxygène à son maximum de puissance, et sa formule O^3 indique

bien que c'est par une combinaison particulière et presque forcée qu'il existe. Aussi est-il très instable, et il ne peut être mis en contact avec n'importe quelle substance sans l'oxyder. C'est ainsi, par exemple, qu'on ne peut ni le renfermer, ni même le faire passer par des tubes en caoutchouc, car il en altère aussitôt les parois; on dirait qu'il attend n'importe quel corps pour l'oxyder et former avec lui une combinaison plus stable.

C'est cette facilité de décomposition et ce pouvoir oxydant si remarquable qui en fait un désinfectant puissant.

Les expériences de Scoutetten ont démontré que des matières organiques répandant une odeur insupportable, de la viande en putréfaction, par exemple, étaient complètement désinfectées après une minute de contact avec l'air ozoné. Une salle d'hôpital militaire cubant près de 1100 mètres, infectée par du fumier, fut désinfectée complètement par l'ozone; « l'odeur ammoniacale disparut absolument, et même si promptement, que ce fut un sujet d'étonnement pour toutes les personnes. »

M. le docteur Caillol de Poncy, professeur de physique à l'École de médecine de Marseille, a employé avec succès l'ozone pour désinfecter des salles de cours (communication orale). Non seulement l'ozone fait disparaître les odeurs, mais il arrête la putréfaction et détruit les miasmes. Schœnbein a démontré que l'air atmosphérique ne contenant que 6 millièmes d'ozone a la puissance d'arrêter la putréfaction de la viande.

En 1862, Richardson, puis Boillot en 1875, ont démontré que 5 milligrammes par litre suffisaient pour empêcher, pendant des semaines, la putréfaction de matières organiques. Geissler et Stein ont constaté qu'il détruit les organismes inférieurs, et Chappuis a trouvé que l'ozone est capable de tuer les germes aériens qui se développent dans la levure de bière.

Ces faits bien établis, on comprend de suite l'importance de l'ozone dans l'atmosphère; c'est un grand agent de purification. Son pouvoir oxydant forcé, le fait se combiner avec toutes les substances oxydables; il se détruit constamment, et, s'il en reste une partie non employée, on peut affirmer qu'il n'y a dans cette atmosphère aucune espèce de miasmes. Inversement, si l'on constate l'absence d'ozone, on peut craindre qu'il n'y ait excès de matières organiques putréfiables, et dans tous ces cas les conditions atmosphériques sont excellentes, dans ce moment, pour le développement des miasmes de toute espèce.

De l'ozone au point de vue du choléra. — Plusieurs observateurs ont, dès le commencement de la découverte de l'ozone, constaté que l'ozone diminuait et même disparaissait pendant les épidémies de choléra. Schœnbein émit à priori l'opinion que l'absence d'ozone était la cause des épidémies de choléra, et cette opinion eut aussitôt beaucoup de succès, car peu de temps après, pendant une épidémie de choléra à Londres, le docteur Hunt trouva que l'air était privé d'ozone. Mais deux ans après (1851 et 1852) la Faculté de médecine de Kœnigsberg, et en 1854 les médecins de Vienne arrivèrent, d'après leurs observations, à conclure qu'il n'y a aucune espèce de rapport entre une maladie quelconque et la quantité d'ozone contenue dans l'atmosphère.

L'historique de cette question est d'ailleurs plein de contradictions, et tandis que plusieurs auteurs (Bœckel, Bérigny, Billaud, Schultz et le docteur Orloff, etc.) publient des résultats qui corroborent l'opinion de Schœnbein, d'autres (Seitz, Voltini, Denza, etc.) publient des faits absolument contraires.

Nous ne pouvons entrer dans la discussion de tous ces faits, mais nous devons faire remarquer combien, surtout en fait d'ozonométrie, il faut tenir compte de la difficulté des observations. Tout dans cette question est essentiellement *relatif*, et les moyens de constatation de l'ozone sont eux-mêmes entachés d'erreur. C'est une science qui est à son début, et avant tout il faut en dégager les points principaux, et ne s'attacher pour cela qu'aux observations typiques. La lecture des mémoires publiés sur ce sujet nous a donné la conviction qu'il y avait une *relation réelle* entre les épidémies de choléra et la diminution d'ozone. Nos observations personnelles, faites à Marseille et sans idée préconçue, nous ont confirmé dans cette opinion.

Nous citerons surtout les observations faites par un savant des plus consciencieux, le docteur Th. Bœckel, qui a rédigé pendant bien des années le *Bulletin météorologique* dans la *Gazette médicale de Strasbourg*.

Voici ce qu'il écrivait en 1854 : « Le mois de juillet inaugure fatalement une nouvelle phase dans notre compte rendu des maladies : tout le monde parle choléra.

» Le baromètre n'a rien offert de particulier, si ce n'est peu de variabilité. Il s'est généralement produit peu d'ozone. La moyenne a été la moyenne de ce qu'elle est ordinairement.

» A partir du 17, il y a eu presque constamment absence d'ozone; c'est précisément à cette époque qu'a éclaté le choléra avec une certaine violence parmi nous.

» Le défaut d'oxygène électrisé est-il pour quelque chose dans l'apparition du choléra? Je n'ose l'affirmer. La coïncidence est curieuse et digne de remarque. A ma campagne, à 3 kilomètres de la ville, l'ozone se produit très faiblement aussi, quoique le contraire ait lieu ordinairement et comparativement à la ville.

» Août 1854. — Cette absence d'ozone offre le caractère le plus saillant de la constitution du mois d'août. Nous avons vu, au mois passé, qu'à partir du 17 l'ozonoscope a commencé à pâlir, et qu'en conséquence la moyenne ozonométrique n'a été que de 2 1/2. Au mois d'août, cette moyenne est de 1 1/2 pour la nuit et de 0,3/4 seulement pour le jour, résultat qui ne s'est pas encore offert depuis que j'observe cet agent.

» Ce résultat coïncide avec l'apparition du choléra; mais ce qui est plus intéressant encore, c'est qu'aujourd'hui 15 septembre, et depuis que le choléra diminue sensiblement, l'ozone reparaît dans l'air.

» Août 1855. — Les cas de choléra ont augmenté, l'ozone a diminué, voilà le fait dominant de ce mois. Dix fois l'ozone a complètement fait défaut le matin et neuf fois le soir.

» A ma campagne, près de Neudorff, l'ozonoscope avait constamment marqué 1 degré à 3 degrés de plus qu'en ville, lorsque le 23 et le 24 il tomba subitement à zéro; or c'est dans la nuit du 23 au 24 que se sont produits à Neudorff les premiers cas de choléra foudroyant. »

Voici également ce qu'écrit un médecin que je sais avoir été un excellent observateur, le docteur Conraux, qui exerçait en Alsace, dans la feuille d'annonces de Thann et Cernay (28 janvier 1855) :

« Pendant le mois de décembre et la première quinzaine de janvier, l'ozonoscope a constamment indiqué zéro. C'est précisément à la même époque qu'a eu lieu chez nous la période ascendante de l'épidémie. Cependant, dans la nuit du 11 au 15 janvier, l'ozone a reparu, et, à partir de là, aucun nouveau cas de choléra n'a été constaté jusqu'à la journée du 20. Mais, dans la nuit du 18 au 19, l'ozone a de nouveau disparu, car l'ozonomètre marquait de nouveau zéro; c'est avec cette date que coïncide la recrudescence cholérique. »

Ces observations ont, il me semble, la valeur d'expériences, car les faits se reproduisent plusieurs fois, et l'on ne peut invoquer une simple coïncidence. On ne peut non plus invoquer des idées préconçues dans l'observation suivante de M. Wolf, directeur de l'observatoire de Berne (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, avril 1855), qui ne reçut la liste journalière et officielle des morts du choléra, à Aarau, en Suisse, du 12 août au 14 octobre, qu'*après* ses observations météorologiques.

« En groupant, dit-il, les jours où il n'y avait eu aucun cas de mort, ceux où il y en avait eu 1 à 2, et enfin les jours

où il y avait eu 3 morts et au delà, j'ai trouvé que la moyenne correspondante des réactions de l'ozone à Berne est :

» Pour les jours de la 1re classe : 6,48
» — — 2e classe : 5,48
» — — 3e classe : 4,58.

» J'en conclus, ajoute-t-il, qu'effectivement le choléra est pour le moins extrêmement favorisé par la diminution de l'ozone. »

Nous citerons encore, parmi ces observations faites dans d'excellentes conditions, celles du docteur Cook, médecin anglais qui, dans les Indes, enregistra l'ozone simultanément dans seize stations, et qui est arrivé à cette conclusion : « qu'il existe une connexité indiscutable entre l'absence et la diminution de l'ozone dans l'air et la présence du choléra. »

Pendant notre séjour à Marseille, nous avons fait dès le premier jour (14 juillet) des observations ozonométriques dans différents endroits, dans les couloirs de l'hôpital des cholériques (Pharo, ancien château impérial, éloigné de la ville et situé près de la mer), en dehors de notre chambre d'hôtel, située dans une partie très élevée et loin des quartiers peuplés, et enfin à la gare. Ce n'est que dans ce dernier point que nous avons, à cette époque, constaté de l'ozone; mais cela tient évidemment à l'influence des lampes électriques, car ayant disposé des papiers ozonoscopiques en différents points, ce sont ceux qui se trouvaient le plus rapprochés de la lampe qui ont donné la coloration la plus marquée, et celle-ci était proportionnelle à la distance.

C'est ainsi que, près de la lampe, la coloration est de 4; à une distance de 6 mètres au-dessous, elle est de 3,5; et à 30 mètres elle n'est plus que de 1,50.

Entre les volets et les fenêtres de ma chambre d'hôtel, fort peu éloignée de la gare, il n'y avait aucune réaction ozonométrique, et ce n'est que quelques jours plus tard que j'en ai constaté. C'est vers cette même époque qu'il y eut une diminution notable dans les décès cholériques. Il est important de remarquer que cette apparition de l'ozone coïncidait également avec un fort vent de mistral, et comme d'après les observations de Marié-Davy ce sont surtout les vents qui soufflent du sud qui sont très riches en ozone, et que le mistral est au contraire un vent de nord-ouest, nous avons cru que l'ozone s'était produit en grande quantité malgré la direction du vent. Mais nous avons pu vérifier depuis qu'à Marseille, contrairement à ce qui a lieu à Paris, ce sont au contraire les vents du nord-ouest qui donnent le plus d'ozone.

L'observatoire de Marseille n'enregistre pas les observations ozonométriques, mais nous avons eu l'heureuse chance de trouver ces recherches faites depuis plusieurs années à l'hôpital militaire. Les chiffres inscrits sont évidemment relatifs, comme nous le faisait remarquer avec raison M. Cothon, pharmacien en chef de l'hôpital, les observations n'étant pas faites par les mêmes personnes. D'ailleurs, nous le répétons, il en est de même pour toutes les observations ozonoscopiques, et c'est pour cela qu'il ne faut s'attacher qu'à l'ensemble, et tâcher de trouver les faits concordants et typiques.

Or, chaque fois que dans un mois quelconque et dans une série d'années on trouve inscrit le maximum d'ozone, cela correspond toujours avec un fort vent de mistral; les observations du mois dernier sont absolument concluantes sur ce point.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de relever comparativement les observations ozonométriques des mois d'été de 1883 avec ceux de cette année. Voici les chiffres que nous avons copiés à l'hôpital militaire de Marseille :

Juin 1883.		Juin 1884.
1er	0	1
2	2	4
3	3	5
4	2	3
5	4	2
6	5	1
7	0	0
8	1	1
9	2	1
10	3	1
11	2	1
12	4	0
13	3	3
14	1	4
15	0	3
16	1	5
17	1	2
18	5	2
19	5	1
20	4	0
21	0	1
22	2	1
23	1	2
24	4	3
25	1	1
26	2	2
27	(?)	3
28	0	2
29	5	1
30	1	0

Juillet 1883.		Juillet 1884.	
1er	4	1	
2	3	0	
3	6	0	
4	5	1	
5	2	1	
6	0	2	
7	3	2	
8	2	0	
9	0	1	
10	6	2	
11	4	1	
12	1	1	
13	1	1	
14	0	0	
15	3	0	
16	2	1	
17	5	2	
18	4	2	
19	2	2	
20	3	5	Mistral.
21	0	5	
22	1	4	
23	6	3	
24	5	1	
25	5	0	
26	0	4	Mistral.
27	2	5	
28	3	5	
29	3	4	
30	1	5	
31	0	5	

Aout 1883.		Aout 1884.
1er	1	1
2	2	0
3	3	1
4	3	3
5	0	2
6	5	0
7	2	0
8	3	0

Si l'on compare ces chiffres à ceux de la mortalité, il est certain qu'on ne trouve pas pour chaque jour une concordance absolue et directe entre l'état ozonométrique et l'intensité de l'épidémie; mais on remarquera cependant combien la première moitié du mois de juillet 1884 donne comparativement au mois de juillet 1883 une quantité excessive-

ment faible d'ozone; c'est ainsi que du 1er juillet 1884 au 15 juillet la moyenne est environ de 0,86, tandis qu'elle est de 2,17 pour la même période de temps en 1883. C'est pendant cette quinzaine que l'épidémie a été la plus meurtrière, et dès que l'ozone arrive à être très manifeste la mortalité devient moins considérable.

Il est important de faire remarquer que, dans une grande ville, les modifications climatériques n'agissent pas immédiatement, mais bien au bout de quelque temps, et ce qui nous frappe le plus dans la comparaison des chiffres de l'ozone avec ceux de la mortalité, c'est que l'influence des variations ne se fait sentir que le lendemain ou le surlendemain, et surtout lorsque le même état atmosphérique a duré quelque temps. C'est ainsi que les cas deviennent plus nombreux et plus graves après un certain nombre de jours sans ozone, mais l'amélioration réelle n'a lieu également qu'après deux ou trois jours d'augmentation de l'ozone. Nous voyons par exemple que du 1er juillet au 20, la mortalité va en augmentant, qu'à partir du 11 il y a environ 70 décès par jour, et le 19 il y a 65 décès cholériques, le 20 il y en a encore 61, puis du 22 au 23 il y a eu 38 décès, et vers la fin du mois il n'y a plus qu'une vingtaine de décès comme l'indiquent les chiffres ci-dessus, c'est à cette époque qu'il y a une série de jours avec un maximum d'ozone.

Mais du 25 au 26, il y eut une augmentation subite de la mortalité, car on enregistra officiellement 58 décès cholériques, 20 de plus que les jours précédents et si l'on interroge le tableau ozonométrique, on voit que la veille et l'avant-veille l'ozonoscope était retombé à 1 et à 0, et que les jours suivants, où alors l'amélioration s'est maintenue d'une façon définitive, l'ozonoscope indique presque constamment le maximum.

Pendant le mois d'août l'ozone diminue et cependant la mortalité, sauf les jours qui correspondent aux lendemains où l'ozonoscope marque 0, est en moyenne de 15 décès cholériques. Du 6 au 7 août, si la mortalité a été la plus faible (5 décès) il y avait eu la veille et l'avant-veille, le maximum relatif d'ozone de toute la semaine. L'ozone disparaît complètement le 6, le 7 et le 8 août et la mortalité est de nouveau plus grande (15 décès), mais sans atteindre les chiffres du mois précédent.

Ce seul fait d'une augmentation réelle de la mortalité, mais bien plus faible que le mois précédent, dans les mêmes conditions atmosphériques, pourrait peut-être servir à indiquer la fin de l'épidémie, et être le signe le plus certain que le miasme cholérique est près d'être épuisé ou bien près de l'être. (*A suivre.*)

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Congrès de Copenhague.

Le Congrès s'est ouvert le dimanche 10 août, dans la grande salle de l'Université, sous la présidence de M. Panum, l'éminent physiologiste, en présence du roi et de la reine de Danemark, du roi et de la reine de Grèce, du prince royal et de la princesse, accompagnés de leurs enfants. L'*ouverture*, au sens littéral, a été faite par le chef d'orchestre. La séance a commencé, en effet, par des cantates; puis, dans des allocutions d'un à-propos toujours heureux et d'une forme toujours élevée, MM. Panum, Pasteur, Virchow et J. Paget (le célèbre chirurgien qui a présidé le Congrès de Londres) ont remercié l'assemblée de leur sympathique accueil. On devine les acclamations. C'est une justice de dire que c'est M. Pasteur qui en a eu la meilleure part.

A ce moment il y a eu une sorte de suspension de séance pendant laquelle la famille royale s'est entretenue avec les membres étrangers les plus marquants du Congrès. Puis on a procédé à l'élection des vice-présidents étrangers, au nombre desquels nous sommes heureux de compter, en ce qui touche la France, MM. Bouchard, Cornil, Jaccoud, Trélat et Verneuil, professeurs à la Faculté de médecine de Paris; et MM. Chauveau, Lépine et Ollier, professeurs à la Faculté de médecine de Lyon. Quatorze sections ont été constituées; elles fonctionnent simultanément. De plus, une séance générale a eu lieu chaque jour dans l'après-midi. Trois langues officielles ont été admises : le français, l'anglais et l'allemand. Ces dispositions (inévitables, nous le reconnaissons) ont créé quelque embarras aux reporters, qui sont rarement polyglottes et ne sont jamais ubiquistes.

Nous sommes obligés de nous en tenir aux communications dont nous avons pu avoir connaissance, en nous attachant, faute de place, aux plus importantes.

Section de médecine.

Chlorose et anémie pernicieuse. — M. *Laache* (de Christiania) expose les recherches qu'il a faites sur l'état du sang dans la chlorose et dans l'anémie pernicieuse. Tandis que dans la chlorose la quantité d'hémoglobine est inférieure à la normale, elle est augmentée, au contraire, dans l'anémie pernicieuse. Dans l'une et l'autre affection, les globules sanguins sont moins nombreux qu'à l'état normal.

M. *P. Guttmann* (de Berlin) confirme ces assertions d'après ses propres recherches; ayant fait des expériences analogues à celles de M. Laache, il est arrivé aux mêmes résultats.

M. *Bierner* (de Breslau) affirme que, dans l'anémie, les globules blancs contenus dans le sang doivent être divisés en trois catégories, qu'il est facile de distinguer les unes des autres au moyen d'une méthode de coloration basée sur le bleu de méthylène.

Les altérations des globules rouges du sang dans l'infection malarique, par M. *Tommasi-Crudelli.* — Si l'on fait sécher rapidement une couche très mince de sang sur un couvre-objet et si l'on traite ce sang desséché avec une solution aqueuse ou alcoolique de bleu de méthylène, et si l'on complète la préparation microscopique par la méthode recommandée par Koch et Erlich pour l'examen des liquides, on trouve les cellules blanches du sang colorées en bleu clair et les nucléus de ces cellules en bleu foncé. Les globules rouges conservent quelquefois leur couleur naturelle ou bien ils prennent une coloration bleu pâle qui est toujours uniforme quand le sang appartient à un homme sain ou à un malade d'une affection non malarique. Mais, si l'on a affaire à une infection malarique grave, plusieurs de ces globules prennent une coloration qui n'est plus uniforme. On voit dans l'intérieur de leur protoplasma coloré en bleu pâle, ou qui a conservé sa couleur ordinaire, un ou plusieurs corpuscules sphériques colorés fortement en bleu, lesquels conservent cette coloration même lorsque les globules qui les contiennent ont été complètement décolorés par l'action de l'eau distillée (Marchiafosa et Celli).

C'est là le point de départ de la dégénération mélanique, et ce point de départ paraît constituer à lui seul un signe pathognomonique de l'infection, puisque, jusqu'ici, on n'a trouvé rien de semblable dans le sang des personnes qui n'étaient pas attaquées par la malaria. Ce signe manque quelquefois, mais rarement.

On est aidé dans le diagnostic par la présence des formes plus avancées de l'altération des globules. A mesure que cette altération augmente, on voit apparaître à la place de ces petits corps sphériques des vacuoles claires et dont le pourtour a une coloration bleue et contient des pigments noirs. Plus tard, ces granulations s'accumulent dans l'intérieur des globules, et, en même temps, on vérifie une augmentation de la substance hyaline, dont les masses irrégulières se colorent fortement avec le bleu de méthylène, etc.

L'auteur insiste sur l'importance pratique des observations de Marchiafosa et Celli, car elles permettront de fixer le diagnostic dans beaucoup de cas douteux, surtout lorsqu'il s'agit de la *febris subcontinua*, qu'on confond si souvent avec la fièvre typhoïde. Il faut aussi se souvenir des formes insidieuses que revêt souvent l'infection malarique lorsque l'anémie progressive, causée par elle, mine l'organisme sans susciter la fièvre: des névroses et des névralgies obstinées qui cessent tout à coup après un traitement hardi par la quinine ou par l'arsenic ; des maladies de langueur qui paraissent incurables et auxquelles succède tout à coup une attaque de fièvre pernicieuse, si le médecin n'intervient pas à temps avec un bon traitement spécifique, et des cas de *purpura hemorrhagica*, ou de scorbut aigu, que l'on guérit quelquefois comme par enchantement avec des doses très fortes de quinine, lorsqu'on sait en reconnaître la nature.

L'examen du sang des cadavres donne les mêmes résultats que l'examen du sang des malades.

Parallèlement à la destruction des globules rouges, la reproduction du contingent globulaire du sang se fait souvent d'une manière active. Les organes hématopoiétiques exagèrent leur fonction spéciale et, aussi longtemps qu'ils ne sont pas entamés par les successions morbides de l'infection, versent abondamment dans l'intérieur du système circulatoire des jeunes éléments qui remplacent les éléments détruits.

Marchiafosa et Celli ont très bien étudié cette fonction régénératrice des organes hématopoiétiques pendant le cours des infections de malaria, et ont complété leur étude par des expériences comparatives faites sur des chiens, chez lesquels on détruisait rapidement une grande quantité de globules rouges avec des injections d'acide pyrogallique. Ces expériences ont reproduit exactement tout le tableau de la réparation du stock globulaire, tel qu'on le voit pendant le cours des injections malariques.

M. *A. Goldschmitt* (de Lyngby) dit qu'en Danemark la fièvre intermittente a perdu de son intensité et qu'elle a aujourd'hui un caractère bénin.

Suivant M. *Rosenstein* (de Leyde), les altérations du sang ne suffisent pas pour expliquer la production des fièvres intermittentes ; il faut nécessairement qu'il y ait en même temps une altération des organes. Il a rencontré dans le sang tous les micro-organismes décrits par Laveran, Richard, Tommasi-Crudelli, Marchiafosa et Celli, mais il n'est pas prouvé encore que ces organismes soient l'agent producteur de la malaria.

Étiologie, diagnostic, pronostic et traitement de la tuberculose, par M. *Ewald* (de Berlin). — Il accorde une très grande valeur à la découverte de Koch, qui a donné aux praticiens un moyen certain de porter un diagnostic précis. L'auteur ne dit rien de nouveau sur cette question : son mémoire, d'ailleurs remarquable, n'est que le résumé de ce que nos lecteurs connaissent déjà sur ce sujet.

Du traitement de la tuberculose, par M. le professeur *Jaccoud*. — Le but de ce mémoire est d'établir que la découverte du bacille tuberculeux n'a rien ajouté à la thérapeutique de la phthisie. La transmissibilité de la tuberculose était connue depuis la belle découverte de M. Villemin et toutes les précautions hygiéniques ont été prescrites avant la naissance du bacille; la notion nouvelle n'a pas nécessité des additions aux diverses mesures proposées de part et d'autre. On savait avant le bacille qu'il fallait modifier le terrain et fortifier l'organisme.

M. le professeur *Bouchard* (de Paris) fait observer que, si la découverte du bacille a été sans influence sur le traitement, il n'en est pas de même pour le diagnostic, qui acquiert par la constatation de la présence du bacille une valeur qu'il n'avait pas auparavant.

Diagnostic précoce de la tuberculisation pulmonaire, par M. *Grancher* (de Paris). — Les opinions de l'auteur sur ce point sont bien connues; en voici pourtant le résumé : La tuberculisation pulmonaire est toujours très difficile à diagnostiquer dans sa période initiale.

Dans la tuberculisation pulmonaire à forme pneumonique, quand le ramollissement est très rapide, on peut trouver des bacilles lorsque le diagnostic fondé sur les signes physiques est encore douteux. Il en est de même quand la tuberculisation pulmonaire débute par une hémoptysie ou se cache sous les traits d'une bronchite diffuse avec ou sans emphysème pulmonaire. Alors la présence du bacille tuberculeux est le meilleur de tous les signes.

Mais, quand les tubercules se développent en silence et se ramollissent très lentement (ce qui est le cas le plus commun), quand le malade ne tousse et n'expectore que longtemps après le début de la maladie, les bacilles n'apparaissent dans le pus des crachats qu'à un moment où leur présence est superflue pour le diagnostic. Les bacilles, quoique présents, peuvent être très rares et échapper à l'examen microscopique ; ils sont cependant en nombre suffisant pour provoquer par l'inoculation aux cobayes une tuberculose expérimentale. D'où une méthode de diagnostic fondée sur les résultats positifs ou négatifs de l'inoculation.

Mais cette méthode exige assez de temps (un mois ou deux et plus, si les résultats de la première inoculation sont douteux, ce qui rend nécessaires des inoculations de contrôle) ; elle a ses causes d'erreur. Or les signes physiques suffisent à un diagnostic de probabilité d'abord, et plus tard à un diagnostic de certitude.

Si la certitude du diagnostic augmente à mesure que les signes s'accumulent, la gravité du mal croît également. Il faut donc s'efforcer de reporter le diagnostic à une époque antérieure à l'apparition des signes physiques grossiers et surveiller très attentivement les altérations isolées du murmure respiratoire.

Toutes les respirations anormales (respiration saccadée, faible, rude) peuvent être l'indice d'une tuberculisation commençante. Mais la rudesse avec abaissement de tonalité du murmure *inspiratoire* est le plus précoce et le meilleur des signes physiques au début de la tuberculisation pulmonaire.

Cette anomalie respiratoire est, à mon avis, suffisante quand elle est *nette*, *localisée*, *fixe* à un sommet du poumon, et quand le terrain est suspect (chloro-anémie rebelle, scrofulisme, hérédité), pour poser un diagnostic de probabilité. Cette altération du murmure sous-claviculaire se fait entendre au début plus souvent à gauche qu'à droite, ce qui confirme l'opinion de ceux qui pensent que, dans la règle, la tuberculisation à marche lente commence du côté gauche ; ce qui, au contraire, tend à diminuer la valeur de ce symptôme pour ceux qui pensent que le murmure vésiculaire est normalement plus fort sous la clavicule gauche que sous la clavicule droite.

L'auteur ne croit pas qu'il existe une différence physiologique, c'est-à-dire constante, du murmure respiratoire en faveur du côté gauche.

En somme il ne faut pas se hâter de diagnostiquer une tuberculose à la première perception d'une rudesse du murmure inspiratoire, mais il faut se défier de cette anomalie quand elle persiste et quand on la rencontre en compagnie de signes rationnels sur un terrain suspect. Dans ces conditions, elle suffit à un diagnostic de probabilité.

M. *Guttman* reproche à M. Jaccoud d'avoir méconnu dans la communication l'esprit scientifique. M. *Crocq* (de Bruxelles) déclare ne pas croire à la nature parasitaire de la tuberculose; M. *Ewald* (de Berlin) dit que les idées exprimées par le professeur de Paris ne sont pas nouvelles, et que sur l'importance de la découverte de Koch, ses objections ont peu de valeur.

Sur quelques auto-intoxications. — M. *Lépine* (de Lyon) admet plusieurs sortes d'auto-intoxications :

1° *Auto-intoxication d'origine intestinale.* — M. Lépine, après avoir rappelé les travaux de M. Humbert et ceux plus récents du professeur Bouchard, rapporte plusieurs observations remarquables d'auto-intoxication ayant pour point de départ l'intestin, notamment un cas où des matières putrides stagnantes dans le segment inférieur, dans un cas d'anus contre nature, avaient amené une septicémie avec des symptômes ressemblant à ceux d'une intoxication par l'atropine.

2° *Auto-intoxication comme élément morbide dans les maladies aiguës.* — Vu la difficulté de démêler les symptômes de l'auto-intoxication supposée, au milieu du complexus morbide, M. Lépine s'est appliqué à découvrir dans les humeurs chez le malade, et notamment dans l'urine, des principes toxiques. Avec le concours de M. Guérin (de Lyon), il a extrait de l'urine, au moyen de l'éther, des alcaloïdes et a constaté que leur quantité est augmentée, ainsi que l'avait vu M. Bouchard, et, de plus, que leurs effets sur les grenouilles sont différents suivant les cas. Ainsi, il semble que ceux qui sont retirés de l'urine des typhiques ralentissent le cœur et le mettent en diastole, ce que ne font pas ceux qui sont retirés de l'urine des pneumoniques.

L'extrait alcoolique de 100 centimètres cubes d'urine de fébricitants débarrassée des sels de potasse produit, s'il est injecté chez des cobayes, des accidents toxiques qui rappellent ceux de la muscarine. L'urine d'inanition et celle d'autres états non fébriles provoquent d'ailleurs des accidents du même genre, mais moins accentués.

M. *Edlefsen* (de Kiel) rappelle, au sujet de la communication de M. Lépine, que quelques auteurs ont découvert dans les masses des alcaloïdes excrétés un alcali toxique auquel ils ont attribué la cause de la mort.

Coma, Diabète. — M. *Stadelman* (de Kœnigsberg) expose les recherches qu'il a faites sur le coma diabétique et conclut que d'après lui cet état serait dû à une accumulation d'ammoniaque dans le sang.

Traitement des maladies infectieuses aigues. — M. *Liebermeister* (de Tubingen) expose les principes, les procédés et les résultats de la méthode antipyrétique dans le traitement des maladies infectieuses aiguës.

Thérapeutique antipyrétique des maladies infectieuses aigues, par M. le professeur *Bouchard* (de Paris). — La thérapeutique pathogénique qui pourrait atteindre la cause de la maladie serait réellement curative. On ne conteste plus la valeur de l'antisepsie chirurgicale, mais on oppose à l'antisepsie médicale une fin de non-recevoir absolue. On dit que, l'agent infectieux étant dans l'intimité de l'organisme, il faudra, pour l'atteindre, imprégner tout l'organisme de la substance antiseptique, qui impressionnera également les cellules humaines et les cellules du ferment et qui tuera le malade avant de tuer le microbe.

Ce sophisme peut être réfuté par trois arguments :

1° Il est des substances inoffensives pour l'homme qui tuent, je ne dis pas les microbes, mais certains microbes. L'oxygène indispensable à l'homme empêche la vie de toute une catégorie de ferments; l'argent à dose insignifiante pour un organisme animal arrête le développement d'un aspergillus.

2° Il y a des maladies médicales, la dysentérie, le choléra, la diphthérie, etc., où l'agent infectieux est, au moins pendant un temps limité, à la surface de certains organes et pourrait être atteint localement sans imprégnation de toute l'économie par la substance antiseptique.

3° La thérapeutique antiseptique médicale ne se propose pas de tuer le microbe, comme on le répète faussement; elle se propose seulement d'entraver sa pullulation. En effet, quand dans les maladies infectieuses la victoire se décide en faveur des ferments, c'est parce que ces derniers se renouvellent incessamment, parce que de nouveaux combattants toujours plus nombreux succèdent à ceux qui se sont usés dans la lutte pour la vie contre les cellules animales. Chez les êtres supérieurs, animaux ou végétaux, un simple changement de milieu, de climat, suffit pour leur faire perdre leur fécondité, sans compromettre leur existence, L'exemple des moutons de la Beauce, qui deviennent réfractaires au charbon quand ils ont été transplantés depuis quelques temps en Algérie, peut faire espérer que des modifications peu considérables de l'organisme humain infecté pourraient entraver la pullulation indéfinie de certains microbes qui l'auraient déjà envahi. Ce ne sont là que des arguments. Certains faits cliniques apportent une sorte de confirmation à ces présomptions.

En dehors de la saignée, ajoute l'auteur, des spoliations séreuses et du bain froid, tous les antithermiques sont des antiseptiques. La quinine qui, dans la fièvre typhoïde, peut faire tomber la température de trois degrés et plus, n'abaisse pas la température de l'homme sain; elle est même sans action contre la fièvre de certaines maladies infectieuses, la pneumonie, l'érysipèle. Elle agit donc, non par son action physiologique sur l'organisme malade, mais par son action délétère sur certains microbes pathogènes. L'acide phénique, qui est assurément antithermique, est en même temps nuisible à l'agent infectieux de la fièvre typhoïde.

D'après ma statistique, sur 100 malades guéris par le traitement phéniqué, chez 10 la maladie dura moins de deux septénaires, de neuf à treize jours. Dans un cas j'ai vu une intoxication accidentelle par l'acide phénique couper court à la maladie; la température tomba de 40 à 35°,7; dès le lendemain elle s'établissait définitivement à 37 degrés. Tous les médicaments dont on a vanté les bons effets dans la fièvre typhoïde, sont des antiseptiques. On est revenu avec obstination à l'emploi du mercure. Serres a donné le sulfure noir, Becquerel les frictions, Salet le calomel, jusqu'à production de la salivation.

La méthode de Salet m'a donné une mortalité de 6 pour 100, une durée moyenne de vingt jours; tous les malades qui ont eu la salivation ont guéri et, chez eux, les cas de courte durée ont été deux fois plus fréquents que chez ceux qui n'ont pas eu la salivation. Je dirais que la méthode antiseptique est réalisée par le calomel à la dose de 1 à 2 centigrammes toutes les heures, jusqu'à production de la stomatite, si la convalescence, après l'emploi de cette méthode, ne me semblait plus longue et plus pénible et si elle n'était pas entravée quelquefois par des processus typhiques tardifs. Je ne suis donc pas en état de proposer actuellement un traitement antiseptique de la fièvre typhoïde. Mais de ce que je viens de dire je crois pouvoir conclure que l'antisepsie médicale théoriquement admissible est, dans certains cas, pratiquement réalisable.

Il est invraisemblable que des recherches persévérantes entreprises dans ce sens ne seront pas infructueuses. L'injection intraveineuse, qui doit être actuellement interdite chez l'homme, m'a paru, en raison de sa précision, être préférable à tout autre moyen pour introduire les médicaments chez les animaux en expérience.

J'ai dû d'abord déterminer la quantité de chaque substance qui est capable de produire la mort, dans une espèce animale, pour un kilogramme du poids de l'animal, et celle qui produit un commencement d'accidents. J'appelle équivalent thérapeutique d'un médicament la quantité comptée par kilogramme d'animal qui, injectée dans le sang, ne détermine pas de phénomènes toxiques, mais au delà de laquelle l'intoxication se produirait. J'ai fait cette estimation pour dix-sept substances antiseptiques et j'ai constaté que, si l'on associe plusieurs substances équivalent par équivalent, l'action antiseptique du mélange augmente plus que son action toxique, qu'on a dès lors avantage à associer divers agents antiseptiques. Les expériences que j'ai tentées dans cette direction sur le charbon, sur une septicémie spéciale et sur la gangrène gazeuse ne m'ont fourni encore aucun résultat satisfaisant; mais je suis à peine entré dans cette voie. S'il s'agit des infections dans lesquelles les ferments habitent des surfaces accessibles, naturelles ou accidentelles, que ces infections soient primitives ou secondaires, l'antisepsie médicale a fait ses preuves: elle peut être efficace sans devenir nuisible.

L'auteur rappelle les essais qu'il a faits pour empêcher la putréfaction dans le tube digestif. Il faut pour cela faire in-

gérer une substance antiseptique insoluble ou peu soluble, afin que, n'étant pas absorbée, elle pût arriver jusqu'à l'extrémité de l'intestin; afin que, n'étant pas absorbable, elle ne pût pas produire, malgré l'élévation des doses, une intoxication générale. Il pouvait choisir entre le salicylate de bismuth et l'iodoforme. Il a choisi l'iodoforme, qui, assoié au charbon, présente une surface d'action énorme, et, grâce à son extrême division, est en quelque sorte présent partout, à la surface de la muqueuse et dans l'épaisseur des matières intestinales. 60 centigrammes d'iodoforme dissous dans 100 centimètres cubes d'éther sulfurique sont mélangés à 100 grammes de poudre de charbon végétal. Après évaporation de l'éther, le charbon iodoformé est mélangé à 180 grammes de glycérine et une cuillerée à bouche de ce mélange délayée dans un demi-verre de boisson est administrée toutes les deux heures.

Depuis neuf ans, l'auteur administre, dans la fièvre typhoïde, la poudre de charbon végétal à l'intérieur, à la dose de 100 grammes par jour en dix fois. Les matières fécales, non seulement perdent leur fétidité, mais sont absolument inodores et donnent par filtration un liquide incolore. Ce ne sont pas seulement les matières odorantes ou colorantes qui se fixent sur le charbon, ce sont aussi ces alcaloïdes analogues aux ptomaïnes dont il a, en 1882, démontré l'existence dans les matières fécales normales et qui y abondent d'autant plus que les putréfactions intestinales sont plus intenses.

L'auteur conclut que, si l'antisepsie médicale n'a pas encore tenu tout ce qu'elle promet, elle a déjà réalisé quelques progrès thérapeutiques.

Péritonite consécutive aux affections de l'appendice vermiculaire. — M. *With* (de Copenhague) dit que le plus souvent les inflammations de la fosse iliaque droite, connues sous le nom de pérityphlite, ont pour point de départ l'ulcération et la perforation de l'appendice vermiculaire. Il appelle toute péritonite reconnaissant cette origine *péritonite appendiculaire*. Celle-ci se présente sous deux formes : 1° péritonite appendiculaire adhésive (avant la perforation); 2° péritonite appendiculaire locale ou générale (après la perforation).

Quant au traitement, l'indication principale est d'immobiliser autant que possible le canal intestinal, en donnant l'opium et la morphine à fortes doses et en s'abstenant de donner des lavements et des laxatifs.

Inflammations sub-aigues du poumon. — M. *Grancher* (de Paris) décrit sous ce nom l'inflammation du tissu pulmonaire qu'il a déjà fait connaître sous le nom de *spléno-pneumonie*. Les idées de M. Grancher produites déjà dans la *Société des hôpitaux* sont bien connues de nos lecteurs.

(*A suivre.*)

P. S. — Sans attendre la suite de ce compte rendu, disons quelques mots des fêtes données aux membres du Congrès.

La journée du mercredi 13 a été consacrée à une excursion à Elseneur. On est parti dans cinq bateaux pavoisés, par un beau soleil, au son de fanfares et de marches françaises. La traversée est de deux heures.

« Soyez les bienvenus, messieurs, dans Elseneur ! »

Cette formule classique d'invitation n'était pas, cette fois, le prélude de scènes tragiques; elle menait tout droit à un magnifique déjeuner de 2000 couverts au château royal de Kronborg, où les éclats d'une gaieté cosmopolite étouffaient entièrement les sombres lamentations d'Hamlet, couché, dit-on, à peu de distance de là sous un tas de pierres, au bord de la mer, près de Marienyst. Pourvu qu'aucun des anthropologistes du Congrès n'aille demander à fouiller un peu pour voir le crâne!

Le jeudi, la municipalité de Copenhague a reçu les membres du Congrès. Là encore 2000 couverts. Au milieu de la salle immense, une estrade avait été dressée pour recevoir les délégués ou notabilités de l'assemblée et les hauts fonctionnaires danois. De nombreux discours ont été prononcés, qui naturellement ne touchent pas à la science et que nous ne pouvons même résumer. Nous remarquerons pourtant le toast original porté en français par un orateur danois : « Aux illustrations médicales et à la *voie lactée de petites constellations* qui compose la foule des membres du Congrès. » M. Pasteur a porté un toast au Danemark au nom de la France, et M. Trélat a remercié les Facultés danoises de leur gracieuse et large hospitalité; car nous allions oublier de dire que presque tous les membres du Congrès avaient été reçus chez les habitants. Les deux orateurs ont su vivement toucher la fibre nationale, exprimer avec éloquence et chaleur les sentiments de patriotisme et de cordialité qui unissent les deux nations. La journée s'est terminée par une excursion au jardin de Tivoli. Dans la traversée du port, la musique a joué la *Marseillaise*, énergiquement scandée par les Français et les Scandinaves.

Le vendredi, 15, tout le Congrès a été invité par le roi à un souper au château de Christiansborg; il l'a remercié en français du lustre qu'une telle réunion de savants venait de répandre sur la capitale du Danemark et le pays tout entier.

— La prochaine réunion aura lieu à Washington.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 18 AOUT 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

Des modifications dans la nutrition du système nerveux produites par la manie, la lypémanie et l'épilepsie. Note de M. *A. Mairet*. — Après avoir, dans ses deux précédentes communications, montré que l'acide phosphorique est lié à la nutrition générale, à la nutrition des muscles et à celle du système nerveux, ainsi que nous l'avons précédemment indiqué (*Gazette hebdomadaire* du 8 et du 19 août 1884), M. Mairet étudie aujourd'hui l'influence de l'aliénation mentale et de l'épilepsie sur l'élimination de l'acide phosphorique et sur les échanges nutritifs qui se passent au sein du système nerveux.

Voici les conclusions de ces nouvelles recherches :

1° La *manie* modifie différemment, suivant ses diverses périodes d'agitation, de dépression, de rémission et de convalescence, l'élimination par les urines de l'acide phosphorique et de l'azote. Elle modifie les échanges nutritifs qui se passent au sein de la substance nerveuse et les augmente. Elle suractive la nutrition générale dans les périodes d'agitation et la ralentit dans les périodes de dépression.

2° La *lypémanie* augmente les échanges nutritifs qui se passent au sein de la substance cérébrale; elle ralentit la nutrition générale.

3° Dans l'épilepsie, en dehors des attaques et de l'état de mal épileptique, l'élimination de l'azote et de l'acide phosphorique par les urines n'est pas modifié. Les attaques et l'état de mal augmentent l'élimination de l'azote et de l'acide phosphorique; ils suractivent les échanges qui se passent au sein du système nerveux.

Le microbe de la fièvre typhoïde de l'homme. Note de M. *Tayon*. — L'auteur communique les résultats d'une série d'expériences sur la transmission de la fièvre typhoïde de l'homme aux animaux.

L'inoculation, de même que l'ingestion par la bouche du sang d'un typhique mort ou vivant, ne parvient pas à transmettre la fièvre typhoïde de l'homme aux animaux (lapins, cobayes, oiseaux, chevaux et porcs). Il en est de même de l'introduction du sang ou de l'urine d'un typhique dans l'appareil respiratoire ou dans la cavité abdominale du cobaye, du lapin, du pigeon, etc.

Par contre, les résultats changent si l'on infecte les animaux avec les mêmes liquides *cultivés*, surtout si l'expérience a lieu sur le cobaye. Celui-ci, en effet, meurt dans un temps qui varie entre vingt minutes et quarante-cinq heures, et présente à l'autopsie les lésions caractéristiques de la dothiénentérie. Mais le sang de ce même animal qui vient de succomber ne transmet pas la fièvre typhoïde, à moins qu'il ne soit à son tour cultivé, auquel cas il devient très virulent pour certains animaux.

Communications relatives au traitement du choléra. 1° Rapport de M. *Gosselin*. — Cette fois encore le plus grand nombre des communications se fait remarquer par leur insignifiance et leur inutilité. Un seul travail mérite d'être pris en considération, c'est celui de M. le docteur Peyrussen (de Limoges), qui, partant de cette idée généralement admise que le choléra est dû à des micro-organismes venus du dehors, propose l'emploi des injections hypodermiques d'un antiseptique puissant, le bi-iodure de mercure, à la dose de 1 centigramme mêlé à 25 centigrammes d'iodure de potassium pour 1 gramme d'eau distillée.

Le moyen peut être bon, mais il n'est appuyé jusqu'à présent d'aucune observation, et la commission, dit le savant rapporteur, ne doit s'occuper que des résultats acquis.

2° Rapport de M. *Marey*. — Les documents examinés par M. Marey ne présentent pas de valeur plus grande que ceux qui ont été envoyés précédemment à l'Académie. Il faut en excepter cependant un mémoire de Girard Caudemberg, écrit en 1832, lors de la première épidémie cholérique en France, et qui, présenté alors à l'Académie des sciences, n'aurait pas suffisamment attiré l'attention du corps médical. Ce mémoire, réédité aujourd'hui par le petit-fils de l'auteur, M. le docteur Charles Caudemberg, est remarquable par sa conclusion « que la source de propagation du choléra est dans les déjections des malades, non seulement de ceux qui sont gravement atteints par l'épidémie, mais encore et surtout de ceux chez lesquels la maladie reste à l'état d'indisposition légère, et qui, circulant librement, transportent et disséminent la matière contagionnante ».

Académie de médecine.

Séance du 19 aout 1884. — Présidence de M. Larrey, ancien président.

M. *le Président* présente une brochure de M. *Bonnafont* sur *le Choléra et le Congrès sanitaire international*.

M. *Gariel* offre le *Compte rendu de la session de Rouen en* 1883 de l'Association française pour l'avancement des sciences.

M. *Peter* fait hommage, au nom de M. le docteur *Poincarré* (de Nancy), d'un ouvrage *sur la prophylaxie et la géographie médicales*.

M. *Giraud-Teulon* présente un nouveau *blépharostat*, pouvant être placé et retiré instantanément à l'aide d'une seule main, imaginé par M. le docteur *Guedes de Mello*.

Choléra. — M. *Marey* a été frappé de ce que, dans la discussion actuellement pendante devant l'Académie, en dehors des doctrines, il est un certain nombre de points de faits sur lesquels l'accord est unanime. Il importerait dans les circonstances actuelles de dégager ces faits et de montrer que le corps médical n'est pas divisé à cet égard comme on ne craint pas de le dire de tous côtés. Il souhaite en conséquence que l'Académie se préoccupe d'abord d'instituer une sérieuse enquête dans tous les points frappés par l'épidémie, à l'aide d'un questionnaire portant notamment sur les points suivants : la durée de l'incubation, l'influence des eaux dont se servent d'habitude les habitants, l'état des fosses d'aisance, des lavoirs, des dépôts de fumier, etc. Peut-être y aurait-il même lieu de provoquer une Conférence internationale destinée à étudier, dans un but humanitaire, l'ensemble de toutes les questions que soulève l'histoire des épidémies de choléra. M. Marey désire enfin la création de chaires d'épidémiologie dans les Facultés de médecine et de nombreux bureaux d'hygiène sur les divers points du territoire.

Sur la proposition de M. *Brouardel*, les propositions faites par M. Marey sont renvoyées à la Commission d'hygiène, afin d'être rapportées et votées dans la prochaine séance.

M. *Peter* fait un rapport sur deux communications adressées par M. le docteur *Queirel*, médecin des épidémies de Marseille, concernant les débuts de l'épidémie à Marseille et à Arles. En ce qui concerne la première de ces villes, M. Queirel confirme de tous points ce qu'ont appris MM. Brouardel et Proust sur l'invasion du choléra par un lycéen venant de Toulon. A Arles, l'épidémie a éclaté d'emblée, sans diarrhée prémonitoire, alors que la constitution médicale était loin d'être mauvaise ; les premiers cas ont été observés chez des individus arrivés directement à pied de Marseille ; puis l'Arlésien, le premier atteint, habitait loin du Marseillais mort à l'Hôtel-Dieu et dans la partie la plus haute d'Arles ; d'autres cas mortels survinrent le jour même. Enfin, avant l'arrivée à Arles des réfugiés marseillais, il y avait depuis plus de quinze jours dans cette ville des émigrés de Toulon, chez lesquels on ne constata pas un seul cas de choléra.

M. Peter pense qu'on ne saurait admettre que le choléra ait été propagé à Arles par la contamination des eaux, puisque le premier habitant qui en a été atteint habitait bien au-dessus du Marseillais mort à l'hôpital ; de plus, les Toulonnais émigrés n'avaient pas le choléra. Il faut admettre la dissémination du contage par l'air et son introduction par les voies respiratoires. C'est ainsi qu'aux Omergues, petit village des Basses-Alpes, il y a eu tout à coup, du 10 au 12 août, quarante décès par le choléra sur une population de 500 âmes, puis, du 12 au 13, deux décès seulement. Si c'étaient les eaux contaminées qui fussent coupables, leur contamination aurait-elle donc brusquement diminué du 10 au 13 août? Si, au contraire, on admet que pour le choléra, comme pour les maladies les plus manifestement contagieuses, les fièvres éruptives, par exemple, la contagion se fait par l'intermédiaire de l'air, on conçoit très bien que, l'air charriant partout le germe cholérique, celui-ci se développe *d'élection*, dans les organismes *prédisposés*, et frappe, le premier jour, quarante individus, puis le second jour, deux seulement, restant aux alentours de ce chiffre les jours suivants : les individus prédisposés ayant d'abord été frappés en masse.

Pour expliquer toutes ces obscurités, on met en avant l'existence de microbes dont on ignore l'existence, les propriétés. M. Peter oppose à ce sujet les recherches faites par divers savants et déclare qu'on a, dans ces recherches, pris l'effet pour la cause. Il insiste en terminant sur ce que les faits actuels montrent que l'apparition du choléra et sa constitution immédiate en foyer se produisent partout où l'hygiène est méprisée : il faut donc réformer l'hygiène publique ou plutôt la créer dans les lieux où elle n'existe pas.

M. *Jules Guérin* se réserve de faire connaître dans la prochaine séance l'ensemble des renseignements qu'il est allé recueillir ces jours-ci à Marseille et à Toulon.

Septicémie gangreneuse. — M. *Bouley* lit un mémoire de MM. *Chauveau* et *Arloing* sur la septicémie gangreneuse, en réponse aux observations présentées par MM. Verneuil et Trélat, il y a quelques mois, à la tribune de l'Académie. Il résulte de leurs recherches que la septicémie gangreneuse de l'homme, identique à la septicémie gangreneuse des animaux, est produite par un microbe aérobie, qui probablement n'est autre que le vibrion septique de M. Pasteur. Les germes de ce vibrion septique sont les hôtes habituels de l'homme et des animaux, mais ils ne se développent et ne déterminent les accidents graves que l'on connaît qu'à la suite de traumatismes, que ces traumatismes s'accompagnent de plaie extérieure, ce qui est la règle, ou qu'ils soient exclusivement sous-cutanés. Les sujets inoculés par ce virus et qui échappent à la mort, acquièrent l'immunité. Pour obtenir plus facilement cette immunité, le meilleur procédé est de faire des injections intraveineuses du virus.

Ozone dans les épidémies. — M. *Onimus* lit un mémoire sur l'emploi de l'ozone dans les épidémies (voy. p. 563). — Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. Proust, Baudrimont et Gariel.

Société de biologie.

SÉANCE DU 9 AOUT 1884. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

Paralysie faciale périphérique; méningite spinale postérieure : M. Dejerine. — Note sur la rétention d'urine : M. Quinquaud. — Pansement des plaies : M. Arragon. — Recherches sur l'élément infectieux du choléra : M. Straus. — Chloroformisation : M. P. Bert. — Élection.

M. *Dejerine* a étudié histologiquement la corde du tympan et le nerf facial chez un malade qui ne présentait aucune altération du goût et dont les muscles de la face, frappés de paralysie, avaient conservé leur contractilité électrique : la corde tympanique était absolument dégénérée; le facial, dans la parotide, ne présentait que quelques fibres altérées. De là on peut conclure : 1° que l'action gustative de la corde du tympan ne joue qu'un rôle secondaire; 2° qu'une altération du facial suffisante pour s'opposer à la transmission des incitations motivées volontaires, peut ne pas produire la dégénération des muscles, qui conservent leur contractilité électrique.

— M. *Dejerine*, ayant eu l'occasion d'examiner la moelle de plusieurs ataxiques atteints de sclérose combinée, non systématique, des cordons postérieurs et des cordons latéraux, a vu que, dans les cas où la lésion avait gagné les cordons latéraux, on trouvait des plaques de méningite spinale : il conclut à une propagation de la méningite spinale postérieure gagnant les cordons latéraux et déterminant leur inflammation consécutive.

— M. *Quinquaud*, recherchant la cause de la mort plus ou moins rapide des sujets atteints de rétention d'urine, a produit sur des animaux l'oblitération de l'urèthre et a vu que quarante-huit heures après l'urée s'accumule brusquement dans le sang. Au même moment, l'exhalation de l'acide carbonique diminue très notablement. Il y a donc une diminution considérable des oxydations organiques; et cependant la capacité respiratoire du sang n'est nullement modifiée; c'est la respiration du tissu qui se suspend. C'est de l'accumulation plus ou moins rapide de l'urée dans le sang que dépend la rapidité de la mort chez l'homme atteint de rétention d'urine. Quand cette quantité atteint une certaine valeur, la mort est certaine, même si on supprime la cause de rétention.

— M. *Arragon* a employé, sur le conseil de M. Gréhant, les infusions de valériane dans les plaies et les contusions : la douleur est rapidement diminuée; la cicatrisation se fait régulièrement.

— M. *Straus* expose, en son nom et au nom de M. Roux, les résultats de leurs recherches sur l'élément infectieux du choléra. Déjà ils avaient rencontré, mais seulement dans les cas où la maladie s'est prolongée, le microbe que M. Koch considérait comme constant; leurs études récentes leur permettent de confirmer leur première conclusion : ce microbe existe, seul, dans le mucus qui tapisse l'intestin dans les cas à marche relativement lente; il trouve dans ce mucus, suivant l'expression de M. Koch, « son milieu de culture naturel ». Mais il manque dans les autres cas; on doit attacher une grande importance au bacille en virgule, mais on ne peut aller plus loin et affirmer qu'o*n tient* le microbe du choléra. Sa présence dans l'intestin ne suffit pas pour expliquer les cas foudroyants; il est possible qu'il donne naissance à un produit, à quelque ferment soluble et que ce soit ce ferment qui tue. Comme le microbe est d'une culture facile, MM. Straus et Roux cherchent en ce moment à obtenir par filtration le ferment soluble qu'ils supposent sécrété par lui et se proposent de poursuivre avec ce produit leurs tentatives d'inoculation.

— M. *P. Bert* expose quelques considérations sur les anesthésies successives qui se produisent au cours d'une même chloroformisation. Il y a deux stades distincts dans l'anesthésie chloroformique : le premier, dans lequel la sensibilité est supprimée, sans résolution musculaire; le sang contient alors peu de chloroforme et l'anesthésie se dissipe très vite si on cesse la chloroformisation; dans le second stade, toutes les sensibilités disparaissent, la résolution musculaire est complète; le sang contient alors beaucoup de chloroforme.

— Le dépouillement du scrutin pour l'élection d'un membre titulaire se termine par la nomination de M. *Bloch*.

— La Société s'ajourne au second samedi d'octobre.

VARIÉTÉS

CHOLÉRA

Le préfet de police a adressé la circulaire suivante aux commissaires de police de la ville de Paris :

Messieurs, un service spécial de désinfecteurs vient d'être institué près la préfecture de police pour assurer l'exécution des mesures recommandées par le Conseil d'hygiène publique et de salubrité en matière de maladie contagieuse ou épidémique.

Ce service doit fonctionner de la manière suivante :

Lorsque vous aurez été informés qu'un malade, atteint soit du choléra, soit d'une maladie présentant des symptômes analogues, a été transporté à l'hôpital, ou qu'il a succombé à cette maladie, vous demanderez à la famille si elle veut faire procéder elle-même à la désinfection du local et des objets contaminés. Au cas de l'affirmative, vous la préviendrez que la désinfection sera contrôlée par le service médical dépendant de la préfecture de police.

Lorsque la famille ne pourra pas ou ne voudra pas exécuter les mesures de désinfection prescrites, vous m'en avertirez immédiatement et j'enverrai sur place sans retard le personnel et le matériel nécessaires.

Si l'épidémie cholérique atteignait Paris, la désinfection en cas de décès serait faite beaucoup plus rapidement encore. Lors de la déclaration du décès à la mairie, la famille serait interpellée sur la question de savoir si elle se charge de la désinfection et, au cas d'hésitation ou de refus de sa part, des ordres seraient donnés pour que la désinfection se fît aussitôt après la levée du corps.

Je vous prie, Messieurs, de prêter au besoin votre assistance au personnel des désinfecteurs.

Recevez, etc.

Le préfet de police, E. Camescasse.

Marseille. — L'épidémie diminue toujours, mais lentement. D'après le *Bulletin mensuel de démographie de la ville de Marseille*, publié par les soins du docteur Albenais, directeur du bureau de statistique de cette ville, le total des décès cholériques était, à la date du 4 août courant, de 1311, dont 844 en ville, 163 dans la banlieue et 276 à l'hôpital du Pharo. Au point de vue de la nationalité, ces décès se répartissent comme suit : 855 Français, 330 Italiens, 18 Espagnols, 9 Grecs, 6 Autrichiens, 3 Anglais, 3 Allemands et 2 Américains. Comme on le voit, les Italiens ont payé un large tribut à l'épidémie, puisque la proportion pour 1000 d'entre eux est de 5,70, alors qu'elle n'est seulement que de 1,36 pour la totalité des autres étrangers, et de 2,95 pour les Marseillais.

Tout en continuant à diminuer dans ses foyers primitifs, l'épidémie sévit encore avec intensité dans les localités voisines, notamment dans le *Var* et le *Gard*. Elle occupe les environs de Cuers, Bouillargues, Bassègue, Baron, Robine, Valabrègues, Tuissac, Solliès-Pont, Alais. Dans l'*Hérault*, elle règne à Gigean, Montbazin, Cette, Capestang, Pézenas, Mèze, Pomcrols, Saint-Banzille, Villeneuve-les-Béziers, Lunel; dans les *Hautes-Alpes*, aux environs de Gap; dans les *Basses-Alpes*, à Digne, Sisteron, les Omergues; dans l'*Ardèche*, à Vogué, Ruoms, La Villedieu, Privas; dans les *Pyrénées-Orientales*, à Perpignan, Boule-Fermière, Rivesaltes, Catelar, Saint-Michel-de-Clottes, Saint-Filicn-d'Avoil. On signale la maladie à Toulouse. Après avoir gagné *Vaucluse* et les *Bouches-du-Rhône* (Caumont, Mont-de-Vergue, Saint-Chamaz, Château-Renard, Roquevaire et d'autres localités); l'*Aude* (Carcassonne, Narbonne, Tourouzell, etc.), elle tend à

envahir le Centre. On la signale à Valence, à Lyon ; nous croyons qu'il en a existé un ou deux cas à Auxerre. Enfin on appelle l'attention sur la note suivante relative aux cas de Puits-le-Bon.

En *Italie*, l'épidémie a fait son apparition dans la province de Parme.

En *Angleterre*, on signale un cas à Birmingham.

Le choléra a Puits-le-Bon. — *Puits-le-Bon* est un hameau de 150 habitants, dans le département de l'Yonne, entre Tonnerre et Avallon. Une lettre adressée au *Temps* par une personne notable du département affirme qu'aucun individu venu des régions contaminées ne s'est approché de ce hameau. On ajoute qu'il n'est arrivé dans l'Yonne qu'un petit nombre d'émigrés du Midi. Cette dernière assertion peut être exacte dans ses termes généraux; mais nous croyons savoir qu'elle le serait moins, appliquée à certaines localités restreintes du département. Toujours est-il que huit personnes, dont cinq femmes, deux hommes et un enfant d'un mois sont mortes du choléra à Puits-le-Bon en peu de jours. Presque tous les cas ont été foudroyants. On ne dit pas si, en dehors du choléra, les diarrhées ont été fréquentes, ni si on en avait observé avant le choléra. Le hameau, quoique en apparence salubre, est assez sujet aux épidémies. On a remarqué cette fois que *toutes les personnes atteintes* buvaient de l'eau de deux puits voisins l'un de l'autre, et qui sont en contact avec des puisards recevant de « mauvaises » eaux.

On peut faire remarquer que la question née de la propagation de l'épidémie dans des localités qui n'ont reçu aucun individu appartenant aux régions infectées ou qui, venus de ces régions, étaient et sont restés personnellement indemnes, se posera bientôt pour beaucoup d'autres points du territoire et des pays voisins. Néanmoins, comme le dit la lettre adressée au *Temps*, « la situation de Puits-le-Bon, son isolement, le petit nombre de ses habitants », et nous ajoutons la précision de la cause assignée à l'affection cholérique, sont des circonstances qui se prêteraient tout particulièrement à une enquête.

Concours d'externat. — L'ouverture du concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie vacante au 1er janvier 1885 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le jeudi 9 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 1er septembre jusqu'au mercredi 24 du même mois, inclusivement.

Faculté de médecine de Paris. — Pendant les vacances scolaires, la Bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris est ouverte trois fois par semaine, le mardi, le jeudi et le samedi, de midi à quatre heures.

Concours. — Les concours pour les bourses de médecins et pharmaciens viennent d'être réglés par le ministre de l'instruction publique de la façon suivante : Pour les bourses de médecins, le concours aura lieu au siège des Facultés de médecine et de pharmacie, le lundi 27 octobre 1884, et les registres d'inscription en seront clos le 18 octobre, à quatre heures. D'autre part, le concours pour les bourses de pharmaciens se fera au siège des Ecoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 27 octobre 1884.

Comme pour le concours de médecine, le registre des inscriptions se fermera le 18 octobre, à quatre heures.

Hôpitaux de Paris. — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le mercredi 8 octobre à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3. MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de deuxième et troisième année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont *tous* tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 1er septembre jusqu'au mercredi 24 septembre inclusivement.

L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le jeudi 9 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3.

Service de santé de la marine. — A été nommé au grade de médecin en chef : M. Nielly (Joseph-Victor), médecin professeur.

Comité consultatif d'hygiène. — M. Régnauld, professeur à la Faculté de médecine, a été nommé membre de ce comité.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés officiers de l'instruction publique : MM. les docteurs et pharmaciens : Le Sourd, Chervin, Laroche, Massie, Métivier, Tramond, Gras, Paul Gautrelot, Lacassagne, Danner, Marchand, Périer.

Inauguration du dispensaire Furtado-Heine. — Nous avons annoncé, dans une *Lettre médicale*, la fondation d'un grand *dispensaire*, et signalé les avantages qu'auraient pour la classe pauvre de pareilles institutions multipliées dans les quartiers excentriques de la capitale. Le 12 de ce mois a eu lieu l'inauguration du dispensaire fondé par Mme Heine dans le XIVe arrondissement, et dont le siège est rue Delber, n° 2. Les médecins et chirurgiens de l'établissement sont MM. Benjamin Anger, Ed. Meyer, Caudron, Menière, P. Cuffer, Coumetou et Moreau-Marmond.

Après la cérémonie, l'assistance est allée visiter quelques pas plus loin l'Ecole professionnelle d'aveugles, créée également par Mme Heine.

École préparatoire de Rouen. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie externe et de clinique obstétricale s'ouvrira le 1er mai 1885, à la Faculté de médecine de Paris.

Une centenaire rare. — Un assez grand nombre d'ultra-centenaires n'ont dû cet avantage qu'à l'absence de documents officiels sur leur état civil. Mais voici à Auberive-en-Royans, (Isère) une nommée Marie-Durand, dont voici l'extrait de baptême : « *Paroisse de Saint-Just-de-Claix.* — Marie Durand, née le 16 mars 1761, tenue en baptême par M. Pierre Froment, baptisée par M. le curé Donadieux. » Cette respectable dame aurait donc *cent vingt-trois ans*. Elle est logée aux frais de la commune, dans une maison d'aspect misérable. Son mari est mort depuis quatre-vingt-seize ans, et on a conservé à la veuve son nom de jeune fille.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le docteur François-Hippolyte Fredet, qui exerçait la médecine à Saint-Chamond depuis soixante ans. Il était président de la Société de médecine de Saint-Etienne et de la Loire, et de l'Association des médecins de la Loire et de la Haute-Loire.

Le docteur Pavy. — Il résulte d'informations recueillies à l'Observatoire Yale que notre compatriote, le docteur Octave Pavy, qui a trouvé la mort dans l'expédition Greely, à laquelle il était attaché en qualité d'aide-chirurgien, faisait partie d'un corps de francs-tireurs au commencement de la guerre franco-allemande, mais qu'il eut le malheur de tomber entre les mains de l'ennemi et d'être envoyé en Allemagne comme prisonnier de guerre.

Mortalité a Paris (33e semaine, du 8 au 14 août 1884). — Fièvre typhoïde, 42. — Variole, 1. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 36. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 51. — Phthisie pulmonaire, 202. — Autres tuberculoses, 18. — Autres affections générales, 68. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 44. — Bronchite aiguë, 6. — Pneumonie, 55. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 166; au sein et mixte, 84; inconnu, 20. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 103; de l'appareil circulatoire, 66; de l'appareil respiratoire, 47; de l'appareil digestif, 65; de l'appareil génito-urinaire, 21; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 7. — Morts violentes, 34. — Causes non classées, 5. — Total : 1196.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 28 août 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LA COMMISSION DU CHOLÉRA. TRAITEMENT DU CHOLÉRA.

Académie de médecine : la Commission du choléra.

L'Académie vient de s'enrichir d'une Commission nouvelle, dont la besogne sera considérable, mais aussi des plus fructueuses, si l'ardeur des premiers jours ne se ralentit pas et si la tâche est bien réglée. C'est à l'initiative de MM. Marey et Brouardel que cette Commission est due et sa mission, n'est rien de moins, en partant de la prophylaxie, que d'établir une histoire scientifique du choléra, par le dépouillement de tous les renseignements déjà recueillis sur les épidémies antérieures et de tous ceux qui vont l'être, suivant un formulaire qu'elle va s'empresser d'établir. Nous lui souhaitons, et de grand cœur, bonne chance et prompt achèvement.

Le rapport très précis et très clair de M. Brouardel, dont on trouvera plus loin les conclusions, sera discuté à la prochaine séance ; on n'y trouve aucun point sur lequel l'accord ne puisse se faire, et il importe que l'Académie se hâte si elle veut agir à temps sur les pouvoirs publics. L'épidémie ne diminue en effet que faiblement, et pas encore très franchement, dans ses premiers foyers ; elle s'étend, d'autre part, de plus en plus dans une multitude de foyers secondaires et toutes les correspondances s'accordent à signaler l'insuffisance ou le manque absolu de mesures de salubrité dans les localités envahies.

Nous ne voulons pas aujourd'hui insister sur le rapprochement établi par M. Brouardel entre les diverses *instructions* publiées en France et à l'étranger; nous aurions quelques réserves à exprimer à ce sujet ; mais nous pensons, avec le distingué et savant rapporteur, que l'essentiel en ce moment est, suivant une expression dont nous nous étions nous-même servi de « faire un pas en avant » et de mettre l'Académie en demeure d'y aider de toute son autorité.

FEUILLETON

La médecine en Scandinavie.

(Voyez le numéro 24.)

Nos confrères qui, le 10 août dernier, sont allés à Copenhague pour le Congrès international des sciences médicales, ont dû voir des casquettes d'étudiants en traversant l'Allemagne. Mais ces coiffures, larges comme une soucoupe et ornées de visières imperceptibles, n'indiquent pas, comme en Scandinavie, les classes auxquelles appartiennent les étudiants, mais bien plutôt les *couches de la société*. Couches qui sont de deux sortes : les « Burschenchaft » (confédération des fils de bourgeois) et « Verein » (corps, aristocratie).

Ceci dit en complément des petits détails.

ÉTUDES ET EXAMENS DES FUTURS MÉDECINS SCANDINAVES.

Nous avons surtout en vue les Suédois et les Norwégiens, car Copenhague est plus connu, ayant été déjà le sujet de nombreuses publications. Il y a du reste entre les trois pays une intime union morale et littéraire.

La Suède ne possède que deux *Universités*, celle d'Upsal, fondée en 1477, et celle de Lund, fondée en 1668. Mais ces deux universités comprennent chacune quatre *Facultés*, savoir celle de théologie, de droit, de médecine et de philosophie. Stockholm toutefois a une École de médecine, nommée « Karolinska medico-kirurgiska Institutet ». Au total, il n'y a donc que trois écoles de médecine pour toute la Suède, qui compte 4 500 000 habitants environ. En Norwège il n'y a qu'une seule Université « det Kangelige norske Fredriks Universet », située à Christiania, avec 46 professeurs et 1000 étudiants en tout.

Traitement du choléra.

S'il est relativement facile de résumer ce que l'on sait de la genèse du choléra et des mesures d'hygiène et de prophylaxie qui peuvent entraver sa propagation, il est beaucoup plus malaisé d'indiquer, pour combattre la maladie, un traitement rationnel. Comparable, à certains points de vue, aux maladies infectieuses, telles que la fièvre typhoïde et la dysenterie, contre lesquelles on a vainement cherché une médication spécifique, le choléra en diffère par une symptomatologie très variable, suivant l'intensité de l'attaque et la période à laquelle il convient d'intervenir. Souvent presque identique, quant à ses symptômes extérieurs, à diverses affections qui ont leur point de départ dans la cavité abdominale, et qui déterminent l'algidité et le collapsus après avoir impressionné le plexus solaire, il ne peut cependant être traité ni comme une péritonite ou un étranglement interne, ni même, bien qu'on ait souvent cherché à le faire, comme une fièvre pernicieuse algide. L'algidité, dans la maladie qui nous occupe, n'est qu'un symptôme dont la pathogénie encore obscure n'éclaire que peu la thérapeutique; et, s'il faut tenir compte des analogies qui paraissent exister entre les diverses maladies caractérisées à une certaine période de leur évolution par le refroidissement périphérique pour essayer d'en comprendre la physiologie pathologique, il serait imprudent de se fier à ces analogies symptomatiques pour essayer, dans le choléra, un traitement qui s'adresse à la cause pathogénique de la fièvre pernicieuse et non à ses symptômes principaux.

Ces réflexions nous sont dictées par la lecture de quelques-uns des travaux qu'a reçus la *Gazette hebdomadaire*, et que nous ne pouvons insérer textuellement. En les rédigeant et en s'autorisant, pour motiver leurs conclusions, d'un petit nombre d'observations, très intéressantes, nous le reconnaissons, mais peu probantes, ces médecins nous paraissent avoir oublié que les médications spécifiques recommandées par eux avaient déjà été souvent essayées, et que, comme on peut s'en convaincre en lisant les travaux spéciaux sur ce sujet, elles n'avaient donné que d'assez médiocres résultats. C'est ainsi que le sulfate de quinine, préconisé par M. le docteur Armand, a toujours échoué à quelques doses qu'on l'ait prescrit et qu'il ait été administré en potions, en lavement ou en injections hypodermiques. Il en est de même de toute médication exclusive qui, ne s'appuyant que sur une conception pathogénique très hypothétique, très contestable de la maladie, ne tient compte ni de ses modalités cliniques, ni du terrain sur lequel elle évolue. Est-ce à dire pour cela que nous nous refusions à admettre que l'on puisse trouver un spécifique, et que nous condamnions à priori toutes les tentatives faites en vue de traiter le choléra comme une maladie parasitaire? Tel n'est point notre avis; nous indiquerons même dans quelle voie il nous semble utile de poursuivre les recherches de ce genre; mais il est malheureusement encore indispensable, si l'on veut exposer clairement ce qui a été fait jusqu'à ce jour, et indiquer ce que chaque médecin doit essayer pour traiter les cholériques, de commencer par se placer au point de vue clinique, c'est-à-dire d'énumérer, suivant les cas qui peuvent se présenter, les médications symptomatiques les plus efficaces.

Nous plaçant à ce point de vue, nous diviserons la maladie en trois périodes. Dans la première ou *période prodromique*, le malade n'est atteint que de diarrhée riziforme avec ou sans vomissements, anxiété précordiale, douleur épigastrique, insomnie, vertiges, crampes musculaires, petitesse et accélération du pouls, facies altéré, voix voilée, etc. Dans la deuxième période ou *période algide*, ces symptômes s'aggravent et s'accentuent; tandis que les vomissements et la diarrhée augmentent d'intensité et de fréquence; le pouls devient filiforme, puis disparaît; les sécrétions, surtout la sécrétion urinaire, se tarissent; la température périphérique s'abaisse progressivement; la peau se recouvre d'une sueur froide, visqueuse, elle garde l'empreinte du doigt, elle est cyanosée aux extrémités; la langue est glacée; la respiration est embarrassée et suspirieuse; la voix s'éteint; l'intelligence reste nette bien que très engourdie. Si la mort ne survient pas à ce moment, la *troisième période*, dite *de réaction*, se caractérise par la disparition graduelle des phénomènes d'algidité, le retour de la chaleur périphérique, l'apparition de sueurs et l'établissement de la convalescence, ou bien elle donne naissance à des alternatives de chaleur et de refroidissement avec *état asphyxique*, affaiblissement graduellement progressif, et congestions multiples, ou encore avec *état typhoïde ataxo-adynamique*, tantôt accompagné d'une faiblesse extrême avec somnolence et état subcomateux; tantôt suivi de tous les symptômes qui caractérisent l'*état méningitique*. La mort est souvent le résultat de ces réactions incomplètes ou dépassant le but. Il importe donc de les combattre avec autant de soin que la période initiale ou la période d'algidité. Voyons dès lors les médications que nous avons à opposer à ces trois périodes d'une même maladie.

Le nombre des étudiants en médecine pendant le premier semestre de 1883, était de 205 à Upsal, de 90 à Lund. Quant à Stockholm, il n'en est passé que 150 pendant les cinq dernières années.

L'instruction y est complètement gratuite et libre, de manière que l'étudiant, qui toutefois doit avoir subi l'examen de sortie à l'une des écoles élémentaires supérieures, fréquente les cours qu'il veut. Les examens à l'Université sont de trois genres : celui de candidat, de licencié et de docteur. Comme chez nous, les femmes ont le droit de subir les mêmes examens.

Que doit donc faire l'étudiant qui veut arriver au grade de médecin?

Tout d'abord il doit justifier d'une certaine culture intellectuelle avant d'être admis à suivre les cours de la Faculté de médecine, c'est-à-dire posséder l'analogue de nos deux baccalauréats.

Ce premier examen a lieu devant la Faculté de philosophie et roule sur les sciences dites philosophiques, principalement sur celles qui touchent aux études médicales, c'est le « medico-filosofisk Examen ».

Supposons notre candidat reçu; sa première épreuve sera maintenant celle qui lui conférera le titre de *candidat*, le premier grade de la médecine; bien entendu qu'avant de subir ce « medicine kandidat examen » il a eu des inscriptions à prendre et des laboratoires à fréquenter. Il a fait des travaux pratiques de chimie, de physiologie, d'anatomie descriptive, d'anatomie pathologique.

Voyons maintenant l'examen en lui-même; il porte :

1° Sur l'anatomie, épreuves pratiques de dissection et de recherches microscopiques, puis oral sur la même matière;

2° Sur la physiologie, qui embrasse aussi l'embryologie, épreuves pratiques et épreuves orales;

3° Sur la chimie médicale, qui comprend la chimie biologique, pharmaceutique et toxicologique; épreuves pratiques d'*analyses* et oral;

I. — *Période prodromique.* — Dans toutes les épidémies cholériques, alors que le choléra sévit dans une localité, souvent même avant son explosion ou tout au moins avant l'apparition des cas considérés comme caractéristiques, les médecins ont à soigner un grand nombre d'affections diverses, habituellement désignées sous les noms de diarrhée, de cholérine, de choléra sporadique, d'embarras gastrique, etc. Qu'il s'agisse d'une constitution médicale prémonitoire, ce qui paraît souvent très contestable, ou bien d'accidents sporadiques dus à la chaleur, à des imprudences alimentaires ou à toute autre cause, peu importe au point de vue spécial qui nous occupe. Il faut traiter ces embarras gastriques, ces diarrhées qui sont souvent non prémonitoires, mais prodromiques. Or il est essentiel de savoir si les médicaments qui conviennent en temps ordinaire sont applicables au moment où l'épidémie menace ou sévit. Comme l'a très bien fait remarquer l'an dernier (1) le professeur Augustin Fabre (de Marseille), un traitement inopportun peut favoriser le choléra et, d'autre part, le choix à faire entre deux théories, contraires en apparence, peut donner lieu à bien des hésitations, à bien des erreurs de thérapeutique. Si l'on considère la diarrhée comme un phénomène précurseur, on peut admettre qu'en la combattant par les astringents, les opiacés ou le bismuth, on arrivera à guérir la maladie; si, au contraire, on pense que le choléra est une intoxication due à un microbe, on pourrait soutenir que les évacuations alvines ou les vomissements ont pour but d'éliminer le principe morbide et, par conséquent, d'atténuer ses effets. Mais, en regard de ces deux assertions théoriques, l'expérimentation clinique est venue montrer que les purgatifs étaient presque toujours nuisibles. Sous toutes leurs formes, ils ont été condamnés par Briquet, Chauffard, Gubler, etc.; et M. Grasset (2) rend parfaitement compte de leur inefficacité en rappelant « que l'effet général de la médication purgative est la concentration : fluxion vers le centre (intestin) et défluxion périphérique. Or, dans le choléra, on doit toujours lutter contre cette concentration. Il reste donc acquis que, en temps d'épidémie cholérique, et à plus forte raison lorsqu'on aura affaire à un cas de choléra à sa première période, il faudra éviter l'emploi de la médication purgative. *Tous les purgatifs sont contre-indiqués.* Une seule exception pourrait être faite en faveur de l'huile de ricin, qui, au dire du docteur L. d'Almeida Azevedo (3) peut devenir très utile alors — mais alors seulement — que la diarrhée a brusquemment cessé sous l'influence de la médication instituée dès le début de la maladie.

Les purgatifs étant condamnés, il n'en est pas de même des vomitifs. Si l'état saburral est très prononcé; si l'inappétence est absolue, si les vomissements et la diarrhée paraissent dus à un embarras gastrique, l'*ipéca*, à la dose de 1 à 2 grammes, peut calmer tous les accidents, relever le pouls, arrêter les crampes, améliorer l'état général, en un mot amener un soulagement manifeste. Briquet et M. Fabre, qui ont surtout insisté sur l'utilité de l'administration de l'ipéca, en en précisant nettement les indications, et M. Grasset, qui considère le vomitif « comme le type du médicament expansif », recommande aussi de ne prescrire l'ipéca que s'il existe un état saburral prononcé. Nous ajouterons toutefois qu'il convient de ne pas répéter l'administration de ce vomitif et surtout ne pas lui associer l'émétique.

Mais il est des cas assez nombreux où l'on ne doit songer qu'à combattre la diarrhée; et cette diarrhée prodromique, il importe de l'arrêter le plus vite possible. Comme le fait remarquer M. Grasset, la théorie microbienne ne contre-indique nullement cette manière de procéder : « Le microbe n'est plus là comme un poison ou comme un corps étranger qu'il suffit d'expulser pour guérir le malade. Le microbe a provoqué l'organisme, qui est devenu malade. Actuellement c'est cet organisme malade que vous devez traiter en le prenant dans son unité et sa spontanéité vivantes. » Un purgatif ne ferait qu'entretenir les conditions favorables à la reproduction, à la multiplication du microbe infectieux. Les médicaments antidiarrhéiques ont peut-être pour effet d'entraver cette reproduction. Et, quelle que soit l'hypothèse, il reste démontré que, dans un très grand nombre de cas, la *médication opiacée* est des plus efficaces.

La plupart des médecins combattent donc la diarrhée cholériforme, c'est-à-dire la période prodromique du choléra, par l'*opium* et en particulier par le *laudanum*. La poudre d'opium additionnée de chaux a donné de réels succès aux médecins anglais. On la préfère généralement aux poudres et aux pilules, parce qu'il faut agir vite et n'employer qu'un médicament dont l'absorption sera facile : les préparations liquides, et l'on associe volontiers au laudanum, aux gouttes

(1) *Traitement du choléra.* Leçons faites par M. le professeur Augustin Fabre à l'Hôtel-Dieu de Marseille, recueillies par M. le docteur Audibert. Marseille 1884.
(2) *Leçons faites sur la symptomatologie, l'hygiène et le traitement du choléra*, par MM. les professeurs Castan, Bertin-Sans et Grasset. Montpellier, 1884.
(3) *Le cholera morbus, sa prophylaxie et son traitement*, par M. le docteur Lourenzo d'Almeida Azevedo. Coïmbre, 1884.

4° Sur la pharmacologie, épreuves pratiques de reconnaissance de médicaments et oral;

5° Sur la pathologie générale, épreuves pratiques d'autopsie et de microscopie, oral;

6° Sur l'histoire de la médecine.

Comme on le voit, un simple candidat en médecine n'est pas un ignorant en Suède-Norwège, aussi ce grade lui confère-t-il la possibilité de faire fonction de médecin par ordre de l'administration.

Suivons notre candidat en médecine gradué une première fois, il va maintenant viser au titre de licencié; quand il sera parvenu, à l'être il pourra du reste exercer sa profession sans aller jusqu'au doctorat, car sur ce point en Suède *non licet omnibus adire Corinthum !* La lecture du règlement va nous indiquer comment il se préparera à conquérir ce deuxième grade.

Nous traduisons textuellement : Le *candidat* assistera avec assiduité et attention aux cliniques médicales, chirurgicales et obstétricales à Upsal ou à Lund pendant six mois; après cela il assistera aux cliniques médicales de Stockholm : huit mois à la médecine, huit mois à la chirurgie, il passera quatre mois dans un service d'accouchement et deux mois dans un service de vénériens. Enfin, obligation bizarre et sans analogie en France, il devra prouver qu'il est capable de visiter une pharmacie et d'y contrôler les médicaments!

Les certificats d'assiduité à toutes ces cliniques portent trois notes : « Berömlig » (*laudatur*), « med beröm godkand » (*cum laude approbatur*), « godkand » (*approbatur*).

Voilà donc son stage hospitalier terminé, ses certificats sont en règle, notre candidat en médecine va pouvoir consigner pour son « Licentiat examen ». C'est devant la Faculté de médecine ou « Karolinska Institutet » qu'il le subira. Il sera interrogé, dit le texte du règlement, sur la pathologie et la thérapeutique, la *syphilidologie*, la dermatologie, la psychiatrie, la chirurgie, l'obstétrique, la gynécologie, l'anatomie pathologique et la médecine légale.

noires anglaises ou bien aux sirops opiacés différents autres agents, qu'ils soient excitants comme l'alcool, l'alcoolé de menthe, l'esprit de mindererus, etc., ou bien antispasmodiques comme l'éther, le chloroforme, la valériane, etc. Il convient, en effet, de ne pas hésiter à prescrire tout de suite, non l'opium ou le laudanum purs — qui peuvent être rejetés par le vomissement, et qui, administrés à hautes doses, détermineraient un état d'éréthisme circulatoire trop marqué, et pourraient, dans la période de réaction, provoquer des accidents sérieux, — mais bien une potion quelconque, dont le résultat pourra être d'agir tout à la fois sur l'état général et sur l'ensemble des troubles gastro-intestinaux que l'on s'efforce de modifier.

C'est pourquoi nous n'hésitons pas à conseiller, quelle que soit d'ailleurs la formule qui conviendra le mieux dans un cas déterminé, les associations médicamenteuses qu'une assez longue expérience a reconnues efficaces. Nous avons déjà indiqué une potion facile à préparer et qui comprend, associés au laudanum, la teinture éthérée de valériane, l'alcool rectifié ou l'alcoolé de mélisse et l'essence de menthe anglaise. Nous pouvons affirmer que cette préparation est très utile dans les diarrhées saisonnières et dans les cholérines. En cas de choléra confirmé on pourrait, pour des raisons que nous indiquerons plus loin, y associer l'iodoforme et la prescrire comme il suit

℞ Iodoforme	1gr,50
Teinture éthérée de valériane	10 grammes.
Laudanum de Sydenham } āā	6 —
Alcoolé de mélisse }	
Essence de menthe anglaise	X gouttes.

Ne pas filtrer; agiter le flacon avant de s'en servir.

S. Prendre vingt-cinq à trente gouttes de cette mixture après chaque garde-robe, dans une cuillerée à soupe d'eau sucrée.

Nous avons aussi déjà dit que l'on pouvait alterner ces gouttes avec les gouttes d'*élixir parégorique*. Mais nous trouvons, dans les divers mémoires qui nous sont adressés, une série de formules à peu près semblables et qu'il convient d'indiquer également. C'est ainsi que M. le docteur Desprez (de Saint-Quentin) recommande la potion suivante :

℞ Chloroforme	1 grammes.
Alcool	8 —
Acétate d'ammoniaque	10 —
Eau	110 —
Sirop de chlorh. de morphine.	40 —

S. A prendre une grande cuillerée toutes les demi-heures.

Bien que cette potion ait été surtout prescrite dans les cas de choléra algide, elle conviendrait certainement aussi dès le début, alors qu'il n'existe encore que de la diarrhée, des vomissements, quelques crampes et un peu de refroidissement périphérique.

A Toulon, M. le docteur Cunéo s'est bien trouvé de la potion suivante :

℞ Ether	1 gramme.
Laudanum	XV à XX goutes.
Extrait de ratanhia	1 gramme.
Sirop d'écorces d'oranges amères.	30 —
Eau de mélisse	120 —

Enfin, ne fût-ce que pour donner un exemple des associations médicamenteuses jadis si vantées, aujourd'hui peut-être un peu trop négligées et que l'on ne retrouve plus que dans les pharmacopées étrangères, nous devons citer ici l'élixir anticholérique dont le docteur d'Almeida Azevedo dit s'être toujours bien trouvé et qui, depuis l'épidémie de Coïmbre en 1865, a toujours été recommandé par notre distingué confrère :

℞ Chardon bénit }	āā	12 grammes.
Racines d'angélique }		
Absinthe }		
Calamus aromaticus }	āā	8 —
Cannelle }		
Camomille romaine }		
Aloès socotrin }	āā	7 —
Camphre }		
Myrrhe		4 —
Noix muscade		0gr,6
Safran		0gr,15
Eau-de-vie		800 grammes.

Faites macérer pendant dix jours. Agiter, puis décanter. On fait prendre 6 grammes par jour de cet élixir dans 80 grammes d'infusion de tilleul. On renouvelle la dose toutes les demi-heures en l'augmentant même si les symptômes ne cèdent pas.

Nous doutons qu'on revienne jamais, en France, à des formules aussi complexes, praticables seulement dans les hôpitaux. Nous nous bornerons donc à insister sur l'utilité des associations médicamenteuses que nous avons indiquées dans les formules précédentes. Ce qu'il importe d'obtenir, en effet, c'est l'absorption du médicament, et la tolérance de de l'organisme. Si le médicament n'est point absorbé il sera plus nuisible qu'utile, et, parfois, au moment de la période

---

Pour ces examens définitifs, on donne einq notes : *Laudatur, cum egregio laude approbatur, cum laude approbatur, non sine laude approbatur, approbatur*. Cette dernière note, le « Godkand », est indispensable, plus bas ce serait le refus.

Toutefois, notre candidat ne sera proclamé « licencié en médecine » qu'après avoir publié et soutenu une dissertation, thèse pour ainsi parler, devant les professeurs de l'Institut.

Si cette dissertation est approuvée après avoir été bien défendue par son auteur, ce dernier pourra élever ses idées ambitieuses jusqu'au doctorat en médecine; mais, je le répète, cette dernière et glorieuse étape n'est pas indispensable, le doctorat en médecine est surtout honorifique sans conférer beaucoup plus de privilèges que la licence en médecine.

Il est vrai que les nouveaux docteurs sont proclamés avec beaucoup de cérémonial. C'est dans la cathédrale qu'ils reçoivent le diplôme et l'anneau, insignes de leur dignité; ils subissent l'accolade de tous les savants membres de l'Académie. L'Académie d'Upsal a du reste calqué son organisation sur l'Université florissante qui trônait dans notre vieille Sorbonne en 1477. Comme dit M. A. Vandal, que nous avons déjà cité, le modèle a disparu, mais la copie subsiste...

Si nous récapitulons, pour aider la mémoire, nous voyons en somme que les étudiants en médecine pourvus au préalable de leur titre philosophique n'ont que trois examens à subir : celui de candidat, celui de licencié et celui de docteur. On voit que les études théoriques des sciences médicales sont à un niveau très élevé en Suède ; ajoutons que le temps nécessaire pour être reçu licencié est ordinairement de *sept années*.

Là se borne tout ce qu'il y avait à dire sur les élèves; nous nous occuperons quelque jour du professorat, de ce corps distingué dont le programme de cours est précédé de l'*Invocation* suivante. Ce programme, mérite d'être publié *in extenso*, parce que non seulement il faut connaitre les noms des professeurs, et la teneur de l'enseignement, mais

de réaction, on pourra observer des phénomènes d'intoxication dus à une résorption très rapide des médicaments qui auront séjourné plusieurs heures dans l'estomac. Si le médicament est rejeté par le vomissement, aucun effet favorable ne saurait non plus être obtenu. Il convient en conséquence d'avoir plusieurs formules à sa disposition, de varier le goût et l'odeur de la préparation, de la faire prendre dans de l'eau glacée, du champagne frappé, ou bien, au contraire, suivant que le malade garde mieux les boissons froides ou les boissons chaudes, dans des infusions de mélisse, de menthe, de thé noir, de café, etc., etc. Il peut aussi être utile d'agir en associant aux gouttes et potions indiquées ci-dessus l'administration de lavements opiacés, de lavements au bismuth, au ratanhia, etc., et surtout de lavements de vin chaud laudanisés dont M. le docteur Cunéo s'est servi à Toulon. On sait quels résultats avantageux on peut retirer des lavements de vin de Bordeaux, additionnés ou non d'extrait de ratanhia, d'opium ou de bismuth dans les diarrhées chroniques observées chez des sujets profondément débilités. Dans les premières périodes du choléra, en même temps que l'on prescrit à l'intérieur le punch, le thé chaud, les infusions excitantes, les lavements au vin chaud, au vin de cannelle, etc., sont aussi à recommander.

Nous ne devons pas omettre de signaler une médication préconisée par MM. Vulpian et Hayem, et qui agirait tout à la fois comme antidiarrhéique et comme antizymotique. M. Vulpian recommande à ce double point de vue le salicylate de bismuth, que l'on peut prescrire à l'intérieur par paquets de 1 gramme et jusqu'à la dose de 10 grammes par jour, et qu'il serait plus avantageux encore d'administrer à la fois par la bouche et, en lavements, par le rectum. Le salicylate de bismuth, qui donne d'assez bons résultats dans la fièvre typhoïde, se décompose en oxyde de bismuth et en acide salicylique, agissant ainsi tout à la fois comme constipant et comme antiseptique. M. Hayem dit s'être bien trouvé du sulfure noir de mercure, dont les propriétés ont été surtout vantées par Socrate Cadet. On le donne d'heure en heure par paquets d'un gramme jusqu'à ce que la diarrhée ait cessé.

Ne pourrait-on point, dans le même but, essayer d'autres antizymotiques dont les effets sur le contenu de l'intestin seraient peut-être plus marqués encore? Nous avons dit plus haut que l'iodoforme pouvait être, en potion, associé à l'éther, à la menthe et au laudanum. Dans certaines diarrhées chroniques, en particulier chez les tuberculeux, nous nous sommes très bien trouvé de l'administration de pilules d'iodoforme (associé ou non à la créosote et au baume de Tolu), et il nous a semblé, qu'enrobées dans une couche de gluten, ces pilules agissaient mieux encore. Si nous ne nous trompons point, cette même prescription rendrait peut-être des services dans la diarrhée des cholériques.

Que faut-il, en effet, rechercher, si l'on se place au point de vue de la doctrine microbienne? L'élément virulent, le microbe-virgule naît ou se développe dans l'intestin et s'y multiplie avec une grande rapidité. Pour l'atteindre, il faut que, dans l'intestin même, arrivent, en proportion suffisante, des préparations antizymotiques dont l'action n'aura point été entravée au moment de leur passage dans l'estomac. Trop souvent, au contraire, introduits par la bouche, les médicaments antifermentescibles trouvent dans l'estomac une foule de microbes dont ils entravent la reproduction, gênant ainsi les fermentations digestives, et perdant une grande partie de leur efficacité. En enrobant d'une couche de gluten qui ne se dissout guère que dans le duodénum, les poudres d'iodoforme, d'acide borique, d'acide salicylique, etc. que l'on fait ingérer au malade, on a plus de chances de voir leur action s'exercer surtout sur le contenu intestinal et, par conséquent, de tuer les organismes-ferments qui s'y reproduisent incessamment.

Rien ne serait plus aisé que d'essayer de cette manière des pilules d'iodoforme, de salicylate de bismuth, d'acide borique, etc. Les résultats obtenus dans d'autres maladies semblent donner quelque poids à une hypothèse que nous nous contentons pour l'instant de soumettre à ceux de nos confrères qui luttent encore contre le choléra.

Nous devons répéter ici qu'il paraît très important d'administrer les médicaments (potions ou lavements), aussitôt après chaque garde-robe. Si la diarrhée cesse ou diminue rapidement, on n'aura pas à trop multiplier les prescriptions; si elle continue, on n'aura pas à craindre d'avoir dépassé la dose médicamenteuse.

Enfin, il nous faut insister aussi sur l'utilité de l'hygiène et du régime. Le malade devra être maintenu au lit, bien couvert. Des frictions à l'alcool ou à l'essence de térébenthine favoriseront la circulation périphérique et diminueront la tendance au refroidissement et aux crampes. Celles-ci seront avantageusement combattues, de même que les vomissements, par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine additionné de sulfate neutre d'atropine. Il y a plus de dix années que, dans toutes nos prescriptions, nous associons toujours au chlorhydrate de morphine, employé

---

encore parce qu'il est conçu de manière à bien indiquer l'esprit scientifique de la région.

Medici professores,
Imperante Augustissimo Oscare II,
svecorum norvegorum Gothorum,
Vandalorumque rege, Domino nostro clementissimo.
Cancellario
illustrissimo barone
Ludvico de Geer.
j. u. doctore.

Dr Labonne.

École préparatoire de Reims. — Le concours fixé au 15 juillet à la Faculté de médecine de Nancy, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, est reporté au 1er mai 1885. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

Hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière. — Un concours public pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière sera ouvert le lundi 20 octobre 1884, à midi, à l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, n° 3. MM. les docteurs qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration centrale, de midi à trois heures, et y déposer leurs titres.

Hospices civils de Marseille. — Le lundi 10 novembre 1884, à trois heures, un concours sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux. Ce concours aura lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

sous forme d'injections hypodermiques, le sulfate neutre d'atropine à la dose de un demi-milligramme pour un gramme de chlorhydrate de morphine. Cette association qui, sans modifier les propriétés sédatives et narcotiques de l'injection, modère les effets toxiques si souvent observés chez les sujets susceptibles, est surtout à recommander dans la période prodromique du choléra, alors qu'il faut éviter d'injecter de fortes doses de morphine. En se bornant à faire toutes les deux ou trois heures une piqûre qui n'introduira sous la peau que 5 milligrammes de chlorhydrate de morphine et, par conséquent, un quart de milligramme de sulfate d'atropine, en pratiquant ces piqûres au creux épigastrique (comme on le fait dans les vomissements des hystériques), on arrivera à calmer les vomissements et à diminuer le nombre des crampes.

Dès le début, d'autres moyens peuvent aussi donner de bons résultats. Nous nous bornerons à mentionner les applications de cataplasmes chauds alcoolisés et laudanisés et peut-être les badigeonnages de collodion, si efficaces dans les péritonites comme dans toutes les maladies graves de l'abdomen.

Telles nous paraissent être les premières indications à remplir quand on se trouve en face d'un cholérique atteint d'une des formes bénignes de la maladie en faisant appeler son médecin dans la période prodromique. Nous avons à examiner maintenant ce qu'il convient de faire contre le choléra algide ou dans la période de réaction.

L. Lereboullet.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Épidémiologie.

Ozone et choléra. Communication faite à l'Académie de médecine dans la séance du 19 août 1884, par M. le docteur Onimus.

(Suite et fin. — Voyez le n° 34.)

Nous ne voulons pas quitter la comparaison de ces chiffres, sans insister sur la nécessité de faire des observations ozonométriques dans la même localité et pendant une série de temps. On ne peut tenir aucun compte sans ce rapport, d'observations comme celles par exemple qui ont été faites par Voltini, qui compare les observations ozonométriques faites au mois de septembre à Friedland où régnait le choléra et à Falkenberg qui en était exempt.

Il est évident, d'un autre côté, que des observateurs qui auraient commencé leurs recherches à Marseille à la fin de juillet auraient été obligés de conclure qu'en pleine épidémie de choléra, l'ozone était en quantité considérable et qu'il ne pouvait y avoir de relation entre les épidémies de choléra et la plus ou moins grande quantité d'ozone qu'il y a dans l'atmosphère.

Nous avions donc raison d'insister dès le commencement sur ce que ces recherches ont de relatif, et c'est également la réponse que nous ferons à M. Hahn, qui dans son article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, objecte que l'ozone étant à peu près constamment absent dans l'air des villes, les épidémies devraient y régner d'une manière à peu près continue, et que d'un autre côté elles ne devraient jamais sévir dans les campagnes et surtout dans les montagnes où l'atmosphère est riche en ozone.

Mode de production et emploi de l'ozone. — Quelques médecins ont proposé il y a déjà quelques semaines de verser artificiellement de l'ozone dans l'atmosphère, et c'est une idée qui devait plaire forcément à tous ceux qui sont convaincus de la coïncidence entre la diminution de l'ozone et l'invasion des épidémies. Nous avouons qu'avant nos recherches nous n'étions nullement enthousiaste de cette théorie, et qu'actuellement, au contraire, nous la considérons, au moins en grande partie, comme exacte. Afin que notre expérience soit utile et instructive, nous croyons que le meilleur moyen est de rapporter les faits avec quelques détails, et surtout d'indiquer toutes les difficultés que nous avons eues pour installer un dégagement d'ozone.

Parmi les savants qui ont observé que l'ozone disparaissait pendant les épidémies, nous devons citer M. Gauckler, ingénieur en chef des ponts et chaussées, directeur de la compagnie des chemins de fer de l'Etat. En 1865, faisant partie en Alsace du comité central de météorologie, il fut frappé de cette coïncidence, car dans toutes les localités infestées, l'ozone avait disparu. Sa conviction à cet égard est tellement profonde qu'il s'est fait un devoir pendant l'épidémie actuelle de faire expérimenter les effets de l'ozone. Le 10 juillet, il me faisait savoir que la Compagnie P. L. M. se mettait à ma disposition si je voulais aller à Marseille faire ces expériences. Ce n'était ni un ordre ni une mission officielle, mais je n'avais pas à hésiter, et deux jours après je partais pour Marseille.

Rien ne paraît plus simple au premier abord, que de fabriquer de l'ozone, mais en réalité rien n'est aussi difficile si on veut le faire sérieusement, car tous les procédés qui ont été proposés sont ou défectueux ou très compliqués. Déjà, en 1862, M. Delahousse voulait répandre de l'ozone dans les salles d'hôpital et il recommandait l'appareil de Le Roux, qui consiste en un fil de platine rendu incandescent; mais cet appareil très simple ne donne pas d'ozone. Schœnbein proposa l'essence de térébenthine ozonisée, mais Steitz et Strass qui l'expérimentèrent remarquèrent que l'on augmentait surtout ainsi l'énergie des propriétés de l'essence. Avec les vapeurs d'acide hypoazotique, avec les vapeurs d'éther, ou bien en soumettant l'air à l'action du phosphore humide, etc., on entraîne forcément des vapeurs plus ou moins nuisibles, et dans tous les cas, ces procédés de préparation ont le grand inconvénient de ne pas donner l'ozone à l'état de pureté. Ils ont, il est vrai, l'avantage d'être faciles et de ne pas offrir les embarras et les ennuis de la fabrication de l'ozone par l'électrisation de l'oxygène; nous ne nions non plus les avantages que l'on peut tirer de ces procédés, mais nous croyons que si dans ces cas il se forme un gaz qui a sur les papiers ozonoscopiques l'influence caractéristique de l'ozone, ce gaz peut être sensiblement différent de l'ozone atmosphérique, c'est-à-dire de l'oxygène électrisé; et nous avons tenu, avant tout, à nous placer dans les meilleures conditions pour obtenir des faits nets et précis et ne pas compliquer cette question déjà si encombrée.

C'est donc exclusivement avec de l'oxygène électrisé que nous avons voulu faire nos essais. Ce mode de préparation demande des appareils puissants; mais en partant pour Marseille je ne doutais pas qu'il ne fût facile d'y faire cette installation.

Le directeur de la Compagnie P. L. M. mettait avec une obligeance extrême tout son matériel et son personnel à ma disposition, et le préfet m'avait facilité avec un empressement dont je suis heureux de le remercier publiquement, toutes les démarches non seulement près de l'Assistance publique, mais encore près des professeurs de la Faculté et de l'Ecole de médecine.

Je devais avoir à ma disposition une quantité considérable d'appareils électriques plus que suffisante non seulement pour dégager de l'ozone dans les salles d'hôpital, mais encore pour en inonder la ville entière, tentative dans laquelle m'encourageaient avec insistance des gens très autorisés. Actuellement encore je reçois des lettres dans ce sens et je

m'applaudis d'avoir toujours repoussé ces enthousiasmes. En effet, si je ne m'étais pas maintenu dans le scepticisme scientifique, si, comme on me le conseillait, j'avais fait fonctionner toute la journée, en y introduisant de légères modifications, tous les appareils dynamo-électriques qui existent dans Marseille, avec la facilité avec laquelle toute idée de ce genre est reçue, avec le besoin d'une théorie quelconque, nous aurions pu croire nous-même et laisser croire que par ce moyen nous répandions une quantité assez notable d'ozone, et comme, en même temps, la mortalité diminuait dans tous les points de la ville, et que l'ozone atmosphérique augmentait réellement, l'opinion publique, d'autant plus enthousiaste qu'elle avait été plus affolée, m'aurait attribué le mérite de cette amélioration; de plus, ce qui serait plus grave, on se serait toujours prévalu de ces faits pour soutenir que les épidémies de choléra avaient trouvé une panacée.

Nous désirions uniquement observer des faits qui pussent fixer la science sur cette question, et dès les premiers jours, nous avons cherché et essayé l'emploi de l'ozone pur dans une salle d'hôpital, et le docteur Trastour, médecin du Pharo, a bien voulu mettre à notre disposition une de ses salles de cholériques. La seule difficulté était de pouvoir fabriquer de l'ozone d'une façon continue et en quantité suffisante.

Avant mon départ j'avais pris conseil de savants compétents, et entre autres de M. Berthelot, que j'aurais dû écouter en tout; car il m'avertit que ce que j'avais de mieux à faire c'était, non seulement d'emporter l'appareil qu'il avait inventé pour fabriquer de l'ozone, mais encore de bonnes bobines Ruhmkorff.

Je fus obligé plus tard d'en arriver là; mais je ne voulais pas charger, sans nécessité absolue, d'une pareille dépense le crédit qu'on m'avait ouvert, d'autant plus que j'étais persuadé que je trouverais à Marseille absolument tous les appareils dont j'aurais besoin.

Les sources d'électricité, comme je l'ai dit plus haut, paraissaient nombreuses. Les appareils de la gare de Marseille, qui m'étaient offerts, ont une puissance considérable, et je songeais tout d'abord à les utiliser; mais ces appareils sont, pour ainsi dire, spéciaux pour l'éclairage, et ils sont d'un maniement très délicat. De plus, et c'est là la principale objection, ils sont à une très grande distance de l'hôpital; car, à vol d'oiseau, il faut compter plus de 3000 mètres.

Les quais de Marseille et une partie de la rue centrale sont éclairés par de la lumière électrique, et on m'offrait également d'utiliser les machines dynamo-électriques qui servent à cet éclairage; mais la distance jusqu'à l'hôpital du Pharo est encore très considérable, et la pose seule des câbles eût coûté plus de 4000 francs.

L'hôpital des cholériques, improvisé dans l'ancien château impérial, est admirablement situé au point de vue de l'isolement et de l'aération; mais ce sont précisément ces avantages qui rendent difficile l'emploi d'appareils nécessitant une force motrice. Ce qui eût été facile partout ailleurs, devenait au Pharo d'une difficulté excessive, car il n'y a ni moteur à eau, ni surtout moteur à gaz.

Il eût été ridicule de faire les dépenses nécessaires pour amener la force motrice de la gare ou du port, et un instant nous avons eu l'idée d'installer une locomobile près du bâtiment; mais nous avons dû y renoncer, non pas à cause des difficultés matérielles, mais à cause de l'état des esprits. L'affolement et les préjugés absurdes de la population nous auraient peut-être accusé de vouloir brûler les malades, comme on accusait les autres médecins de vouloir les empoisonner.

Devant tant de difficultés, nous nous sommes rabattu sur des procédés plus simples, mais moins rigoureux. Tout le monde connaît l'odeur caractéristique qui se répand autour d'une machine électrique en activité; c'est ainsi d'ailleurs que l'ozone a été découvert, et peut-être a-t-on eu tort jusqu'à présent de ne pas faire entrer cette influence en compte de l'action thérapeutique, de l'électricité statique. Quoique ces machines fonctionnent très irrégulièrement, et qu'en somme elles donnent peu d'ozone, nous avons cherché à les employer; mais on ne se doute pas des difficultés d'un autre genre que l'on rencontre dans l'emploi de ces machines. Il faut avoir voulu soi-même les faire marcher pour savoir combien ces appareils sont capricieux et inconstants (celui provenant du laboratoire du lycée, qui fonctionnait le mieux, fut abîmé dans le transport). Ces machines nécessitent de plus, pour les mettre en mouvement, des aides ou une force motrice constante, et nous avons déjà dit que nous n'avions à notre disposition ni moteurs à eau, ni moteurs à gaz. Nous avons dû renoncer également au moteur électrique de M. Marcel Desprez, que nous avons employé dans ce but, non seulement parce qu'il nécessite une grande quantité de piles, mais parce qu'il fait dans les salles un bruit qui fatiguerait les malades. Enfin nous avons également employé comme force motrice, pour actionner une bobine Ruhmkorff, une machine Gramme à bras; mais la nécessité d'employer des aides en nombre toujours insuffisant, surtout en temps d'épidémie, renouvelait la même difficulté.

Nous avons donc été obligé de nous servir uniquement, comme force initiale, d'une série de piles Bunsen; celles-ci ont l'inconvénient de la surveillance, du rechargement et des vapeurs azotiques qu'elles dégagent; de plus, elles finissent toujours par fonctionner irrégulièrement, quoiqu'on les renouvelle souvent dans la journée. Mais nous n'avions pas d'autre moyen pratique d'actionner les bobines.

En résumé, dans les hôpitaux où l'on peut avoir une force motrice et surtout une machine à gaz, nous conseillons, d'après notre expérience, d'employer des appareils dynamo-électriques fonctionnant d'une façon automatique. Il est également utile d'associer des ventilateurs qui permettent de graduer l'intensité du courant d'air. La bobine Ruhmkorff est mise en communication avec des tubes Berthelot, qui sont préférables aux tubes Houzeau, et que nous conseillons de placer, comme nous avons fini par y être forcés, sur une planchette très élevée, afin qu'on ne puisse pas y toucher, et, s'il se peut, extérieurement, le tube du dégagement seul de l'appareil pénétrant par un trou jusque dans la salle des malades. L'ozone étant plus lourd que l'air, il se répand ainsi forcément dans tous les points.

Nous ne pouvons assez insister sur la nécessité d'appareils bien conditionnés, car il faut une tension énorme; dès que celle-ci est faible, il ne se forme plus d'ozone. Il faut se rappeler que les appareils proposés par de Siemens, Houzeau, de Carvalho ne donnent l'ozone qu'en quantité presque insignifiante. Quant à transporter l'ozone d'un point à un autre en le renfermant dans des vases ou en le faisant dissoudre dans l'eau, il n'y faut point songer, car à l'air comme dans l'eau l'ozone se transforme presque immédiatement en oxygène ordinaire, et par conséquent perd la plus grande partie de ses propriétés spéciales. Tout ce qu'on a proposé dans ce genre, ne peut être utilisé sérieusement comme ozone.

— L'air chargé d'ozone à une forte dose peut exercer une action nuisible sur les voies respiratoires; il est même toxique, comme l'ont démontré de nombreuses expériences : aussi nous n'avons pas cherché à faire respirer de l'ozone directement par les malades, mais uniquement à le répandre peu à peu dans la salle. De cette façon il est respiré par les malades en quantité très faible, et en même temps il a l'avantage énorme de purifier l'air. Des papiers ozonoscopiques placés dans la salle indiquent par leur réaction qu'il y avait de l'ozone dans l'atmosphère, ce qui est d'autant plus significatif que l'on sait qu'il y a toujours absence d'ozone dans les salles d'hôpital.

Au point de vue thérapeutique, nous ne pouvons affirmer qu'une seule chose, c'est que, par ce procédé, il n'y a abso-

lument aucun inconvénient, et qu'en même temps on peut et on doit même employer d'autres médications. Certes, rigoureusement le procédé est défectueux, car du moment que l'on n'emploie pas un moyen thérapeutique à l'exclusion de tous les autres, on ne peut rien affirmer d'absolu. Mais nous n'aurions jamais osé demander à laisser les malades sans aucune autre médication, et assumer une pareille responsabilité.

En laissant l'ozone se dégager peu à peu et lentement dans une salle, tous les malades de cette salle se trouvaient ainsi sous l'influence de l'ozone, et pouvaient être comparés à ceux d'une autre salle. Eh bien, s'il ne fallait pas tenir compte des cas moins graves qui ont été amenés au moment où nos expériences étaient faites d'une façon suivie, nous pourrions affirmer que ce moyen, je n'ose pas dire cette médication, donne des résultats excellents. Dans une salle d'hommes, il n'y a eu pendant deux jours aucun décès; et plus tard, dans une salle de femmes, en cinq jours il y a eu seulement deux décès, et parmi ceux-ci il faut compter une femme qui venait de faire une fausse couche d'un enfant mort depuis plusieurs jours.

Nous le répétons, nous n'avons pas voulu faire respirer directement à des malades de l'ozone, car ce gaz est toxique dès qu'il est en excès; de plus, il est presque impossible de l'isoler et surtout de le diriger en un point déterminé, car il brûle et troue rapidement les tubes en caoutchouc.

Nous croyons donc que nous avons employé le seul moyen pratique et le seul qui puisse donner des résultats satisfaisants sans qu'on puisse craindre les effets nuisibles de l'excès d'ozone. Dans la plupart des hôpitaux des grandes villes, cela serait facile et même fort peu coûteux à installer. On aurait plus de difficultés à domicile; mais les chambres particulières étant petites, il suffirait de faire fonctionner de temps en temps une petite machine ordinaire. Quant à faire fonctionner les appareils en plein air, et à répandre ainsi de l'ozone dans l'atmosphère, quoiqu'il faille des quantités excessivement faibles, nous ne pouvons nous figurer qu'il y aurait là un avantage sérieux.

— Nous voulons, en terminant, préciser notre opinion sur l'influence que l'ozone peut exercer sur les épidémies, car nous craindrions qu'on nous prêtât des idées que nous croyons erronées. Contrairement à ce qu'admettent quelques enthousiastes d'ozone et à l'opinion qu'on nous a prêtée à nous-même, nous ne pensons pas que l'ozone guérisse le choléra pas plus qu'une épidémie quelconque. Nous ne prétendons pas davantage que l'absence d'ozone soit la cause des épidémies; mais ce que nous affirmons, c'est que les miasmes et les matières putrides sont détruits dès qu'on constate sa présence dans l'atmosphère, et que c'est, comme nous le disions au commencement, un grand agent de purification. Les observations de différents auteurs, et celles que nous avons pu faire à Marseille nous ont convaincu qu'il existe dans tous les cas, une connexité réelle entre l'absence et la diminution de l'ozone et les recrudescences de la maladie.

D'un autre côté, on peut conclure que, lorsqu'il n'y a pas d'ozone dans l'air, il y a excès de matières putrescibles; mais on n'est pas en droit d'en conclure par cela seul qu'il va éclater une épidémie. Il faut encore la présence du miasme spécial (j'emploie le mot miasme de préférence à d'autres plus récents, parce qu'il ne préjuge rien); il faut encore, dis-je, la présence du miasme, qui est la cause et le propagateur de la maladie. Tout ce qu'on est en droit d'affirmer lorsque l'atmosphère contient moins d'ozone ou n'en contient pas, c'est que le terrain est bien préparé pour le développement des maladies épidémiques. C'est d'ailleurs ce que semblent prouver nos observations, car la mortalité augmente les lendemains ou les surlendemains du manque d'ozone.

L'idée d'employer l'ozone dans le traitement du choléra provient évidemment des observations météorologiques qui ont été faites, et ce sont peut-être les chimistes et les physiciens proprement dits qui sont les plus enthousiastes de ce mode de traitement. Il est vrai qu'ils partent de ce principe, que l'absence de l'ozone est la cause du choléra, d'où, réciproquement, la respiration de l'ozone guérit le choléra. Mais, pour nous qui considérons l'absence de l'ozone uniquement comme une mauvaise condition pour l'organisme, nous ne pouvons être aussi affirmatif, et, si nous croyons que l'ozone est utile, c'est parce que non seulement c'est un désinfectant puissant, mais encore parce qu'il agit plus activement que l'oxygène, et que, dans le choléra, plus on pourra oxygéner le sang, mieux cela vaudra.

L'ozone est un excitant tellement actif que, dans les conditions ordinaires, il est dangereux à respirer en trop forte quantité, et cet inconvénient est évidemment un avantage dans les maladies infectieuses avec phénomènes d'algidité. Son action thérapeutique peut s'expliquer et se résumer par ce seul fait, que l'oxygène dans les globules du sang y est à l'état d'ozone, et cette propriété est tellement caractéristique que Schönbein et His ont proposé de donner aux globules rouges du sang le nom d'*ozonophores* (porteurs d'ozone).

Conclusions. — L'ozone est un agent puissant de désinfection.

La plupart des observations démontrent que, pendant les épidémies de choléra, il y a moins d'ozone. Cette mensuration doit toujours être faite à un point de vue *relatif* et non d'une façon absolue.

A Marseille, pendant l'épidémie actuelle, l'ozone avait disparu au plus fort de l'épidémie; il a reparu deux jours avant l'atténuation de celle-ci.

Cette amélioration a coïncidé en même temps avec un fort vent de nord-ouest, vent qui toujours à Marseille, contrairement à ce qu'on a observé à Paris, amène une augmentation d'ozone.

Les modifications atmosphériques, et en particulier celles de l'ozone, n'ont eu en général d'influence que le lendemain ou le surlendemain, et surtout lorsque le même état atmosphérique a duré quelque temps.

Le procédé le plus pratique, dans un hôpital, pour produire de l'ozone, est d'employer une machine à gaz, qui actionne par des appareils dynamo-électriques de fortes bobines Ruhmkorff, et de faire passer l'effluve électrique à travers les tubes Berthelot.

Dans les habitations particulières, on peut se servir de la machine électrique ordinaire. Mais jusqu'à présent on n'a pu conserver l'ozone ni dans des récipients, ni le faire dissoudre dans l'eau, car il se transforme aussitôt en oxygène ordinaire. Tout ce qu'on a proposé dans ce genre ne peut être utilisé comme ozone.

L'ozone étant toxique dès qu'il est en excès, le meilleur mode thérapeutique est de le répandre peu à peu dans les salles ou dans les chambres. Dans ces conditions, non seulement il n'est pas nuisible, mais il est pour les malades un excellent stimulant, et il purifie l'atmosphère. C'est ainsi qu'il agit d'une façon utile; mais nous ne croyons pas qu'on puisse dire que l'ozone guérit le choléra, pas plus qu'il n'est vrai que le manque d'ozone dans l'atmosphère produit le choléra : c'est uniquement une cause prédisposante.

Pathologie expérimentale.

Étude expérimentale sur la virulence tuberculeuse de certains épanchements de la plèvre et du péritoine. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 8 août 1884, par MM. A. Chauffard et A. Gombault, médecins des hôpitaux.

La présente Note n'est en quelque sorte qu'une communication préliminaire, destinée à faire connaître sommairement

les résultats principaux d'une série d'expériences encore en cours d'exécution, et que nous avons poursuivies dans le laboratoire de M. le professeur Cornil.

Elle sera ultérieurement complétée par la présentation d'un mémoire plus étendu lorsque le nombre des faits réunis sera suffisant pour nous permettre d'aborder l'étude des questions multiples que soulèvent ces expériences.

La question que nous nous proposions de résoudre dans le principe était la suivante: L'agent figuré de la tuberculose peut-il être décelé par l'examen histologique dans les liquides anormalement sécrétés à la surface des cavités séreuses? Or jamais malgré des investigations assez nombreuses il ne nous a été donné de rencontrer le bacille de Koch dans les liquides pleurétiques ou péritonitiques. En présence de l'insuccès constant de nos recherches, l'un de nous, M. Chauffard, a eu l'idée de recourir à l'inoculation. Nous n'avons pas employé les cultures d'après le procédé de M. Koch parce que ces cultures sont encore actuellement difficiles à réussir, ne constituent pas, par cela même, un procédé pratique facilement applicable aux besoins de la clinique, but que nous nous proposions, et que d'autre part l'inoculation, véritable culture au sein de l'organisme vivant, nous donnait ce que nous demandions, en ce sens qu'elle permet à l'agent tuberculeux de révéler sa présence d'une façon certaine.

Voici comment nous avons procédé. Le liquide à inoculer a toujours été recueilli sur le vivant à l'aide de la ponction capillaire et de l'aspiration. A cet effet nous avons employé soit la seringue de Pravaz, soit l'appareil de M. Potain, mettant en œuvre toutes les précautions antiseptiques d'usage en pareil cas. Flambage du trocart ou de l'aiguille; lavages répétés de la seringue ou du récipient avec des agents antiseptiques.

Le liquide retiré par la ponction était en fin de compte placé pour être transporté de la salle d'hôpital au laboratoire dans des tubes à expériences bouchés à la ouate et stérilisés par la chaleur.

Les mêmes précautions minutieuses ont été prises lorsqu'il s'est agi des inoculations. Celles-ci ont toujours été pratiquées sur des cochons d'Inde et de la manière suivante: on injectait 3 centimètres cubes environ du liquide dans la cavité péritonéale à l'aide d'une simple ponction faite à la paroi abdominale avec l'aiguille d'une seringue de Pravaz.

Les suites de cette petite opération ont été des plus simples à de très rares exceptions près. Les animaux conservaient d'habitude leur entrain et leur appétit. Nous avons dû les sacrifier presque tous deux mois, trois mois, quatre mois après l'opération.

Les expériences actuellement terminées (la première de nos inoculations date du 9 janvier 1884), ont porté sur vingt-trois cobayes inoculés avec des liquides pris sur vingt et un malades, un même malade ayant servi à inoculer trois animaux. Soit vingt ponctions thoraciques et une ponction abdominale.

Les liquides injectés ont été soit séreux, soit séro-fibrineux, soit purulents.

Sur les vingt-trois inoculations, quatre n'ont pas donné de résultat, les animaux étant morts trop rapidement. Neuf ont été négatives, c'est-à-dire qu'à l'autopsie, pratiquée trois et quatre mois après l'inoculation, nous n'avons pas rencontré de lésions tuberculeuses. Dix enfin ont donné un résultat positif, c'est-à-dire qu'à l'autopsie nous avons constamment trouvé le foie, la rate et le poumon, farcis de granulations grises et jaunes ou infiltrés de nappes grises et jaunes; le volume de la rate toujours augmenté dans des proportions considérables; enfin un grand nombre de ganglions mésentériques et péritrachéaux volumineux et devenus sarcomateux ou caséo-sarcomateux.

En outre de ces lésions constantes et très accusées dans tous les cas comptés comme positifs, nous pouvons mentionner encore l'infiltration et l'épaississement du grand épiploon; quelques lésions de l'intestin, quelques lésions des organes génitaux. Les reins étaient le plus souvent épargnés.

Toutes les fois que les lésions qui viennent d'être énumérées ont été rencontrées, nous avons recherché avec soin le bacille de Koch, soit par la méthode d'Erlich, soit, et le plus souvent, par cette méthode modifiée par Fraënkel, et nous ne comptons comme positifs que les cas dans lesquels l'existence de ce bacille a été constatée, c'est-à-dire du reste tous les cas où il y avait une tuberculose macroscopique évidente.

Notre criterium porte donc sur ces deux points: 1° d'une part, sur la constatation de lésions viscérales d'apparence tuberculeuse confluentes, très profondes, généralisées; 2° d'autre part, sur la présence nettement constatée d'un bacille granuleux qui, coloré par la fuchsine, ne se décolore pas dans l'acide nitrique au tiers.

Nous avons pensé que cette réunion de caractères permettait d'affirmer la nature tuberculeuse des lésions observées et nous nous sommes en conséquence dispensés de pratiquer des inoculations en série.

Il va sans dire que les autres caractères histologiques du tubercule, en particulier la présence de follicules tuberculeux très abondants surtout dans les ganglions lymphatiques, n'ont fait défaut dans aucun de nos cas.

Si dans les cas que nous qualifions de positifs la nature tuberculeuse des lésions nous paraît évidente, nous croyons pouvoir affirmer que cette tuberculose est bien la conséquence de l'inoculation.

En effet, tous les animaux inoculés ont vécu ensemble dans trois ou quatre cages et avec eux un certain nombre d'autres indemnes de toute opération et qui servaient de témoins. Or aucun des témoins n'est devenu tuberculeux. Si l'on invoquait l'injection du liquide et le traumatisme qui en résulte, traumatisme que n'ont pas subi les animaux témoins, comme cause possible d'une tuberculose spontanée, on devra remarquer que sur les vingt-trois cobayes inoculés et placés par conséquent dans les mêmes conditions vis-à-vis du traumatisme, neuf sacrifiés trois et quatre mois après l'opération étaient exempts de tout tubercule.

Du reste dans quatre cas le mode d'introduction du tubercule est en quelque sorte démontré par l'existence d'un nodule caséo-sarcomateux développé dans l'épaisseur de la paroi abdominale au point même d'inoculation (tubercule d'inoculation).

Le plus souvent enfin dans nos observations la prédominance des lésions abdominales sur les lésions pulmonaires ainsi que l'intégrité du tube digestif et des organes génitaux, plaident dans le même sens.

De cet ensemble de considérations, il nous semble légitime de conclure que nous avons, dans un certain nombre de cas, bien réellement inoculé la tuberculose et que par conséquent un certain nombre des liquides que nous avons employés étaient doués de la virulence tuberculeuse.

Pour des raisons analogues à celles que nous avons fait valoir plus haut, il nous paraît difficile d'admettre que cette virulence ait été une virulence d'emprunt; que le virus tuberculeux ait pu, malgré les précautions prises, pénétrer dans les liquides pendant les diverses manipulations qu'on a dû leur faire subir. Un semblable accident est assurément possible, mais c'est à titre d'exception, et il est difficile d'admettre qu'il se soit reproduit dans plus de la moitié des cas.

Nous pouvons ajouter que d'une façon générale, les inoculations pratiquées avec des liquides provenant de malades certainement ou très probablement tuberculeux ont donné un résultat positif; tout au contraire, celles qui ont été faites avec des liquides provenant de malades chez lesquels la tuberculose était peu probable ou certainement absente ont abouti à un résultat négatif.

Un certain nombre des liquides que nous avons injectés

étaient donc originairement virulents. C'est là le point important, le seul que nous désirions mettre en relief pour le moment.

De deux liquides, séreux ou purulents l'un et l'autre, identiques au point de vue des caractères physiques, ne contenant l'un et l'autre aucun micro-organisme que le microscope ait pu nous déceler, l'un inoculé, a donné la tuberculose; l'autre, inoculé dans des conditions identiques, est resté inoffensif.

Il va sans dire que ce résultat brut doit pour acquérir quelque valeur être complété ; qu'un certain nombre de questions intéressantes se posent et doivent être résolues. Mais les éléments dont nous disposons à l'heure actuelle ne nous permettent pas, croyons-nous, d'apporter encore une réponse. Ce qui suit n'est donc que l'énoncé du programme que nous nous proposons de remplir par la suite.

Relativement à l'état sous lequel l'agent virulent se trouve dans les liquides, nous ne pouvons émettre que des hypothèses. Bien que nous ne l'ayons jamais rencontré, le bacille de Koch pouvait fort bien y être présent en réalité. Il suffit de supposer qu'il était très peu abondant et a échappé ainsi facilement à des investigations même minutieuses.

D'autre part, n'ayant pas encore recherché les zooglées d'après les méthodes de coloration récemment indiquées par M. Malassez, nous ne pouvons nous prononcer sur leur présence ou leur absence.

Nous avons également peu de renseignements à fournir relativement au degré de la virulence. Ce que nous savons, c'est que cette virulence ne doit pas être très puissante, puisque le liquide provenant d'un même malade injecté à trois cobayes différents a donné à côté de deux cas de tuberculose confirmée un cas absolument négatif. L'absence relativement fréquente du tubercule d'inoculation semble plaider dans le même sens. Elle montre que fréquemment l'agent tuberculeux n'est pas présent au sein des quelques gouttes de liquide, qui s'arrêtent dans la paroi abdominale pendant le trajet de l'aiguille, soit à l'aller, soit au retour.

D'autre part, nous ne pouvons donner de renseignement sur la dose efficace minimum, variable sans doute avec chaque cas particulier. Nous avons toujours injecté la même quantité de liquide, et persuadés de son peu de virulence nous avons voulu que cette quantité fût relativement considérable.

Il ne sera pas inutile à ce propos de faire remarquer qu'on ne doit pas incriminer cette grande quantité de liquide injecté pour expliquer par elle les lésions observées dans les cas positifs et prononcer le mot de pseudo-tuberculose. A côté des cas positifs il y a les cas négatifs où la quantité de liquide injecté a été la même. Or ici jamais nous n'avons trouvé à la surface du péritoine ni changement de coloration, ni épaississement, ni adhérences, aucun vestige en un mot d'un processus inflammatoire. Ce qui semble démontrer que le liquide n'a pas par lui-même de propriétés irritantes bien actives.

Nous ne savons pas non plus si cette virulence est uniformément répartie dans toutes les couches d'un même épanchement.

Bacille ou zooglée l'agent de la virulence tuberculeuse des liquides en question est vraisemblablement un corps figuré, soumis aux lois de la pesanteur, ayant donc de la tendance à s'accumuler dans les parties déclives, et il sera intéressant de déterminer d'une façon tout au moins approximative la virulence des couches supérieures comparée à celle des couches inférieures. Les faits signalés autrefois par M. Lépine (1), à la Société de biologie, trouveraient sans doute dans cette étude une explication mise au courant de nos connaissances actuelles. Peut-être aussi serait-il possible de justifier de cette façon l'importance que certains opérateurs attachent à l'évacuation complète du contenu intrapleural dans le cas de simple ponction, mais surtout dans celui d'empyème.

(1) Lépine, *De la propagation du cancer et du tubercule à la surface de la séreuse pleurale* (*Soc. Biol.*, août 1869). — *Inf. de voisin. de la tub.* (*Arch. phys.*, 1870, p. 297).

Nous n'avons jusqu'ici envisagé que le liquide. Ce n'est pas à dire pour cela que nous ne nous soyons pas préoccupés de l'état de la plèvre qui l'a sécrété, de l'état du poumon situé au-dessous de cette plèvre, enfin de l'état de l'organisme qui fait les frais de la maladie. Mais ce sont là autant de questions que pour le moment nous croyons devoir réserver. Les conclusions que nous pourrions tirer du petit nombre de faits que nous possédons s'appuieraient sur une base insuffisante.

Ce que nous ferons remarquer en terminant, c'est que le procédé que nous avons mis en œuvre est applicable non seulement à la plèvre et au péritoine, mais aussi à la tunique vaginale, aux séreuses, articulaires et que nous comptons faire porter nos recherches sur ces différents points.

Nous espérons qu'elles nous conduiront à des résultats utiles et d'un intérêt pratique réel; dans les différents cas particuliers que nous avons pu déjà soumettre à ce mode d'investigation, elles ont conduit à préciser ou à réformer le diagnostic et surtout le pronostic, en nous permettant dans certains cas d'affirmer la nature tuberculeuse d'une pleurésie terminée par une guérison apparente. Il y a donc là plus qu'une simple curiosité de laboratoire ; il y a une application de plus de cette donnée, aujourd'hui acquise, de la virulence de la tuberculose.

Les recherches bibliographiques préliminaires que nous avons pu faire jusqu'à présent ne nous ont pas fait connaître de travaux analogues, mais sur ce point aussi nous aurons à compléter plus tard les idées sommairement exposées dans cette Note, heureux si d'ici là les membres de la Société veulent bien soumettre à leur contrôle personnel les faits qui viennent de leur être communiqués.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Congrès de Copenhague.

(Suite et fin. — Voyez le n° 34.)

Traitement des cavernes pulmonaires. — M. *Bull* (de Christiana) a rassemblé trente cas de cavernes traitées par le thermo-cautère, sur lesquels on compte deux guérisons complètes. Voici comment on procède : Après avoir exactement déterminé le siége de la caverne, on opère comme pour l'empyème; quand on est arrivé sur le point voulu, on fait l'ouverture de la caverne au moyen du thermo-cautère, on place ensuite un drain et un bandage antiseptique.

M. *Triel* (de Copenhague) a fait deux fois l'ouverture de cavernes pulmonaires; les deux sujets sont morts peu après.

Traitement des maladies de l'estomac par l'électricité. — M. *Apostoli* (de Paris) complète la note qu'il à lue en 1882 à la Société médicale des hôpitaux de Paris (Voy. *Gaz. hebd.*, 1882, p. 564). Il s'agissait surtout des troubles stomacaux liés à l'hystérie, tels qu'*épigastralgie, gastralgie, vomissements*. Depuis cette époque, l'auteur à modifié son procédé de la manière suivante :

1° Action simultanée sur les deux pneumogastriques par une application double ou bipolaire à l'angle interne de la clavicule, dans un point le plus rapproché possible du tronc du nerf vague. 2° Chacun des pôles doit intéresser un pneumogastrique, l'un positivement, l'autre négativement; le courant de pile sera aussi constant que possible; on aura soin d'éviter toute interruption pendant toute la durée de la séance. 3° L'intensité électrique et la durée de l'application seront proportionnelles à la maladie à combattre; l'application sera faite pendant la digestion et les séances seront aussi rapprochées que possible, surtout au début du traitement. 4° La durée de l'application devra être, comme l'in-

tensité, proportionnée à la maladie à combattre et toute séance ne devra prendre fin qu'après effet produit ; on devra donc la prolonger jusqu'à ce que le malade affirme qu'il va mieux et ne la suspendre que quelques minutes après que le calme complet est établi. 5° La galvanisation ayant plutôt une action curative que préventive, il sera préférable de faire l'application pendant la digestion pour combattre, soit la dyspepsie, soit le vomissement; on fera donc manger ou boire préalablement le malade, et le courant aura alors la propriété, soit de faire digérer, soit d'arrêter un vomissement menaçant. 6° Les séances devront être au début aussi rapprochées que possible et toute digestion, si besoin en est, devra être aidée et complétée par la galvanisation; plus tard l'intervalle des séances devra grandir avec l'amélioration. 7° Toute opération bien faite devra être tolérable et sans eschare consécutive ; dans le but d'éviter et la douleur trop vive et toute menace de cautérisation, les tampons devront être soigneusement recouverts de peau de chamois très mouillée sur laquelle on mettra une à deux couches supplémentaires d'agaric humide, pour concentrer sur elle une partie de l'action galvano-caustique.

Sur un nouveau traitement électrique des périmétrites. — Le *même auteur* fait une seconde communication qui peut se résumer ainsi : l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin, désignée sous le nom de *périmétrite* ou *pelvi-cellulite*, est une maladie des plus fréquentes et des plus rebelles à la thérapeutique classique. L'électricité sagement et méthodiquement appliquée peut être d'un grand secours, soit au début, dans la forme aiguë, pour prévenir la suppuration, atténuer la douleur et tâcher de faire avorter une phlegmasie commençante, soit à la fin, dans la forme chronique, pour accélérer la convalescence et hâter la résorption d'un exsudat. On peut l'appliquer sous deux formes : le courant induit ou faradique et le courant galvanique ou continu; chacun de ces deux modes électriques trouvera des indications diverses et variables (suivant la nature et la période de la maladie) qu'il va très sommairement formuler :

A. Le courant faradique ou induit peut être appliqué à l'utérus de deux façons différentes : La première est celle de A. Tripier, qui a créé la méthode et a appliqué, il y a vingt ans, pour la première fois, le courant faradique à l'utérus atteint de métrite; c'est la méthode uni-polaire, consistant à mettre un pôle dans la cavité utérine et à fermer le circuit sur le ventre, au-dessus du pubis. — La seconde méthode est celle qu'il a proposée (Académie de médecine de Paris, 20 février 1883, et communications faites à la Société de médecine de Paris le 28 avril 1883 et le 23 février 1884), et qui consiste à mettre les deux pôles dans l'utérus, par une sonde à l'extrémité de laquelle ils se trouvent placés, très voisins l'un de l'autre. Ce second procédé de faradisation utérine, dite *double* ou *bi-polaire*, d'une pratique aussi simple que celui de A. Tripier, est destiné à rendre l'opération : 1° plus facile, en supprimant le concours d'un aide ou celui de la malade pour tenir les tampons; 2° moins douloureuse, en évitant toute application du courant sur la peau; 3° plus active, en localisant l'action du courant dans l'utérus et en permettant ainsi, grâce au peu de sensibilité de cet organe, d'élever facilement l'intensité électrique; 4° plus efficace, grâce à un rayonnement plus général et à un effet thérapeutique plus puissant. — Pour la phlegmasie péri-utérine, l'application ne doit pas être la même que pour l'inflammation utérine simple. Dans la métrite, en effet, on emploiera un courant faradique engendré par une bobine à fil gros et court, courant dit de quantité, où l'intensité doit être aussi forte que possible et devra durer de trois à cinq minutes. Dans les périmétrites, où il importe d'éviter toute réaction trop vive, on emploiera un courant dit de tension, engendré par la bobine à fil long et fin ; ses effets d'expansion périphérique, plus étendus que ceux de la bobine de quantité; le courant de tension, plus que le premier, aura sur le système nerveux, et par suite sur l'élément douleur, un effet hyposthénisant très marqué (Tripier) et le moins à redouter, auquel il faudra tout d'abord et avant tout recourir. Dans le cas où l'introduction de la sonde dans l'utérus ne pourrait avoir lieu, on devrait substituer à la faradisation utérine double une faradisation vaginale double, en électrisant le vagin (avec la même sonde ou mieux avec une autre de plus gros calibre), le pôle terminal étant appliqué sur le col et l'autre contre une paroi vaginale. La durée de l'application sera en moyenne de dix à quinze minutes.

Cette médication doit trouver son indication même dans les formes aiguës, où elle pourra, comme il l'a vu quelques fois, faire avorter le mal, s'il n'y a pas de suppuration commençante, et, dans le cas contraire, l'atténuer considérablement. Dans la période subaiguë et chronique, les précautions du début concernant le dosage sont moins de rigueur, et on peut sans crainte augmenter l'intensité, ce qui aurait été dangereux dans la première période.

Le courant continu appliqué sous la forme de galvano-caustique chimique intra-utérine pourra, dans la période subaiguë ou chronique, et jamais dans l'état aigu, servir d'utile auxiliaire à la faradisation.

La pneumonie fibrineuse est-elle une maladie infectieuse? — M. *Flindt* (de Samso). Les recherches de l'auteur l'ont convaincu qu'il y a des raisons prépondérantes pour considérer la pneumonie comme une maladie infectieuse.

Un refroidissement antérieur est tellement rare chez un malade pneumonique qu'il est absolument impossible de considérer le refroidissement comme cause essentielle et unique de la maladie. Ce refroidissement n'a lieu que huit fois sur 100.

La répartition des cas de pneumonie par rapport aux saisons donne des résultats analogues. Parmi les états atmosphériques observables et appréciables, il n'y a que l'eau pluviale qui démontre l'existence de certaines relations entre les saisons et la pneumonie, la courbe annuelle de la fréquence de la pneumonie étant en raison inverse de la courbe annuelle de la quantité de pluie; mais ni le froid, ni les brusques fluctuations de la température, ni une combinaison du froid et de l'humidité ne sont en rapport constant avec la fréquence de la pneumonie.

Comme contraste avec les années ordinaires, la maladie montre pendant certaines années une telle fréquence que, à cet égard, ces années doivent être regardées comme de véritables années épidémiques.

La pneumonie n'est jamais également répandue parmi la population ; elle s'accumule toujours en petites épidémies et endémies locales; souvent des épidémies et des endémies purement domestiques. Ce phénomène est tellement habituel qu'il prête à la physionomie épidémiologique de la pneumonie une empreinte caractéristique et il est parfaitement inconciliable avec la théorie du refroidissement; il ne peut guère s'expliquer qu'en supposant que la maladie est une maladie infectieuse.

A l'aide d'une observation exacte, on trouve un nombre considérable de cas de pneumonie qui, d'une façon plus ou moins positive, accusent la transmission de la maladie d'individu à individu, par contagion. On observe toute une série de personnes tombant malades sans qu'il soit possible de démontrer aucune des causes banales de la maladie; au contraire, on voit les cas de pneumonie s'enchaîner les uns aux autres; en certains lieux circonscrits, dans certaines maisons surtout qui, depuis de longues années, ont toujours été indemnes de la maladie, le premier cas de pneumonie apparait dans des circonstances qui montrent qu'une communication intime a eu lieu entre le malade, d'une part, et des personnes antérieurement atteintes ou leurs maisons, d'autre part; et, lorsqu'un premier cas de maladie a apparu en un

lieu antérieurement épargné, ce cas semble être le point de départ et former un véritable foyer pour la propagation ultérieure de la maladie; car ce ne sont pas seulement les membres du même ménage, mais aussi des étrangers fréquentant la maison atteinte qui sont particulièrement atteints.

M. *Hadden* (de Londres) fait une communication sur *le myxœdème et sa pathologie*, et M. *Brandes* (de Copenhague) présente un malade atteint de cette affection.

Section de chirurgie.

CHIRURGIE CONSERVATRICE. — RÉSECTIONS ARTICULAIRES CHEZ LES TUBERCULEUX. — TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DU RECTUM.

Nous ne pouvons donner qu'un aperçu des travaux de cette section; mais nos lecteurs trouveraient peu d'intérêt à en connaître les détails. Les chirurgiens français en ont fait en grande partie les frais : c'est dire que nous en connaissons le fond par notre presse médicale, nos Académies, nos Sociétés.

Une discussion très remarquable s'est engagée sur la *chirurgie conservatrice.* Les pansements antiseptiques autorisent certainement aujourd'hui des hardiesses; mais à ces hardiesses il y a des limites, que certains chirurgiens sont enclins à dépasser. Eviter autant que possible aux patients des opérations toujours aléatoires, leur éviter surtout des mutilations, demander des ressources à la médecine, attaquer les états morbides cachés sous les affections chirurgicales qui en procédant si souvent, telle doit être la tâche de la chirurgie moderne. Cette thèse a été soutenue par MM. Nicaise, Ollier, Trélat et Verneuil; nous n'avons pas besoin de dire avec quelle autorité.

Dans une autre séance s'est présentée une question qui se rattache à la précédente : celle des *résections articulaires chez les tuberculeux.* M. Ollier a exposé sur ce point les règles de sa pratique. Le chirurgien de Lyon n'opère pas les malades chez lesquels la tuberculisation s'est produite dans les organes pulmonaires avant d'envahir les articulations. Dans le cas inverse l'opération peut avoir pour résultat, non seulement de supprimer la lésion locale, mais encore d'arrêter la marche de l'affection diathésique. M. Ollier en a raconté des exemples frappants. MM. Trélat et Wolkmann (de Halle) ont présenté sur ce sujet quelques observations.

Enfin nous signalerons une discussion relative au *traitement chirurgical des affections concernant la partie inférieure de l'intestin*, et dans laquelle on a entendu MM. Bryant (de Londres), Esmark (de Kiel), Trélat et Verneuil.

Séances générales; conférences.

ATTÉNUATION DU VIRUS RABIQUE. — DIATHÈSE NÉOPLASIQUE. — ÉTUDE INTERNATIONALE DES MALADIES. — DE LA MÉTAPLASIE. — RATIONS ALIMENTAIRES DES HOMMES SAINS OU MALADES.

Nous avons dit que certaines heures avaient été réservées pour de grandes conférences, indépendantes des travaux des sections (1).

La conférence de *great attraction* était celle de M. *Pasteur* sur *l'atténuation du virus rabique.* M. Pasteur arrivait, non seulement avec son immense réputation et sa grande autorité personnelle, mais encore avec le récent rapport de la commission ministérielle, publié dans un de nos derniers numéros. Si l'on ajoute la forme magistrale dans laquelle il a exposé lui-même et ses vues scientifiques et ses expériences, on comprendra l'ovation qui lui a été faite par l'assistance entière. Toute la salle s'est levée, et le président, également debout, a dit à M. Pasteur : « Les applaudissements que vous venez d'entendre apportent avec eux la reconnaissance des peuples et l'admiration des savants. »

— L'accueil fait à M. *Verneuil* après sa conférence sur la *diathèse néoplastique et la formation des tumeurs*, n'était pas tout à fait à la même température; mais il a été très vif et très sympathique. On sait la verve du chirurgien de Paris; on sait l'originalité et l'étendue de ses vues en pathogénie et en thérapeutique chirurgicales. Cette fois M. Verneuil développait la thèse suivante, que nous connaissions bien d'ailleurs : la diathèse qui produit toutes les néoplasies est une; c'est la diathèse arthritique. Les formes jusqu'ici séparées ont une source commune, et les différences dépendent de circonstances accessoires. Ainsi un arthritique produira ou du cancer, ou du lipôme, ou du névrôme, etc., suivant des dispositions individuelles; mais les effets de l'âge, du sexe sont constamment diminués par les couches familiales. La formule de l'auteur est : *Il existe une diathèse arthritique, une seule diathèse, cause première et suffisante de toutes sortes de néoplasmes*, très différentes en apparence, en réalité réunis en un même faisceau.

— M. *William Gull* (de Londres) a présenté une étude très intéressante faite au moyen des patientes recherches internationales sur les diverses maladies de l'espèce humaine. Malheureusement nous ne possédons aucune note sur cette communication.

— Il en est de même de l'importante communication de M. *Virchow* sur la *métaplasie.* L'auteur entend par ce mot le processus en vertu duquel les tissus se forment par développement simultané (μετά, à côté) des éléments nouveaux et des éléments anciens. Ainsi les cellules embryonnaires persistent pendant que les cellules cartilagineuses forment le *tissu osseux.*

— Enfin le président du Congrès, M. *Panum* (de Copenhague), a exposé le résultat de ses recherches sur les *rations alimentaires des hommes sains ou malades*, et tracé le programme des questions à déterminer.

1° Chercher à obtenir des renseignements aussi complets que possible sur les rations alimentaires des individus sains, ou relativement sains, dans les hôpitaux, les infirmeries et les prisons, des soldats et des matelots des différents pays;

2° Chercher à obtenir par des renseignements semblables, avec l'assistance des directions administratives des hôpitaux des différents pays, des tableaux comparatifs des quantités de matières albuminoïdes, etc. contenues dans les rations; des différents degrés réglementaires de la diète des malades, avec les indications de l'un ou de l'autre de ces degrés d'alimentation dans les hôpitaux;

3° Il faudrait cependant savoir d'abord : *a*) si les individus nourris d'après le règlement reçoivent ou non un supplément prévu ou non prévu, calculable ou non calculable, de nourriture quelconque, outre les rations réglementaires; *b*) si la distribution des rations alimentaires est si complète qu'il n'y ait pas des restes dont les fonctionnaires puissent tirer un profit frauduleux; *c*) si la distribution est aussi juste et égale que possible, et si la nourriture des fonctionnaires est préparée dans d'autres marmites que celles des pensionnaires;

4° Obtenir des renseignements sur le système employé pour contrôler : *a*) la bonne qualité des ingrédients, *b*) la préparation et la distribution;

5° Insister sur la nécessité de laisser aux médecins une liberté illimitée pour régler dans les hôpitaux les quantités absolues et relatives de matières albuminoïdes, de graisse et de substances hydrocarbonées que doivent contenir les rations alimentaires des malades, sans être gênés par le règlement ni par l'administration;

6° Encourager dans les différents pays la publication des livres de cuisine composés pour les malades. Ces livres doivent être appropriés aux habitudes du pays et indiquer les

(1) La lecture de M. Tommasi Crudeli sur la malaria, que nous avons rangée parmi les *travaux des sections*, a été le sujet d'une *conférence.*

doses de matières albuminoïdes, de graisse et de substances hydrocarbonées que renferment les différents mets, comme sont réglées les doses des médicaments dans les pharmacopées;

7° Que les médecins veuillent suspendre au mur de leur cabinet un tableau graphique indiquant la composition quantitative des aliments ordinaires, d'après le modèle de celui de König, pour se rappeler toujours l'importance d'un régime diététique rationnel et pour en faciliter la prescription;

8° Que ceux qui s'occupent de l'hygiène populaire et qui sont capables de le faire veuillent s'occuper de la préparation et de la composition rationnelle d'une alimentation suffisante et aussi économique que possible pour améliorer le sort des pauvres.

— C'était la fin du Congrès. Il ne s'agissait plus que de fixer la ville où se tiendrait, en 1887, la prochaine réunion. Des offres avaient été faites par l'Allemagne, l'Italie et l'Amérique. C'est pour des motifs divers, après examen du bureau, assisté de tous les membres honoraires, l'Amérique qui l'a emporté au vote de l'Assemblée. Nous avons déjà dit que le prochain Congrès se tiendrait à *Washington*.

Congrès de La Haye.

Le cinquième *Congrès international d'hygiène et de démographie* a tenu sa première séance le 21, dans la salle *Diligentia* (*Lange Vornhent*), sous la présidence de M. Beaufort, membre de la première chambre des États généraux, qui a prononcé en français un discours très applaudi, où nous avons remarqué avec satisfaction un hommage rendu à M. Fauvel pour les services qu'il a rendus à l'hygiène internationale et la part qu'il a prise à la préservation de l'Europe.

Le professeur Van Oberbeeck de Meijer (d'Utrecht), secrétaire général du Congrès, a donné connaissance des mesures prises par le comité d'organisation. Les sections sont constituées. En outre des conférences auront lieu, comme au Congrès de Copenhague, en séance générale.

Le soir on s'est réuni au *Palais des arts et des sciences*, où M. le bourgmestre a souhaité la bienvenue aux membres du Congrès.

Dès le lendemain, les sections se sont réunies et la séance a commencé.

— L'abondance des matières nous oblige a renvoyer au prochain numéro le compte-rendu des travaux du Congrès.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 25 AOUT 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

Action des lésions du bulbe rachidien sur les échanges nutritifs. Note de MM. *Couty*, *Guimaraes* et *Niobey*. — Le bulbe contient-il des régions distinctes comme influence sur la nutrition? Les divers troubles de la motilité, de la sensibilité, de l'urine et du sang constituent-ils des syndromes ou des manifestations isolées? Telles sont les deux questions que MM. Couty, Guimaraes et Niobey ont voulu élucider par de nouvelles expériences sur des chiens.

Ils ont ainsi constaté que si les trois phénomènes : abaissement de la tension, diminution des gaz et augmentation du sucre, coïncidaient toujours les uns avec les autres et constituaient un véritable syndrome; cependant ils ne présentaient pas de relations constantes de degré. De plus, à côté de ces phénomènes, ils ont vu, comme M. Brown-Séquard d'ailleurs, se manifester d'autres troubles variables du sang, de la température et des fonctions sensitivo-motrices.

Mesure de la dose toxique de l'urée dans le sang. Note de MM. *Gréhant* et *Quinquaud*. — M. Bouley fait connaître les expériences entreprises par ces deux physiologistes au laboratoire de M. le professeur Rouget, au Muséum d'histoire naturelle de Paris. Elles ont consisté à injecter sous la peau des solutions aqueuses d'urée pure, dont on augmentait peu à peu la dose. Les animaux mis en expérience ont, *dans tous les cas*, succombé plus ou moins rapidement à des phénomènes convulsifs analogues à ceux que détermine la strychnine.

Les expériences entreprises sur des chiens ont permis : 1° de fixer avec plus d'exactitude que sur les autres animaux la dose toxique de l'urée dans le sang; 2° de constater que celle-ci n'exerce directement aucune influence sur la contractilité de la fibre musculaire; 3° de remarquer que l'urée injectée sous la peau n'était jamais complètement absorbée au moment de la mort, même si celle-ci survenait dix heures après que l'injection sous-cutanée avait eu lieu.

Des sphincters des embouchures des veines caves et cardiaque. Note de M. *Duroziez*. — L'auteur lit un travail dont les principales conclusions sont les suivantes :

Les veines caves et cardiaque sont fermées pendant la présystole, de sorte que le sang ne puisse pas rétrocéder. Partout où un liquide doit progresser, il rencontre derrière lui des valvules, des sphincters qui s'opposent à sa rétrocession. Les veines caves et cardiaque sont munies, dans ce but, en outre de l'éperon décrit par Hygmor et Lower, de trois sphincters étagés : un supérieur pour la veine cave supérieure; un médian pour la membrane ovale et la veine cave inférieure; enfin un inférieur pour la veine cardiaque.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 26 AOUT 1884. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY, ANCIEN PRÉSIDENT.

M. le docteur *Fichot* envoie un mémoire manuscrit *sur le choléra dans les Amagnes en 1866*.

M. le docteur *Bourguet* (d'Aix) adresse un mémoire manuscrit sur *le mode d'invasion et de propagation du choléra à Aix en 1884*.

M. le docteur *Viard* (de Montbard, Côte-d'Or), envoie un *Pli cacheté* dont le dépôt est accepté.

Choléra. — M. *Brouardel*, au nom de la section d'hygiène, lit un rapport sur les vœux relatifs aux mesures à prendre contre les épidémies de choléra, présentés par M. *Marey* dans la séance précédente; il adopte les propositions de celui-ci et soumet à l'approbation de l'Académie les résolutions suivantes : 1° Il est désirable qu'une enquête administrative, vu l'urgence, soit instituée de suite, de façon à faire connaître les causes démontrées ou présumées de l'apparition des épidémies cholériques antérieures dans les diverses villes et villages de France, leur marche et les conditions qui en ont favorisé le développement, notamment les causes d'insalubrité spéciales à ces villes ou villages, la pureté des eaux d'alimentation, les méthodes de vidange, etc. Elle demande que, pour l'épidémie actuelle, tous les documents relatifs à ces diverses questions soient soigneusement enregistrés, dressés de façon à être comparables entre eux. Elle estime que l'étude du passé sanitaire de chaque commune peut seule permettre à l'Administration de prendre les mesures nécessaires pour empêcher que les mêmes causes ne produisent les mêmes désastres lors du retour de chaque épidémie nouvelle; 2° les eaux qui servent à la communication doivent être exemptes de toute souillure. Il y a lieu de faire examiner par des commissions d'hygiène les eaux qui actuellement sont utilisées en boissons et de sou-

mettre à leur approbation les projets de dérivation et de distribution des eaux qui doivent servir dans l'avenir à l'alimentation des villes et des villages ; 3° quels que soient les moyens employés pour désinfecter et transporter les matières fécales, celles-ci ne devront jamais polluer les cours d'eau, ni être répandues à l'air libre sur le sol, ni jetées sur les fumiers ; 4° l'Administration, chargée de l'hygiène publique est invitée à centraliser tous les documents capables de l'éclairer sur l'état de chaque localité au point de vue de l'hygiène. Ces documents lui sont fournis par les statistiques, par les médecins des épidémies, par les Conseils d'hygiène d'arrondissement, par les bureaux d'hygiène dans les grandes villes. Elle seule peut contraindre les municipalités, chargées par la loi de veiller à l'exécution des mesures d'hygiène dans leurs communes, elle seule peut provoquer l'affectation à ces services de ressources suffisantes ; 5° l'Administration est priée d'étudier dans quelles conditions pourrait être établi un bureau international d'hygiène, permettant de grouper tous les documents relatifs aux épidémies et de signaler leur apparition dans les divers pays ; 6° un enseignement spécial de l'épidémiologie sera organisé dans les diverses Facultés de médecine ; 7° l'Académie charge la commission du choléra, dont fera partie M. Marey, des recherches dans les documents relatifs aux épidémies antérieures, dans ceux qui lui ont été adressés à l'occasion de l'épidémie actuelle et qui lui seront ultérieurement envoyés, tous ceux qui peuvent servir à élucider la durée de l'incubation de la maladie, le mode de contamination, la rapidité de l'invasion, la marche de l'épidémie, les causes qui ont pu favoriser son développement, celles qui paraîtraient avoir assuré l'immunité dans les diverses localités.

L'Académie réserve la discussion des six premières conclusions de ce rapport et adopte de suite la septième, en désignant MM. Besnier, Brouardel, Fauvel, Legouest, Marey, Noël Gueneau de Mussy, Pasteur, Proust et Rochard pour faire partie de cette commission.

M. *Jules Guérin* rend compte des renseignements qu'il est allé recueillir à Toulon et à Marseille afin de savoir quel était l'état de la constitution médicale dans ces deux villes avant l'épidémie. Il veut surtout mettre en parallèle le système soutenu par les précédents orateurs, celui de l'importation, invoquant l'hypothèse d'un apport brusque et imprévu du choléra dans les localités jusque-là réputées saines, et le système qu'il défend, celui de l'évolution, cherchant à démontrer la genèse graduée et comme embryogénique de la maladie partout où elle se développe. Les recherches qu'il a pu faire et les nombreux documents qu'il a eu en sa possession lui permettent d'affirmer qu'à Toulon et à Marseille le choléra s'est manifesté, non par un premier cas, comme on l'a prétendu, ou par des cas assez voisins, mais par plusieurs cas, se montrant simultanément sur des points très éloignés les uns des autres. Enfin, comme il l'a toujours soutenu, la constitution cholérique actuelle s'est accusée par une sorte d'immixtion de l'élément cholérique aux autres maladies régnantes, par une succession d'ébauches plus ou moins accentuées de la maladie elle-même, puis par l'apparition de quelques cas de la maladie complète au milieu de ses formes ébauchées et finalement par l'explosion de l'épidémie en certains lieux, alors que sur d'autres points elle continue à passer par les premiers degrés de son évolution qu'elle ne fait que franchir ou s'y arrêter sans aller plus loin. M. Jules Guérin cite à l'appui un très grand nombre de documents, comprenant tout d'abord la prédominance de la forme diarrhéique avant l'explosion de l'épidémie, ensuite la fréquence des accidents gastro-intestinaux, puis des ébauches de plus en plus caractérisées et de plus en plus rapprochées du type cholérique et enfin des cas de choléra complets, mais isolés et disséminés au milieu des formes plus nombreuses de la précédente catégorie, longtemps avant l'explosion de l'épidémie.

M. *Le Roy de Méricourt* fait remarquer que dans les pays où sévit épidémiquement la fièvre jaune se manifestent souvent des cas de fièvre rémittente bilieuse qu'il est souvent difficile de distinguer de la fièvre jaune. M. Jules Guérin considère-t-il ces cas de fièvre rémittente bilieuse comme une fièvre prémonitoire de la fièvre jaune et s'il faut établir entre ces mêmes maladies le même lien que M. Jules Guérin a cru devoir devoir établir entre la diarrhée et le choléra.

M. *Jules Guérin* répond que n'ayant pas eu l'occasion d'observer la fièvre jaune dans ses foyers d'origine, il ne peut se prononcer sur la question qui lui est posée ; mais à l'occasion de l'épidémie de fièvre jaune qui se déclara dans le temps à Saint-Nazaire et au sujet de laquelle M. Mélin fit devant l'Académie un rapport suivi de discussion, il montra que des individus qui avaient été atteints par la maladie avaient présenté des symptômes ayant précédé l'invasion de la maladie et méritant, à juste titre, le nom de prémonitoire.

M. *Le Roy de Méricourt* objecte qu'il est plus logique de rapporter la diversité des cas à la diversité d'intensité de l'action de la cause épidémique sur les individus qu'elle atteint. Il en est des épidémies comme des batailles.

M. *Bouchardat* commence la lecture d'un mémoire sur le parasite du choléra asiatique. Il montre d'abord que le choléra nostras, en raison de sa multiple étiologie, ne peut être une unité morbide, mais qu'on réunit sous cette étiquette plusieurs maladies très différentes les unes des autres.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 6 AOUT 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Traitement des hématocèles : M. Polaillon. Discussion : MM. Bouilly, Marchand, Berger, Desprès, Lucas-Championnière, Reclus, Tillaux, Marc Sée.

M. *Polaillon* rapporte l'observation suivante. Un homme, âgé de cinquante-sept ans, reçut, il y a deux ans, un coup sur le scrotum au moment où il faisait un violent effort. Douleur immédiate très vive et apparition d'une hernie inguinale. Le malade fut obligé de garder le repos pendant une quinzaine de jours et, lorsqu'il reprit son travail, son scrotum, très augmenté de volume, était encore de la grosseur des deux poings. Deux ans après, la région s'accroît encore subitement très vite, elle atteint les dimensions d'une tête d'adulte et ne mesure pas moins de 58 centimètres de tour. La peau scrotale est tendue, rouge, épaisse, on y voit se dessiner de très grosses veines. Le malade n'éprouve d'ailleurs aucune douleur, mais il est très cachectique. M. Polaillon porta le diagnostic hydro-hématocèle et fit une ponction pour confirmer son opinion : un liquide épais, filant, couleur chocolat, montra l'exactitude du diagnostic. Mais une vive inflammation se développa à la suite de la ponction et M. Polaillon dut se décider à une intervention. Il prit le parti de faire la décortication et de se servir du thermo-cautère pour éviter les hémorrhagies. Malgré cette précaution, une très abondante hémorrhagie se déclara et il fallut avoir recours à la castration. Le malade se rétablit en un mois sans autre incident qu'un peu de rétention d'urine.

M. *Bouilly* rappelle qu'il a publié un cas analogue en 1881. Une ponction dans une vieille hématocèle ayant déterminé des accidents septicémiques, ce chirurgien enleva, à l'aide de l'écraseur, une portion du scrotum et put ainsi ouvrir la poche sans risque d'hémorrhagie. Cela fait, il fut facile de déblayer complètement le sac de son contenu et de le laver avec soin. Les accidents septicémiques disparurent aussitôt et un mois après le malade était complètement guéri.

M. *Marchand* a opéré trois hydro-hématocèles ayant succédé à des hydrocèles simples. Dans un premier cas, la

poche fut simplement ouverte, drainée et lavée à la solution de permanganate de potasse. Dans un second cas, la castration fut pratiquée. Chez le troisième malade, M. Marchand se contenta de faire une ponction suivie d'une injection iodée. Une très violente inflammation s'empara de la poche et une opération plus radicale fut proposée au malade, qui la rejeta absolument. Six mois après, ce malade revu était complètement guéri. Ce cas, fait remarquer M. Marchand, est tout à fait curieux, mais il ne signifie pas qu'il faille dans l'hydro-hématocèle se contenter de la ponction et de l'injection iodée.

M. *Berger* fait remarquer que l'idée de la résection d'une partie du scrotum en forme de tranche de melon est due à Voillemier et qu'elle constitue une médiocre opération, car elle est suivie d'une suppuration très longue. Le traitement de l'hématocèle vaginale varie suivant les cas. Dans l'hydro-hématocèle à contenu liquide clair, à parois peu épaisses, on peut employer la ponction et l'injection iodée; dans les cas de tumeur solide, épaisse, c'est encore la castration qui donne les meilleurs résultats.

M. Berger insiste sur la difficulté du diagnostic de ces tumeurs; c'est avec le sarcocèle principalement qu'on les confond. Il a vu deux malades atteints de tumeurs scrotales, chez lesquels on fit une erreur inverse, ayant pris chez l'un une hématocèle pour un sarcocèle et *vice versa* chez l'autre.

M. *Després* approuve la conduite de M. Polaillon, et il croit que dans les cas analogues au sien il n'y a de praticable que la castration. La décortication est une opération impossible. Pour des tumeurs moins anciennes, à parois plus souples, à contenu liquide, on peut pratiquer le drainage ou encore faire une ponction avec injection iodée. Si on a le soin d'éviter l'entrée de l'air, ce mode de traitement ne se complique d'aucun accident inflammatoire et au bout de quatre à cinq jours le malade peut se lever. L'opération attribuée par M. Berger à Voillemier et qui était faite bien avant ce chirurgien, est aussi applicable à certains cas.

M. *Lucas-Championnière* désapprouve le drainage dans le traitement des hématocèles, de même que la décortication; par contre, la castration est une très bonne opération simple, peu dangereuse et radicale dans ses effets.

M. *Reclus* a fait cinq opérations d'hématocèle. L'un de ses malades, âgé de soixante-dix-huit ans, fut d'abord opéré par la ponction, mais une violente inflammation réclama une large ouverture et un lavage détersif complet, après quoi le malade guérit. Les autres malades furent castrés; l'examen de leurs pièces démontra que la décortication n'eût pas été praticable.

M. *Tillaux* considère comme dangereuse la simple ponction des hématocèles à cause de la rigidité des parois de la poche. La castration est une excellente méthode de traitement. La décortication, on doit le reconnaître, est parfois impossible; mais, comme elle peut se faire dans un petit nombre de cas et que la tenter n'est pas chose dangereuse, on doit l'essayer dans les cas favorables, quitte à enlever le testicule, si on reconnaît ne pouvoir la mener à bout.

M. *Marc Sée* a traité d'une hématocèle un malade habitant la campagne, loin de toute assistance médicale. Il se contenta de passer un drain; des cataplasmes furent ensuite maintenus par la tumeur et la guérison survint sans incident.

M. *Polaillon* résume ainsi les diverses méthodes de traitement de l'hématocèle et leurs indications. Les unes et les autres doivent reposer sur l'état des parois de la poche. S'agit-il d'une hématocèle à parois minces et souples, la ponction avec injection iodée suffira le plus souvent. Le drainage est inutile, même dangereux dans ce cas, car s'il y a des cloaques multiples, le drain ne saurait assurer l'évacuation de tous. Alors on devrait préférer une large ouverture du foyer. La décortication ne s'applique qu'au nombre infiniment restreint de cas dans lesquels les fausses membranes peu adhérentes et peu épaisses se détachent très aisément. La castration, enfin, facile et peu dangereuse, est indiquée dans les hématocèles à parois épaisses et résistantes. Elle met à l'abri de la récidive.

Alfred Pousson.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas de siphylis et quelques-uns de ses effets : deux contaminations fœtales et ataxie locomotrice, par M. Thompson Forster. — Un homme de trente ans, très vigoureux et très bien portant, vient consulter en septembre 1862. Il a un chancre induré, qui est accompagné d'un engorgement ganglionaire multiple de l'aine. Peu à peu son chancre guérit et les ganglions disparaissent. En janvier 1863, il souffre de maux de tête. Le traitement institué consista localement en cautérisations au nitrate d'argent et à l'intérieur on prescrivit du mercure et de l'iodure de potassium, qui furent continués pendant quatre mois après la disparition complète de tous les accidents. De 1863 à 1882, le malade ne présenta aucune manifestation syphilitique. En janvier 1865, il s'était marié à une jeune fille d'une très bonne santé, qui eut des ulcérations à la vulve au mois d'avril et avorta au mois de mai. En mai de l'année suivante, elle mit au monde un nouvel enfant au septième mois, qui présentait des manifestations multiples de syphilis et mourut à la dixième semaine. La mère se rétablit graduellement et continua à avoir une santé satisfaisante jusqu'en 1868, où étant enceinte elle fut subitement prise de difficulté à respirer et mourut avant l'arrivée d'un médecin.

En mai 1872, notre syphilitique se maria de nouveau avec une jeune fille, comme la première, bien portante. Cette nouvelle femme devint enceinte au mois de juin, bientôt elle fut atteinte de roséole, maigrit, s'affaiblit et avorta au mois de novembre d'un enfant syphilitique. En 1876, M. Thompson Forster consulté, met les deux époux à l'usage du mercure et de l'iodure de potassium. En 1877, la malade redevint enceinte et accoucha cette fois d'un enfant de huit mois bien portant; en 1880, nouvel accouchement à terme. En janvier 1881, le mari commença à éprouver des symptômes d'ataxie locomotrice et mourut très rapidement, quelques mois après.

Cette observation est intéressante, fait justement remarquer l'auteur, par la longue durée de temps pendant laquelle le malade put être suivi; par les heureux effets du mercure et de l'iodure de potassium; par la transmission au fœtus de la diathèse; enfin par l'enseignement qu'on doit retirer qu'il faut être circonspect lorsqu'on est consulté par des syphilitiques sur la question du mariage (*The lancet*, 9 août 1884, p. 233).

Deux cas de lupus; grattage et application d'acide phénique, par M. Bryant. — Le premier cas est relatif à un soldat âgé de trente-deux ans, qui portait un lupus papillomateux du nez. Le malade fut endormi et la plaie fut grattée avec un scalpel; léger écoulement de sang, qui fut arrêté par l'application de compresses phéniquées. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait bien évidemment d'un lupus, quelques mois après le malade quittait l'hôpital, ayant sa plaie cicatrisée, sauf dans une étendue égale aux dimensions d'un pois environ.

Dans le second cas, il s'agit d'un lupus de la face et de l'avant-bras gauche également très rapidement amélioré par le grattage et l'application d'acide phénique. On dut faire plusieurs séances pour le chloroforme et joindre les cautérisations au nitrate acide de mercure à l'emploi de l'acide phénique (*The lancet*, 9 août 1884, p. 235).

Travaux à consulter.

Une épidémie de choléra nostras causée par l'ingestion d'une eau contaminée, par M. Gontermann. — Observée en janvier dans une petite localité prussienne. Soixante habitants furent pris de diarrhée avec *selles riziformes*, de crampes, de collapsus, etc. Pas de décès, mais chez quelques-uns la maladie dura plusieurs semaines. Les malades provenaient de quatorze maisons qui tiraient leur eau d'un même puits, lequel présentait des fissures par lesquelles pénétrait le liquide d'une fosse à purin voisine. Le puits fermé et le fumier déplacé, l'épidémie s'éteignit aussitôt. (*Berl. klin. Woch.*, 1883, n° 49.)

VARIÉTÉS

Choléra. — La marche du choléra ne varie guère. L'épidémie progresse et n'augmente pas d'une manière générale d'intensité, quoiqu'elle ait montré quelques velléités de recrudescence à Toulon. Dans les départements qu'elle occupait il y a huit jours, elle a envahi de nouvelles localités ou s'y est aggravée. Ainsi, dans les *Bouches-du-Rhône* et *Vaucluse*, l'asile des aliénés d'Aix est assez maltraité; le mal ne diminue pas à Arles ni à Caumont. Notons : dans le *Var*, Brignolles, Hyères, Six-Fours, Les Senés; dans le *Gard*, Nîmes, Saint-Ambroise; dans les *Pyrénées-Orientales*, Corbière-les-Cabanes, Prades, Boule-d'Amont, Claira, Milas, Villeneuve-la-Roche, Camelas, Castelnau, Ène, Arles-sur-Tesche, Banyuls, Banyuls-des-Apres; dans l'*Aude*, Lézignan; dans la *Haute-Garonne*, Villefranche-de-Laurouguais.

Dans l'*Yonne*, doux cas ont été constatés à Bléneau. La maladie a disparu de Puits-le-Bon. Le bruit répandu qu'un cas s'est montré à Auxerre ne s'est pas confirmé. Il y existe des cas de diarrhée; mais, sous ce rapport comme sous d'autres, la situation sanitaire est meilleure que dans les années précédentes.

En outre, le département de la *Drôme* vient d'être atteint (Asparon, Saint-Maurice).

— En *Italie*, l'épidémie continue également à s'étendre.

Assistance publique. — Le concours public pour la nomination à trois places de médecin au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le mercredi 15 octobre 1884, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 15 septembre 1884, et sera clos définitivement le 1er octobre 1884, à trois heures.

Doctorat en médecine. — Le ministre de l'instruction publique arrête : Art. 1er. La thèse à soutenir pour les candidats au grade de docteur en médecine consiste en une dissertation imprimée sur un sujet de médecine ou de chirurgie choisi par le candidat. Le candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical. — Art. 2. Le présent arrêté recevra son exécution à partir du 1er novembre 1884. — Art. 3. Sont abrogées les dispositions antérieures contraires au présent règlement.

Hôpitaux. — Par arrêté ministériel en date du 6 août, M. le professeur Gosselin, ancien chirurgien de l'hôpital de la Charité, est nommé chirurgien honoraire des hôpitaux.

Médecins des bureaux de bienfaisance. — Le directeur de l'Assistance publique informe MM. les médecins du 11e arrondissement que, le mardi 16 septembre 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin.

Légion d'honneur. — Ont été promus ou nommés : *Officier*, M. Thomas, médecin de 1re classe de la marine. — *Chevaliers*, MM. Guiol et Arnaud, également médecins de 1re classe de la marine.

Service de santé de la marine. — M. le médecin-professeur Nielly a été promu au grade de médecin en chef de la marine.

Faculté de médecine de Nancy. — Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira le 18 janvier 1885. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Faculté de médecine de Montpellier. — Le concours qui devait s'ouvrir, le 15 novembre 1884, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'École de Marseille, est reporté au 15 février 1885.

École de médecine de Marseille. — Le concours qui devait s'ouvrir, le 10 décembre 1884, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie à l'École de Marseille, est reporté au 10 mars 1885.

Nécrologie. — On annonce la mort : 1° De M. le docteur Jaubert, médecin-inspecteur des eaux de Greoulx. Il venait de créer à Hyères un musée local d'histoire naturelle. C'était un lettré et un archéologue. — 2° Du docteur Suquet, célèbre par son procédé d'embaumement, qui vient de mourir dans sa propriété de Montmège, aux environs d'Aurillac. — 3° Du professeur Cohnheim, l'un des pathologistes les plus distingués de l'Allemagne; il est mort le 16 août à Leipzig.

— Le choléra vient de faire une nouvelle victime dans le corps médical : M. le docteur Eugène Fanton a succombé à Arles, le 19 août; ses obsèques ont eu lieu le lendemain au milieu d'une nombreuse assistance.

Société française de tempérance (reconnue d'utilité publique). — *Programme des prix et récompenses à décerner en 1885.* — Le conseil d'administration de la Société, dans sa séance du 1er juillet 1884, a décidé :

1° Que tous les travaux se rapportant à la tempérance et aux boissons alcooliques envisagées sous le rapport soit de leur composition, soit de leur action sur l'économie, seraient admis au concours;

2° Que des récompenses pourraient être accordées aux travaux imprimés aussi bien qu'aux travaux manuscrits envoyés à la Société.

La Société ne met au concours aucune question spéciale, mais elle appelle particulièrement l'attention des concurrents sur les questions suivantes : De l'alcoolisme héréditaire; — Mesures qu'il convient de prendre à l'égard des ivrognes d'habitude; — Étudier sur un point déterminé du territoire français (commune, canton ou département), l'influence de la loi du 17 juillet 1880, d'un côté sur le nombre des débits de boissons, et de l'autre sur le chiffre des condamnations pour ivresse publique, des morts accidentelles déterminées par les excès de boisson, des folies et des suicides de cause alcoolique.

Une somme de 2000 francs sera répartie entre les auteurs des mémoires couronnés.

Les ouvrages ou mémoires devront être remis au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 1er janvier de l'année 1885.

Conformément aux dispositions de l'article 2, § 5 de ses statuts, la Société décernera en outre, dans sa séance solennelle de mars 1885, des récompenses aux instituteurs, chefs d'atelier, contremaîtres, ouvriers, serviteurs ou autres personnes qui lui seront signalées pour leur active propagande en faveur de la tempérance.

Mortalité a Paris (34e semaine, du 15 au 21 août 1884). — Fièvre typhoïde, 29. — Variole, 3. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 25. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 50. — Phthisie pulmonaire, 196. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 81. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 44. — Bronchite aiguë, 12. — Pneumonie, 40. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 164; au sein et mixte, 52; inconnu, 15. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 98; de l'appareil circulatoire, 64; de l'appareil respiratoire, 57; de l'appareil digestif, 57; de l'appareil génito-urinaire, 15; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 3. — Morts violentes, 29. — Causes non classées, 5. — Total : 1092.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITE DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur **A. DECHAMBRE**

MEMBRES : MM. les docteurs **BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS**

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 4 septembre 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LE CHOLÉRA. — TRAITEMENT DU CHOLÉRA. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : Le choléra.

On trouvera plus loin les résolutions que l'Académie a votées à la suite du rapport de M. Brouardel et sur la proposition de M. Marey. Ces mesures à prendre contre les épidémies de choléra ont paru si peu compromettantes, qu'elles ont pu être adoptées par la Compagnie presque sans discussion et sans qu'il fût nécessaire d'attendre une époque de l'année où les fauteuils sont plus remplis. Mais la « banalité » toute relative de ces mesures (c'est un mot de M. le rapporteur), cette banalité résultant de l'élimination de toute vue théorique, n'implique pas chez elles, on le verra, un défaut d'importance. La pureté de l'atmosphère, la bonne qualité des eaux de consommation et de lavage, l'abondance de ces eaux, etc., ce sont là des conditions hygiéniques qu'il importe de toujours rappeler. Les propositions de la commission, bien que ne visant pas la cause spécifique du choléra, comme l'a dit M. Blot, gardaient toute l'importance que leur donne l'influence bien constatée d'une mauvaise hygiène sur la marche et la gravité de l'épidémie; et M. Noël Gueneau de Mussy a fait remarquer qu'elles atteindraient la cause spécifique elle-même si, comme il est probable, le contage se transmet par les déjections cholériques.

L'Académie n'a pas manqué, d'autre part, de solliciter des pouvoirs publics une fois de plus des renseignements pour l'enquête qu'elle se propose de faire, ainsi que les ressources nécessaires au fonctionnement de nos services d'hygiène, de salubrité et d'assistance. L'incohérence, l'insuffisance de ces services dans les circonstances récentes ont frappé les yeux les moins clairvoyants, et l'opinion publique réclame de promptes réformes à cet égard, surtout en haut lieu.

Quant au projet de *Bureau international d'hygiène*, il est possible qu'il rencontre les difficultés d'exécution qu'ont

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Laïcisation des hôpitaux en Allemagne. — Revendications des catholiques. — M. Virchow et les sœurs de charité. — L'exportation professorale. — Petits divertissements usités dans la meilleure société de Pforzheim. — Vingt-quatre dames sur le banc des accusés à Stuttgart. — Un poste de confiance pour un médecin.

Une des particularités le plus tranchées et peut-être les moins avantageuses de notre caractère, c'est l'ardeur et l'émotion que nous apportons dans toute question controversée, surtout si elle touche à la politique; une opinion contraire à la nôtre est une hérésie, peu s'en faut que nous ne soyons disposés à traiter ceux qui la soutiennent en ennemis de l'Etat.

La chose est arrivée, il y a deux ans, à propos d'un changement que le Conseil municipal de Paris voulait faire dans le personnel des hôpitaux : le remplacement des religieuses par des surveillantes laïques. Au point de vue rationnel rien n'était plus légitime. Dès l'instant où les asiles publics pour les malades sont ouverts à des individus appartenant à tous les cultes ou même n'appartenant à aucun, on ne voit pas pourquoi on recruterait la plus grande partie du personnel dans les ordres religieux. Si ce principe était admis, la stricte équité voudrait qu'on demandât aux diaconesses protestantes les mêmes services qu'aux sœurs de Saint-Vincent-de-Paul ou de Saint-Augustin. On est bien obligé d'avouer que la tendance de notre temps ne conduit guère à de pareilles expériences, que l'hôpital comme l'école doivent être avant tout un terrain neutre.

Mais à côté du principe abstrait, il y a l'application; les solutions radicales se heurtent souvent à des habitudes acquises, à des institutions traditionnelles qu'il est impossible de transformer sans que le service soit entravé et

signalées MM. J. Guérin, Léon Colin et surtout M. Leroy de Méricourt; mais il était difficile de refuser son vote à une proposition qui, reconnaissant ces difficultés mêmes, n'était qu'une *prière* adressée à l'administration d'*étudier dans quelles conditions* ce bureau pourrait être établi.

Notons enfin le rejet par l'Académie du vœu tendant à la création d'un enseignement spécial de l'épidémiologie dans les Facultés de médecine; sans doute la majorité — et elle était bien faible — a pensé que l'enseignement actuel de l'hygiène devait comprendre au point de vue prophylactique l'épidémiologie, et que celle-ci était d'ailleurs une dépendance de la pathologie interne (1).

(1) Voyez aux *Variétés* un article sur les mesures autrefois prises en France contre les épidémies.

Traitement du choléra.

En rappelant, dans un précédent article, les principaux médicaments que l'on devra prescrire pour combattre la diarrhée prodromique ou *cholérine*, nous avons, par là même, indiqué le traitement qui convient au choléra léger ou d'intensité moyenne. Très souvent, en effet, ces médicaments suffisent, non seulement aux malades peu gravement atteints au début des épidémies, mais encore à tous les sujets qu'un état de débilité antérieure ne prédispose pas à une plus sérieuse attaque de la maladie. L'*opium*, en particulier, n'est pas seulement un antidiarrhéique ou un sédatif du système nerveux. C'est un stimulant de l'appareil circulatoire qui, M. Pécholier l'a bien montré, rends le pouls plus fort, plus plein, plus rapide et qui, par conséquent, tend à prévenir l'un des symptômes les plus graves du choléra : l'algidité avec dépression des forces. Associé à l'acétate d'ammoniaque, à l'alcool (sous forme de rhum, d'alcoolé de mélisse, de chartreuse, de vin de Champagne), à l'éther, au chloroforme, au musc, à la valériane, etc., l'opium peut donc être utile non seulement pour arrêter la maladie dès son début, mais encore pour en atténuer les manifestations les plus graves. Toutefois il ne faudrait point ignorer que l'administration de doses trop considérables ou trop longtemps continuées du médicament pourrait entraîner à sa suite les plus sérieux dangers. Tout ce que nous avons dit jusqu'à présent s'applique donc presque exclusivement à la première période de choléra. Dans la période d'algidité confirmée d'autres circonstances modifient le traitement.

II. *Période algide*. — Alors, en effet, que l'on se trouve en présence d'un cholérique cyanosé, aux traits effilés, aux joues creuses, aux yeux cernés de noir et enfoncés dans l'orbite, à la peau glacée, visqueuse, à la circulation périphérique nulle, les indications tirées de la fréquence ou de l'abondance des évacuations disparaissent ou tout au moins s'atténuent devant la nécessité impérieuse de remédier à cette atonie vaso-motrice qui menace à bref délai la vie du malade. Il ne saurait donc que très exceptionnellement être question, dans ces cas, de médications internes, c'est-à-dire administrées par la bouche. Elles seraient presque toujours rejetées par les vomissements ou bien elles resteraient dans l'estomac ou l'intestin diluées par la masse liquide que l'on y retrouve si abondante, alors même que les évacuations ont cessé (*choléra sec*). Ces médicaments seraient incapables d'agir puisque toute absorption se trouve arrêtée. On se contentera donc dans cette période où l'algidité est très marquée, d'essayer les lavements éthérés et opiacés prônés jadis par J. Bouley et formulés comme il suit :

℞ Ether sulfurique	5	grammes
Laudanum de Sydenham	1	—
Eau	200	—

Pour deux lavements.

ou bien encore les lavements additionnés de poudre de musc (1 gramme) ou de teinture de castoréum (quinze à vingt gouttes). Le mieux est de ne pas s'obstiner à épuiser les forces du malade en continuant une médication toujours inefficace et souvent nuisible. C'est ce que le clinicien si expérimenté et si sagace dont nous venons de citer le nom, J. Bouley (1), avait fait remarquer en 1866. « Il en était arrivé, dit le docteur Robbe, à bannir presque constamment de sa pratique la plupart de ces agents d'excitation. Il ne s'adressait plus alors qu'aux procédés les plus tempérants, à l'usage de la glace pilée, de la bière ou d'une autre boisson glacée. Il laissait de plus le malade dans une immobilité qu'il croyait favorable à la spontanéité de la réaction. On ne le frictionnait que pour le soulager d'une crampe : en dehors de cette indication spéciale, on le laissait enveloppé de couvertures de laine et de boules d'eau chaude qui pouvaient lui apporter la chaleur que ses propres combustions intimes sem-

(1) On consultera avec fruit sur ce sujet une excellente thèse de M. le docteur Robbe (de Cauterets), qui résume les enseignements de son maître, J. Bouley, et indique le traitement auquel il s'était arrêté. Paris, A. Coccoz, 1871.

---

souffre; c'est ce qui arriva pour la laïcisation des hôpitaux. Il y eut scission dans le corps des médecins; si la question était restée purement doctrinale on se fût vite entendu; personne n'eût osé affirmer, sauf les catholiques, la nécessité de conserver un caractère confessionnel à des institutions de bienfaisance. Mais dans l'ardeur de la lutte on ne vit plus le principe; les défenseurs des religieuses louèrent leur abnégation, leur dévouement, firent valoir les services qu'elles ont rendus; rien de plus juste. En revanche certains d'entre eux, par amour du constraste, déprécièrent avec une énergie convaincue les personnes par lesquelles on voulait les remplacer; ce n'était plus tout à fait équitable; avant de blâmer une corporation laissez-lui au moins le temps de faire ses preuves et de s'organiser. Plus tard on en vint aux grands mots : abus, persécution, pour un peu le Conseil municipal de Paris devenait le continuateur de cette Commune de 93, dont la modération ne fût certes pas la vertu dominante.

Bien des gens auraient été assez surpris d'apprendre, au moment où la lutte était arrivée à son maximum d'intensité, que le problème qui paraissait local, propre à Paris, et créé exclusivement par l'intolérance jacobine de son Conseil, était posé en même temps dans un pays protestant et conservateur, en Prusse. Les catholiques forment partout un parti actif, remuant, qui ne désarme jamais, parce qu'il appuie ses revendications sur la conviction qu'il a seul la vérité. Il y a donc en Prusse nombre d'hôpitaux et d'asiles publics qui sont tenus par des religieuses. Au temps du *Culturkampf* et des lois de mai, on ne les ménagea guère; pour un peu on les eût traitées comme les Récollets ou les Dominicains, qu'on engagea poliment à franchir la frontière. Les choses sont changées; si le chancelier de fer n'est pas encore arrivé à Canossa, il est depuis longtemps sur le chemin. Les sœurs ont conservé leurs maisons, il paraît cependant que les procédés de l'administration, envers elles, laissent parfois à désirer. A la séance du 22 février dernier, de la

blaient lui refuser. » De son côté, et à la même époque, M. le docteur Ernest Besnier affirmait aussi que la plupart des moyens employés pour exciter l'organisme sidéré ou manquent le but ou le dépassent infailliblement... « Il nous aurait donc été parfaitement inutile, ajoutait M. Ernest Besnier, de faire une revue rétrospective des médicaments et des médications usités, tous étant, en dernière analyse, à peu près également bons ou également insuffisants et dangereux; aussi nous sommes-nous borné à convier les praticiens dans une voie nouvelle en nous servant, à titre d'exemple seulement, des injections veineuses et de l'hydrothérapie; les injections permettant l'introduction directe dans le système circulatoire de l'eau, simple ou chargée de substances médicamenteuses; l'hydrothérapie fournissant les moyens d'obtenir une réaction exempte des accidents que déterminent à peu près irrévocablement, quand l'absorption se rétablit, les médications excitantes quelles qu'elles soient. » Nous avons tenu à citer textuellement ces paroles pour bien montrer qu'il y a près de vingt années les médecins les plus expérimentés protestaient déjà contre l'abus des médications internes dans le choléra algide. Nous serions donc tenté *de les proscrire toutes*, de même que nous condamnons *tous les purgatifs* dans la période prémonitoire. Toutefois, reconnaissant que, même dans les cas désespérés en apparence, il est possible de répondre, dans une mesure utile et convenable, aux indications à remplir, nous ajouterons que, dans des conditions exceptionnelles, certains excitants diffusibles, et en particulier l'alcool et l'acétate d'ammoniaque, peuvent encore être tolérés et agir favorablement. On continuera donc, même dans la période algide, lorsqu'il y a en même temps prédominance des symptômes gastro-intestinaux, les potions ou les gouttes dont nous avons donné les formules, *si ces potions ne sont pas immédiatement rejetées par le vomissement* et si, après avoir été prises, elles semblent réveiller le malade, arrêter la diarrhée et les vomissements, diminuer ses angoisses et favoriser la calorification. S'il n'en est point ainsi, on ne devra pas hésiter à renoncer très rapidement à toutes les potions et se borner à faire absorber au malade quelques cuillerées de champagne frappé, de limonade vineuse, de punch glacé, etc., pour s'appliquer à le faire bénéficier des résultats que peuvent donner : 1° les procédés de calorification périphérique; 2° les pratiques hydrothérapiques; 3° les injections hypodermiques; 4° les inhalations médicamenteuses; 5° quand toutes ces méthodes ont échoué, les injections intraveineuses.

En classant arbitrairement en apparence ces diverses médications, nous ne prétendons nullement indiquer qu'elles ne devront être essayées que successivement et dans un ordre prédéterminé. Un médecin tant soit peu éclairé saura toujours comprendre les indications qui nécessitent chacune d'elles; il n'hésitera pas à les substituer les unes aux autres s'il le juge utile. Mais pour mettre un peu d'ordre dans cet exposé nous avons dû étudier chacune d'elles isolément.

1° *Echauffement direct.* — Le cholérique algide est refroidi; la circulation périphérique est presque nulle; il importe donc de réchauffer le malade et, pour y parvenir, de ramener la chaleur périphérique en agissant sur le système nerveux vaso-moteur. C'est dans ce but que conviennent non seulement les frictions à l'alcool, à l'essence de térébenthine, à l'ammoniaque, etc., les applications autour du malade de briques chaudes, de boules d'eau chaude, de couvertures de laine, etc., mais encore les révulsifs sous forme de sinapismes, du marteau de Mayor promené sur le creux épigastrique, de pointes de feu superficielles au même niveau ou bien le long de la colonne vertébrale, ou encore de faradisations sous-claviculaires ou cervico-abdominales. Mais tous ces moyens externes échouent dans les cas où l'algidité est très prononcée, où la peau ne réagit plus aux excitations les plus vives, où le vésicatoire lui-même ne soulève plus l'épiderme. C'est alors qu'aux frictions qui ne feraient qu'excorier inutilement la peau et fatiguer le malade il faudra préférer les pratiques hydrothérapiques que J. Bouley et après lui le docteur A. Robbe ont surtout recommandées (1).

2° *Pratiques hydrothérapiques.* — Dès l'année 1848, Burgnières, à Smyrne, s'était bien trouvé des applications de drap mouillé. « Dépouillés de tout vêtement, les malades étaient enveloppés dans un drap trempé dans de l'eau de puits et recouverts ensuite de couvertures de laine; ils étaient ainsi laissés deux heures, pendant lesquelles on leur donnait

(1) Au moment où cet article était imprimé, nous recevions de M. le docteur Arnaud, médecin-major au 12° de ligne à Perpignan, l'indication d'une méthode de calorification qui, dans l'épidémie actuelle, lui a rendu de grands services. Protestant avec énergie contre l'abus des frictions qui écorchent la peau du patient et ne le réchauffent guère, M. le docteur Arnaud recommande de faire usage d'une lampe à alcool, à trois ou quatre becs au maximum, munie d'un tube coudé qui, arrivant sous les couvertures du malade (relevées à l'aide d'un cerceau), réchauffe celui-ci en provoquant une sudation abondante. Par ces bains de vapeur, ou mieux d'air chaud, M. le docteur Arnaud nous dit avoir chauffé rapidement et sauvé cinq cholériques appartenant au 12° régiment et un cholérique venant du 100° régiment de ligne.

chambre des députés de Berlin, deux membres du centre catholique, MM. Herreman et Stablewski s'en sont plaints avec amertume. Cette plainte a amené M. Virchow à la tribune. Son intervention dans le débat avait d'autant plus d'intérêt qu'il avait pris naguère parti pour les sœurs, et qu'il exprimait probablement l'opinion de la majorité des progressistes.

« Je m'intéressais beaucoup autrefois, dit-il, aux revendications du centre parce que dans le feu du *Culturkampf*, on avait été trop loin. J'avoue que des surveillantes n'ayant point le caractère confessionnel représentent pour moi un idéal; que j'aurais toujours été heureux que ces personnes fussent exclusivement laïques, de sorte que je ne saurais m'associer à l'agitation qu'on veut faire aujourd'hui en faveur des religieuses. Je reconnais volontiers qu'on n'a eu jusqu'à ce jour avec les surveillantes laïques que des résultats assez faibles.

M. Windhorst. Dites misérables.

M. Virchow. Je vais essayer de vous démontrer, M. Windhorst, que vous venez de dire une chose qui n'est pas juste, parce que vous ne connaissez qu'imparfaitement la question.

M. Vindhorst. Je la maintiens.

M. Virchow. Je vais tâcher de vous prouver que les laïques font aussi bien leur service que les sœurs; je reconnais seulement que votre organisation est plus complète et meilleure; mais il ne faut point traiter ces choses-là en fanatiques ou en catholiques exagérés; regardons-nous les uns les autres comme des hommes. Pour vous nous sommes des païens, mais avouez que nous sommes aussi des hommes, écoutez-nous comme tels et discutez non pas au point de vue de l'Eglise et de ses intérêts, mais au point de vue de l'humanité. Je ne voudrais à aucun prix, je le répète, que l'organisation du service des malades eût un caractère confessionnel. Je vous fais même une concession à propos d'un point sur lequel j'ai été naguère en contradiction formelle avec les Israélites. J'ai toujours admis que la charité est une conquête du christianisme, que l'antiquité ne l'a

à boire, tous les quarts d'heure, une tasse d'eau fraîche. Quel que fût le degré de l'état algide, au bout d'une demi-heure, la chaleur se ranimait; on réappliquait alors le drap mouillé, dont on répétait l'emploi deux ou trois fois. » C'est aussi au drap mouillé qu'eut recours M. Ernest Besnier dans l'épidémie de 1866 à l'hôpital Saint-Louis. M. Fournier leur préférait alors les affusions froides ; et c'est à la même méthode hydrothérapique qu'avait le plus souvent recours J. Bouley. « Une baignoire est préparée, dit-il, à proximité du lit du malade et à l'avance sont remplis d'eau froide cinq à six brocs de la contenance de huit à dix litres chacun. Alors le malade est mis compètement à nu et déposé au fond de la baignoire, au milieu de laquelle on le maintient assis. A cet effet un aide, placé en face du malade, lui tient solidement les mains pour le soutenir sur son séant. Le médecin se place alors à la tête de la baignoire, monte sur un tabouret le plus élevé possible et verse de haut et largement le contenu des brocs remplis à cet effet. Il a soin que l'eau coule le long du dos, du cou et sur les épaules. Puis, l'aide laissant aller un peu le malade en arrière, l'eau viendra successivement tomber sur la tête, la poitrine et sur l'abdomen. Pendant ce temps le patient éprouve une violente perturbation et il traduit son saisissement par quelques cris. L'affusion durera de la sorte deux minutes à deux minutes et demie ou même trois minutes. Pour mesurer cette durée, le médecin se guidera sur la façon dont l'affusion est supportée par le malade. Aussitôt celui-ci est enveloppé dans un drap chaud, retiré de la baignoire et très rapidement essuyé, puis on l'ensevelit dans une large couverture de laine. Un aide le soutient pendant ce temps dans la position verticale autant que possible, puis le malade est aussitôt couché et chaudement couvert. Alors on lui administre en grande abondance et autant qu'il le désire de petits fragments de glace qu'il suce avidement (nous préférerions le punch chaud ou le champagne frappé suivant la tolérance). C'est presque toujours dès ce moment même, que le malade témoigne d'un bien-être inespéré. Cette affusion sera répétée suivant les besoins une fois tous les jours ou matin et soir. »

Nous avons voulu reproduire dans tous leurs détails ces préceptes de thérapeutique si clairement et si complètement exposés par J. Bouley afin de les mieux recommander, dans certains cas bien déterminés, aux médecins qui paraissent n'en avoir eu dans l'épidémie actuelle aucune connaissance. Nous ne voyons point, en effet, ni dans les documents qui nous ont été adressés, ni dans les articles publiés jusqu'à ce jour, que, à Marseille ou à Toulon, c'est-à-dire dans les villes où des hôpitaux bien aménagés permettaient l'application des méthodes hydrothérapiques, celles-ci aient été systématiquement utilisées ailleurs que dans le service de M. le docteur Trastour, qui s'en est bien trouvé dans la période de réaction.

Est-ce à dire pour cela que les affusions froides ou même les enveloppements de draps mouillés conviennent à tous les cholériques? Nous ne le pensons point. Mais, en 1866 déjà, J. Bouley et le docteur Robbe avaient bien spécifié les indications qui commandent cette médication. Elle a paru convenir surtout dans les cas où l'algidité était prédominante ou bien alors que les symptômes nerveux (éréthisme gastrique et cardialgie, crampes douloureuses des membres, hoquets pénibles, suffocations ou encore somnolence extrême et prostration des forces) n'avaient pas cédé à la médication interne. C'est donc tout à la fois dans certaines formes de la période algide et dans la période dite de réaction qu'il faut avoir recours à la méthode hydrothérapique. Pour qu'elle soit efficace, il faut que la réaction que l'on espère soit probable ou possible; « il faut, pour rappeler la distinction juste et vraie de Barthez, qu'il y ait *oppressio* plutôt que *prostratio virium*. C'est assez dire que dans les cas de choléra foudroyant, dans ces cas que caractérise plus que la *prostratio*, la *sideratio virium*, dans les cas de choléra suralgides et cyaniques, à marche suraiguë, les affusions froides ne paraissent plus indiquées. »

Dans les formes de ce genre, nous conseillerons plus volontiers les bains chauds additionnés de sel et de farine de moutarde. Le malade serait plongé dans une baignoire remplie d'eau salée (3 ou 4 kilogrammes), recouverte d'un drap, qui lui envelopperait le tronc et permettrait à un aide de le maintenir la tête assez élevée. A l'extrémité de cette baignoire, un autre aide malaxerait dans l'eau du bain un sac de toile renfermant 2 kilogrammes de farine de moutarde *fraîche*. Lorsque, au bout de deux ou trois minutes, la peau aurait bien rougi sous l'influence de ce bain sinapisé, le cholérique serait reporté dans son lit et enveloppé d'un drap chaud et de couvertures de laine. Les bains sinapisés, parfois si utiles dans les fièvres typhoïdes adynamiques, dans les péritonites graves, etc., nous paraissent répondre ici à une indication non moins urgente que les affusions froides. Ils seraient prescrits aux malades atteints de choléra suralgide avec asthénie profonde, cyanose avancée, pouls très petit, bruits du cœur à peine perceptibles. Aux

---

pas connue. Je m'incline devant l'Église catholique qui a montré à l'humanité cette voie nouvelle. Mais il faut aller plus loin : votre charité est malgré tout confessionnelle, elle ne peut s'étendre à l'humanité sans distinction de culte. Je sais qu'il est difficile de créer des institutions charitables en prenant l'humanité pour base; un seul pays y a réussi jusqu'à ce jour : l'Angleterre, et il faut avouer qu'il a de beaucoup dépassé dans ce sens toutes les œuvres catholiques. On ne peut comparer les fondations pieuses de l'Église avec celles des hautes classes anglaises. Allez à Londres et vous verrez combien de personnes appartenant à la plus haute aristocratie portent leur sollicitude dans les taudis des pauvres et s'y font garde-malades. Montrez-nous un endroit où l'Église fasse quelque chose de semblable. Je connais ce que les catholiques ont écrit sur le soin des malades, et je puis soutenir ce que je viens de dire sans diminuer en rien leur mérite. Ne répétons donc point qu'il faut établir l'assistance aux malades sur des bases essentiellement confessionnelles ; c'est faux pour le catholicisme comme pour le protestantisme. Laissons pour un moment toutes les confessions en repos et occupons-nous de la question en hommes. J'ai vu l'assistance aux malades en temps de paix et en temps de guerre, et je dois dire que les religieuses aussi bien que les garde-malades volontaires et laïques méritent une profonde reconnaissance. Ceux qui se sont occupés de la question ailleurs que chez eux en lisant leur journal, qui ont vu comme moi cette assistance aux malades en temps d'épidémie, à la suite des armées en campagne sont forcés d'avouer que jamais ces volontaires de la charité ne se sont montrées plus grandes qu'à notre époque, à tel point qu'elles ont rendu à l'administration sanitaire de l'armée des services pour lesquels elle leur a exprimé sa gratitude de la manière la plus formelle et la plus flatteuse. Je crois que ce qui se produit sous l'influence d'une pensée dominante aux époques d'excitation patriotique peut se produire en temps ordinaire. J'ai con-

cas moyens, conviendrait la méthode de Burguières (drap mouillé et enveloppement de couvertures de laine); aux formes éréthiques avec ou sans algidité, c'est-à-dire dans la période algide ou dans la période de réaction, seraient réservées les affusions froides.

Enfin, s'il n'était pas possible d'installer une baignoire dans la chambre d'un malade ou si la médication hydrothérapique, toujours assez pénible, surtout au début, n'était point acceptée par le malade ou par son entourage, on pourrait essayer les pulvérisations d'éther le long de la colonne vertébrale ou au creux épigastrique ou encore les applications locales d'une vessie de glace aussitôt suivies de frictions stimulantes. Comme on l'a dit souvent, on peut chercher à provoquer la réaction à l'aide de moyens appropriés ; mais on n'arrive guère à réchauffer un cadavre, et c'est pourquoi les applications chaudes réussissent beaucoup moins que les méthodes hydrothérapiques ou les bains sinapisés.

3° *Injections hypodermiques.* — En même temps que ces moyens *externes* peuvent être utiles, la pratique des injections hypodermiques permet d'essayer l'absorption de certains agents thérapeutiques. On a vanté plus ou moins, jusqu'à ce jour, les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, de sulfate neutre d'atropine et d'éther. Les injections de bisulfate de quinine, de curare, de sulfate de strychnine, etc., paraissent au contraire avoir été plus nuisibles qu'utiles.

Les résultats obtenus à l'aide du laudanum ou de l'opium devaient encourager les médecins à continuer, dans la période algide, alors que l'absorption gastro-intestinale est presque nulle, les injections sous-cutanées de *chlorhydrate de morphine*. Elles ont rendu à M. le docteur Trastour « de signalés services dans la période algide, » principalement pour combattre les crampes musculaires ou la cardialgie avec vomissements. « Je sais, ajoute M. Trastour, que M. Rochard a condamné cette médication à la tribune de l'Académie de médecine en lui reprochant de produire une stupeur trop considérable pendant la période de réaction. Je n'ai pas observé ce fait et je certifie que les malades qui sont arrivés à la période de réaction sans avoir été soumis préalablement à l'emploi des injections de morphine ont présenté des phénomènes de stupeur aussi accusés que les autres. » Au contraire, M. le docteur Cunéo, qui a fourni à M. Rochard les renseignements sur lesquels il s'est appuyé pour condamner ces injections, les considère comme inutiles et même comme nuisibles. « L'état asphyxique, dit-il, m'a toujours paru s'accentuer, le pouls faiblir lorsqu'il était encore sensible, la température s'abaisser, l'état comateux s'aggraver; lorsque la réaction commençait, elle a été retardée ou empêchée. »

Le docteur Cunéo a donc essayé les injections de *sulfate d'atropine* à la dose d'un demi-milligramme, puis de 1 milligramme, dose qui — nous le comprenons — n'a pas été répétée plus de quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures. Le médicament était absorbé, ce qu'indiquait une large dilatation de la pupille et, dix minutes plus tard, « le cœur battait avec plus de fréquence et même d'énergie, le pouls devenait plus sensible, la température s'élevait. » En résumé, dit M. Cunéo, « ces injections ont paru manifestement favoriser la réaction. » Les insuccès de MM. Després et Laillier, qui, en 1866, avaient fait usage des injections sous-cutanées d'atropine, ne doivent pas, en présence des résultats annoncés par M. le docteur Cunéo, contre-indiquer de nouveaux essais. D'ailleurs, en associant, comme nous l'avons dit plus haut, l'atropine à la morphine et en réservant ces injections aux cas relativement bénins ou aux cholériques dont l'algidité est peu marquée et le pouvoir d'absorption relativement conservé, on arrivera, sans doute, à combattre certains symptômes douloureux et à considérer la médication dont il est ici question, non comme toujours utile, mais comme exceptionnellement avantageuse et palliative.

Les injections sous-cutanées d'*éther* n'ont pas donné tous les résultats qu'on paraissait en droit d'en attendre. Elles n'ont sans doute jamais été nuisibles. D'après M. le docteur Cunéo, elles ont souvent prolongé la vie des malades ; mais il ne semble pas qu'elles aient réveillé les malades, comme il arrive si souvent dans les cas de coma apoplectique ou épileptique. Après avoir, à plusieurs reprises déjà, assisté à de véritables résurrections provoquées par les injections sous-cutanées d'éther, nous croyons devoir, malgré ce qui en est dit dans les observations que nous avons sous les yeux, les recommander encore à nos confrères. Mais nous pensons que, pour être efficaces, elles devraient être pratiquées non toutes les heures, mais toutes les quatre ou cinq minutes, sauf à les interrompre pendant une heure ou deux après avoir injecté dans le tissu cellulaire le contenu de cinq ou six seringues de Pravaz. L'éther est éliminé si rapidement que pour agir il faut, dans l'espace de quelques minutes, faire absorber plusieurs grammes du médicament. Or, quelque rapprochées qu'elles soient, ces injections sont inoffensives, pourvu que, dans l'espace de quelques heures, on n'ait pas dépassé une dose *totale* qui peut d'ailleurs varier beau-

---

fiance à la sensibilité du cœur humain, même quand elle n'est pas mise en jeu par un motif religieux ; je crois qu'il est possible de trouver une organisation ayant en vue exclusivement le bien de l'humanité, qui ne se rattache point à une église plutôt qu'à une autre, qui comprenne même des membres de différentes églises. Je ne saurais en trouver un meilleur exemple que dans la profession à laquelle j'appartiens. Le médecin n'est-il pas laïque? Lui demandez-vous sa religion quand vous l'appelez? Est-ce elle qui le rend plus actif, plus soigneux, plus humain?

» Personne n'a jamais tenté de faire une classification de médecins d'après leur culte. Pourquoi donc voudriez-vous par ce moyen en établir une des garde-malades? Ce qu'elles font, elles peuvent le faire en se plaçant au point de vue purement humain. (S'adressant au centre.) Ne voudriez-vous point plutôt nous imposer votre volonté? forcer le ministre à la suivre? comme si la charité n'était pas une qualité humaine; mais une qualité exclusivement catholique. Dans ce cas-là seulement vous pourriez formuler hautement vos revendications, élever vos religieuses au-dessus de tout.

» Avouez pourtant qu'on a souvent, dans un but de propagande, dénaturé leur rôle. Les protestants en font autant; il fut un temps où nous étions fatigués de l'unanimité de leurs plaintes contre les sœurs de charité; votre persistance à porter ces questions à la Chambre a une autre signification : vous dites au Ministre qu'il ne devrait plus s'occuper de l'assistance des malades. Soit, s'il ne vous trouvait pas en face de lui à l'état de parti politique organisé; mais, dans les circonstances actuelles, il ne saurait trop se tenir sur ses gardes. »

Cette séance du 22 février, consacrée tout entière à des questions relatives à l'enseignement de la médecine, à la situation des médecins, à l'organisation des services publics est intéressante d'un bout à l'autre : nous regrettons que l'étendue de cet article ne nous permette pas de reproduire le compte rendu tel que l'ont donné plusieurs journaux professionnels

coup suivant les sujets, mais qui n'est que très rarement inférieure à 8 ou même 10 grammes en une journée, à la condition, bien entendu, de suspendre la médication dès que l'effet qu'on en espère aura été obtenu.

L. LEREBOULLET.

(*A suivre.*)

Contributions pharmaceutiques.

SUR LE LAUDANUM DE SYDENHAM.

Depuis longtemps on disserte sur la composition bizarre du laudanum de Sydenham sans jamais tomber d'accord.

Les uns ne comprennent pas l'utilité d'une si grande quantité de safran; les autres veulent remplacer l'opium brut par l'extrait d'opium, et le vin de Malaga, qui dissout malencontreusement toute la narcotine, par de l'alcool à 45 degrés. Tous réclament la suppression de la cannelle et des clous de girofle, dont le tannin précipite la morphine au grand détriment du médicament.

Malgré ces clameurs réitérées, toutes les commissions chargées de rédiger les Codex ont fait la sourde oreille, n'osant pas toucher à une préparation si importante et tant consacrée par l'usage. Ce n'est certes pas de gaîté de cœur qu'elles conservaient la cannelle et le girofle dont elles connaissaient la fâcheuse action; c'est par respect pour le principe et puis, peut-être aussi, parce que, dans la formule, ces deux substances aromatiques se trouvent en très petite quantité.

M. Eugène Daenen, pharmacien à Bruxelles, a trouvé que c'était encore trop; comprenant le respect que l'on doit aux anciens remèdes héroïques auxquels le public est habitué (car qui saura jamais combien d'empoisonnements ont été évités par la forte couleur safranée du laudanum?), il a eu une idée très heureuse que je m'empresse de communiquer à nos lecteurs. C'est de remplacer les 9 grammes de cannelle et de girofle qui entrent dans 1 kilogramme de laudanum par 20 gouttes de chacune de leurs essences. N'est-ce pas d'une frappante simplicité? Tandis que le laudanum préparé selon le Codex forme toujours, au fond des vases, un dépôt assez abondant qui contient une certaine quantité de morphine, celui qui est fabriqué avec les essences ne dépose jamais, quelle que soit la durée de sa conservation, et reste indéfiniment homogène.

M. Daenen a fait des expériences absolument convaincantes. Ceci étant établi, et la formule ancienne étant ainsi respectée, il n'y a plus d'hésitation possible, et nous devons désormais suivre ces sages indications.

Je souhaite même qu'elles trouvent leur place dans la prochaine édition du Codex. Des modifications du genre de celle-ci n'ont pas besoin d'autre sanction; elles tombent sous le bon sens de chacun.

Pierre VIGIER.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Congrès de Copenhague.

(Addition.)

DE L'INFLAMMATION DE L'ŒIL ET DE SES ANNEXES OCCASIONNÉE PAR L'ASTIGMATISME, par le docteur Georges *Martin* (de Bordeaux). — On a considéré pendant longtemps l'œil astigmate comme un instrument d'optique mal construit et n'engendrant sur la rétine que des images déformées; idée qui concordait mal avec cette autre notion, que les astigmatiques étaient capables d'une excellente vision. La connaissance des contractions partielles du muscle ciliaire est venue expliquer pourquoi les images n'étaient pas déformées et pourquoi la vision n'était pas défectueuse. Le défaut optique de l'œil astigmate trouve dans ces contractions partielles un correctif intelligent. Mais la mise en activité de ce correctif ne peut avoir lieu chez beaucoup de sujets astigmatiques, sans troubler la parfaite harmonie des actes nutritifs de l'œil et de plusieurs tissus voisins. Tel est, du moins, l'avis du docteur G. Martin qui voit dans ces contractions la cause de quelques maladies inflammatoires (blépharites, orgeolets, conjonctivites, kératites phlycténulaires, kératites scrofuleuses), et de diverses autres affections oculaires ou péri-oculaires (névralgie temporale, migraine, affections lacrymales, blépharospasme, kystes palpébraux, mouches volantes). La relation de cause à effet entre l'astigmatisme et les maladies inflammatoires ou autres (sus-nommées) se trouve établie, suivant l'auteur: *a.* par la fréquence toute particulière de ces maladies chez les astigmates; *b.* par ce fait plusieurs fois constaté, qu'une ou plusieurs de ces maladies se sont reproduites à diverses reprises chez le même individu, toujours sur le même œil, le seul atteint d'astigmatisme; *c.* par les merveilleux effets thérapeutiques donnés par les médicaments qui paralysent le muscle ciliaire; *d.* par la vertu préservatrice des verres cylyndriques parfaitement correcteurs; *e.* par ce fait que lorsque l'astigmatisme cornéen fait défaut, il est remplacé par l'astigmatisme spasmodique (contraction ciliaire partielle idiopathique).

---

allemands; à côté de détails d'ordre général, il y en a de minutieux sur les mœurs des étudiants, leurs duels, leur intempérance, qu'un député voudrait voir réprimer par des mesures pénales.

M. Virchow, a reproché au ministre M. von Gossler, la multiplicité des nominations de professeurs extraordinaires: « Vous créez de la sorte, a-t-il dit, un véritable prolétariat scientifique. — Nullement, répond le ministre, lorsqu'il n'existe actuellement pas de fonds pour une chaire extraordinaire, nous ne la créons que quand un cours fait par un *privat docent* était d'après la disposition de l'Université et du Collège, des professeurs manifestement insuffisant.

«M. Virchow, va trop loin dans son affirmation. Il prétend également à tort que notre état politique intérieur a diminué le nombre des professeurs allemands, qui émigrent. Cette diminution tient à d'autres causes: les Universités étrangères sont actuellement pourvues, parce que ceux qui y ont occupé antérieurement des chaires, ont fait des élèves et créé des écoles; il ne faudrait pas croire cependant, que cette variété d'exportation soit supprimée, nous avons envoyé, le mois dernier, deux professeurs extraordinaires à Dorpat et un à Bruxelles. Et ces messieurs conserveront toujours d'étroites relations avec les Universités prussiennes qui les ont formés. »

On ne saurait blâmer les Allemands d'étendre par ce moyen leur influence, rien n'est plus légitime; il est seulement regrettable à bien des points de vue, que nous ayons dès le premier jour abandonné la partie, et que par suite de notre centralisation exagérée, de notre système, qui fait de l'enseignement médical une annexe de la pratique, nous ayons laissé les méthodes et les doctrines d'outre Rhin prendre droit de cité à Bruxelles, l'allemand devenir au Japon la langue scientifique de la médecine.

— On a jugé dans le cours de l'année à Carlsruhe, une affaire ou plutôt une série d'affaires passablement scandaleuses,

Congrès de la Haye.

(Suite. — Voyez le numéro 35.)

Travaux des sections.

Commission internationale médicale. — M. le docteur *Van den Corput* était chargé au nom d'une commission composée de MM. de Chaumont, Lewis de Netley, Leroy de Méricourt, et da Silva Amado, de présenter une proposition formulée au *Congrès de médecine des colonies*, au sujet de la formation d'une Ligue internationale médicale, ayant pour but d'instruire réciproquement les nations du développement des maladies infectieuses et d'indiquer les mesures à prendre pour limiter l'extension du mal. M. Van den Corput, indisposé, demande la remise à une séance ultérieure. M. le docteur Proust émet l'avis que la question générale pourrait être laissée provisoirement de côté et que l'on devrait s'occuper d'abord du choléra. Après diverses observations de MM. les docteurs Félix (de Bucharest), Zoéros-bey (de Constantinople) et Alglave (de Paris), Corradi (de Pavie), Crocq (de Bruxelles), Suzor (de Bruxelles), Rochard et Brouardel, la section vote les conclusions ci-après :

1° Le Congrès émet le vœu qu'une nouvelle commission internationale sanitaire se rassemble.

2° Il est désirable qu'on organise une commission internationale permanente d'un caractère exclusivement scientifique pour l'étude des maladies infectieuses et l'indication des mesures prophylactiques; cette commission pourrait siéger à Vienne.

3° Un code international d'hygiène devrait être présenté par cette commission à l'adoption de tous les gouvernements.

M. Félix demande au gouvernement hollandais de prendre l'initiative de cette organisation de la commission sanitaire internationale.

Hygiène des villes et des campagnes. — M. *Schwapach* (de Giessen) développe, en allemand, cette thèse, que le déboisement est dangereux dans les climats tempérés et qu'il faut y garnir les dunes de plantations. Nous ne relevons de ces propositions que celles qui sont vraiment intéressantes pour nos lecteurs. Suivant lui, les effets du déboisement sont les suivants :

1° Les températures extrêmes de l'air aussi bien que du sol sont surélevées.

2° L'humidité relative moyenne de l'atmosphère diminue.

3° La diminution de la quantité d'eaux météoriques par suite du déboisement est nulle ou peu sensible; mais la partie de ces eaux météoriques qui atteint la surface du sol est notablement augmentée.

4° Les terrains à proximité des forêts ne seront plus protégés contre les vents secs.

5° A la suite du déboisement une quantité notable d'eau restera dans le sol, qui auparavant en était extraite soit par l'action de la végétation forestière, soit par l'influence mécanique des racines.

6° Si l'humidité en surabondance n'est plus éloignée par l'action susdite des forêts, le terrain deviendra facilement marécageux.

Plusieurs propositions de ce travail sont contestées. Un membre de la section demande que, malgré ces réserves, le reboisement fasse l'objet de mesures internationales; M. Conrad combat cet avis : la question n'est pas encore assez étudiée. M. le comte de Suzor (de Saint-Pétersbourg) appuie cet avis, qui est adopté.

Falsifications d'aliments. — M. *Brouardel* expose que les falsifications d'aliments se font de mieux en mieux, et que les chimistes officiels sont maintenant aux prises avec des difficultés d'autant plus grandes, que le nombre des falsifications augmente en même temps que leurs variétés et les procédés découverts pour masquer les fraudes. Il demande, comme l'a fait le Congrès de Genève, en 1882, qu'une réglementation internationale soit faite pour arrêter le flot montant. Après une discussion à laquelle prennent part surtout MM. Verpijck, inspecteur sanitaire d'Utrecht et de Gueldre, et Lubelski (de Varsovie), on décide l'envoi à tous les membres du Congrès d'un questionnaire; les réponses qui seront fournies serviraient de base à un projet de réglementation.

Législation de l'hygiène du travailleur. — M. *Napias* (de Paris) développe les propositions ci-après, qui sont l'objet de diverses remarques de la part de MM. Smith (de Londres), Malherbe (de Liége), Custer (de Bâle). M. *Roth* (de Londres) dit à ce sujet quelques mots sur les *maladies des yeux* chez les ouvriers.

On a compris, dans tous les pays, la nécessité d'affirmer, par la loi, les droits de l'État en matière de protection du travailleur.

Il est désirable que dans tous les pays on s'attache à mieux et plus efficacement définir les conditions de l'hygiène du travail.

Cette législation doit comprendre : la salubrité des locaux affectés au travail; la sécurité des mécanismes; les prescriptions relatives à l'âge, au sexe et à la durée du travail; les moyens de protection du voisinage des établissements industriels; les mesures de prévoyance pour les cas de chômage, de maladie ou de vieillesse ; les prescriptions relatives à la

---

vingt-huit dames de la *meilleure société* de Pforhzeim, sont venues s'asseoir sur le banc des accusés. Le ministère public poursuivait en vertu des articles 218 et 219 du Code pénal.

Nous ne savons quel est le texte des articles en question, il nous paraît se rapprocher de ce que la législation française, un peu archaïque dans ses termes, qualifie de suppression de part. Plusieurs sages-femmes étaient au nombre des inculpées; ces aimables personnes avaient agi avec tant de modération et de prudence que le plus souvent l'accident contre lequel on réclamait leur assistance avait suivi son cours.

Malgré tout, la tentative était là; la cour, en accordant des circonstances atténuantes, n'a pu faire autrement que de frapper ces dignes personnes et leurs clientes de la *meilleure société* de de Pforzheim de peines variant de quinze jours à deux mois d'emprisonnement.

C'est égal l'Allemagne qu'on nous a présentée si souvent comme la terre classique de la simplicité patriarcale et de la pureté des mœurs, cette blonde et vertueuse Germanie renferme un certain nombre d'îlots qu'il serait peut-être dangereux d'offrir comme modèle au monde civilisé.

A la première page du *Berliner klin. Wochensch.*, du 11 février 1884, on lisait l'annonce suivante :

« On a besoin d'un médecin pour un poste de confiance dans une entreprise. Traitement : 3500 à 3600 marcs, frais de voyage en plus. »

Pour un jeune homme, l'offre était tentante, le traitement n'avait rien d'exagéré, mais si l'on ajoute aux émoluments l'attrait de voyages sans frais, il y avait assurément de quoi mettre plus d'une imagination en jeu.

Un des correspondants de l'industriel anonyme, fit part au journal, dans lequel avait paru l'annonce, de sa surprise et de son désappointement. Le poste de confiance, c'était la situation très honorable, très honorée de courtier pour une spécialité pharmaceutique lancée par une grande maison de

salubrité des habitations; la construction de logements à bon marché.

La législation protectrice du travail doit tenir compte de la prématuration, c'est-à-dire des conditions fâcheuses qui résultent d'un travail commencé trop jeune ou d'une excessive durée journalière. Elle doit prévoir aussi pour les femmes les précautions exigées au point de vue social pour la protection de la fonction maternelle. La durée du travail pour l'ouvrier adulte ne saurait être réglée que de gré à gré et par libre contrat.

STATISTIQUES DE LA MORTALITÉ. — M. *Kummer* signale comme l'une des plus grandes défectuosités des statistiques, le défaut d'homogénéité. D'après lui, il est désirable que les bulletins de mortalité indiquent ou permettent de calculer directement au moyen des chiffres publiés :

La mortalité de la première année de vie (0 an);

La mortalité de la période quadriennale suivante (1 à 4 inclus);

A partir d'ici, la mortalité par classes d'âge de 5 ans, jusqu'à l'âge de 20 ou 25 ans;

A partir d'un âge fixé par voie d'entente internationale, la mortalité par classes d'âge de 10 ans.

D'après l'auteur, également, toutes les indications concernant la mortalité dans les diverses professions ou relatives aux différentes causes de mort doivent être faites en tenant compte des classes d'âge mentionnées.

Enfin, les causes de mort, au sujet desquelles il est particulièrement désirable d'établir des comparaisons internationales, doivent être énumérées et définies exactement.

CHOLÉRA ET QUARANTAINES. — M. *Dutrieux-bey* (d'Alexandrie) lit un travail sur la dernière épidémie d'Egypte. La période épidémique est toujours précédée d'une période prémonitoire. Il rappelle les observations qu'il a faites à Toulon (ce sont elles dont il a été question à l'Académie de médecine de Paris). Le choléra n'a pas été importé. Il n'y a pas deux espèces de choléra.

Ces affirmations sont combattues par MM. Proust, Brouardel, Rochard et Zoéros-bey; ce dernier soutient que toutes les épidémies cholériques de Constantinople ont été importées.

Nous n'insistons pas sur cette discussion, dont nous avons à Paris la répétition sur une plus grande échelle.

ASSAINISSEMENT DES VILLES. — M. *Bergsma* (d'Amsterdam) lit un rapport sur le système du capitaine Liernur, et entre à ce sujet dans des détails techniques.

M. *Durand-Claye* (de Paris) croit que le système doit varier suivant les localités; que celui de Liernur, bon peut-être pour Amsterdam, pourrait ne pas l'être ailleurs. Exagérant ensuite les avantages du *tout à l'égout*, il passe en revue la maison, la rue et le dehors de la ville. *A la maison*, le premier but à poursuivre est l'abondance de l'eau, et le siphon est préférable à tous les appareils mécaniques. *Dans la rue*, le parcours des matières doit être rendu le plus rapide possible; elles doivent être diluées dans une très grande quantité d'eau. Si les égouts ne présentent pas les conditions voulues, y suppléer par des tubes spéciaux jusqu'à la jonction avec des égouts d'une pente suffisante. *Au dehors* de la ville, irrigation dans les terrains épurateurs.

M. *Duverdy* (de Paris) regarde l'irrigation comme très dangereuse pour la santé publique. Une discussion s'engage, à laquelle prennent part M. *Smith* (de Londres), M. *Robinet* (de Paris), M. *Neujan* (de Liège), M. *Michelin* (de Paris), M. *Emile Trélat* et M. *Durand-Claye*. Ces trois derniers orateurs combattent vivement l'opinion de M. Duverdy.

M. E. Trélat dit en substance :

Si les surfaces formées par les 600 hectares de Gennevilliers et les 1400 hectares d'Achères sont insuffisantes, ce qui est à démontrer, on étendra la superficie épurative. Pendant l'hiver, le pouvoir épurateur du sol n'est pas arrêté et l'épuration continuera jusqu'à ce que les conditions météorologiques permettent la reprise de l'utilisation par les plantes. En cas de grande crue, la Seine aura la vitesse et la masse pour elle, et l'addition des eaux d'égout pendant quelques jours sera sans influence. Quant au *feutrage* du sol, M. Duverdy nous en a épargné l'objection; le succès de Gennevilliers ne permet plus d'en parler. Il est temps de cesser d'opposer quelques intérêts privés à un intérêt d'hygiène publique et générale.

Et M. Durand-Claye :

L'épuration des eaux d'égout est la clé de tout le système d'assainissement d'une ville, car elle permet de charger les eaux de toutes les immondices et d'adopter les procédés les plus simples d'assainissement. A Paris, l'étude de cette question, la rédaction des projets et l'application en grand ont été faites sans se préoccuper de l'addition des vidanges; car, même sans ces matières, les eaux d'égout sont infectes et ne peuvent être versées directement dans les rivières; c'est un fait d'expérience qu'oublient trop ceux qui s'occupent uniquement des vidanges isolées. Mais, dès que l'épuration est assurée, on peut ajouter sans crainte les vidanges dont le cube est insignifiant, 2500 mètres cubes à Paris contre 300 000 mètres cubes d'eaux d'égout. L'expérience a parlé contre M. Duverdy et l'a condamné à Gennevilliers; il en sera de même plus loin. On suivra à Achères exactement les procédés actuels; pendant l'hiver l'eau se filtrera et se purifiera grâce au microbe oxydant, si bien étudié par M. Schlesing et Müntz : en 1883, 1 200 000 à 1 900 000 mètres cubes ont été versés par mois pendant tout l'hiver à Gennevilliers, et souvent la dose a atteint 100 000 mètres cubes par jour.

LA FIÈVRE JAUNE. — M. *Caro* (de Madrid) demande que le gouvernement prenne à l'égard de la fièvre jaune les

---

droguerie. Le produit était efficace, d'un placement facile; préconisé par un véritable docteur près de ses confrères et dans les bonnes pharmacies, il ne pouvait manquer d'obtenir en peu de temps, un succès dépassant toutes les espérances.

Dire que le praticien auquel on faisait cette offre merveilleuse, eût la mauvaise grâce de la considérer comme une simple plaisanterie, et de le publier !

Dr L. THOMAS.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec un vif regret la mort du docteur Pestel, président de l'Association des médecins de l'Indre. Il avait cinquante-six ans.

— On annonce également la mort de M. le docteur Emile Blanc (de Lyon). Il s'était consacré à la spécialité des maladies du larynx.

BUREAU DE BIENFAISANCE DU IIe ARRONDISSEMENT. — MM. les médecins du IIe arrondissement sont avisés que, le mardi 16 septembre 1884, il sera procédé à l'élection d'un médecin.

COURS COMPLET D'ACCOUCHEMENTS. — M. le docteur Verrier, préparateur à la Faculté de médecine, commencera ce cours le lundi 15 septembre prochain, à quatre heures, 129, rue Saint-Honoré, près la rue du Louvre. Les leçons auront lieu tous les jours à la même heure, le jeudi excepté. Le cours sera terminé pour la rentrée, en novembre. Exercices pratiques avec le nouveau forceps.

On s'inscrit, 129, rue Saint-Honoré, de une à trois heures.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Avis important.* — Aux termes du règlement sur le service de santé, les étudiants en médecine qui désirent prendre part au concours pour les places d'externes sont tenus de produire, indépendamment des autres pièces exigées, un certificat de vaccine. MM. les candidats sont prévenus qu'à l'avenir, et pour le concours qui doit s'ouvrir le 9 octobre prochain, cette pièce devra être remplacée par un *certificat de revaccination* dûment légalisé et portant une date récente.

mêmes mesures qu'à l'égard du choléra. Cette proposition, appuyée par M. Layet, est adoptée.

L'hygiène en Turquie. — M. *Zoéros-bey* s'élève contre l'opinion que la religion musulmane porte obstacle à l'application des lois de l'hygiène et indique les progrès déjà faits dans cette voie par la Turquie.

La restriction volontaire des naissances. — M. *Layet* (de Bordeaux) donne lecture du rapport qu'il avait été chargé de faire sur la restriction volontaire apportée dans la procréation au point de vue de ses conséquences individuelles et sociales.

La restriction volontaire de la natalité est une cause d'amoindrissement et de déchéance pour l'avenir du pays; elle favorise aussi l'illégitimité. En France, en prenant les neuf départements où la natalité légitime est la plus faible et les neuf départements où elle est la plus forte, on voit que dans la première série le coefficient d'illégitimité est le plus élevé et qu'au contraire il est plus faible dans la dernière série.

La restriction volontaire est, en outre, une cause de surexcitation et de trouble pour le système nerveux. Si l'on compare entre eux le chiffre des aliénés dans les asiles et les chiffres de natalité des départements, on trouve que c'est dans les neuf départements où les époux ont le moins d'enfants, que le nombre proportionnel d'aliénés séquestrés par rapport à la population est le plus élevé. Le contraire a lieu pour les neuf départements où les époux ont le plus d'enfants. M. Layet n'indique pas, il soupçonne les remèdes à appliquer au mal de la restriction volontaire : favoriser les mariages — encourager et récompenser les grandes familles — développer les tendances à l'expansion colonisatrice du pays où la restriction est en honneur.

Les chiffons infectés. — M. *Ruysch* (de Maestricht) insiste sur le danger des importations de chiffons infectés. Il est bien entendu que cette question sera traitée au prochain Congrès.

Instruction et gymnastique. — M. *Menno-Huizinga* (de Harlingue) lit un mémoire pour prouver qu'on fatigue le système nerveux des enfants en cherchant à développer le *savoir* plutôt que le *pouvoir*.

A cette occasion, MM. *Lubelski* (de Varsovie) et *Zoéros-bey* insistent sur la surcharge des problèmes scolaires, après quelques observations de divers membres, et la section adopte la proposition faite par ce dernier de rendre les exercices gymnastiques obligatoires, et de n'imposer aux enfants qu'un travail intellectuel en rapport avec les âges et avec leur développement physique.

Contagion de la phthisie pulmonaire. — M. *Corradi* (de Pavie) : La Société italienne d'hygiène, ayant établi une enquête, a reçu 680 réponses. Pour la contagion, 59; contre, 124; sans indication précise, 497. L'orateur demande que l'enquête soit étendue à tous les pays de l'Europe, avec formulaires uniformes. (Ce vœu est accueilli.)

M. *Vallin* regarde comme démontrée la contagiosité de la phthisie dans certaines conditions; il formule les propositions suivantes, qui sont adoptées :

Il ne faut jamais partager la chambre et le lit d'un tuberculeux arrivé à un terme avancé de consomption.

La chambre d'un phthisique doit être constamment aérée et ventilée.

Le danger réside surtout dans les crachats, qui ne doivent jamais être projetés sur le sol ni sur des linges, où en se desséchant ils dégagent des poussières suspectes.

Les chambres, les literies et les vêtements ayant servi aux phthisiques doivent toujours être désinfectés. La vapeur à 100 degrés et le lavage à l'eau bouillante sont les meilleurs moyens de désinfection.

Les convalescents des maladies de poitrine, les sujets faibles et épuisés doivent surtout éviter le contact prolongé avec les tuberculeux.

Prophylaxie des maladies contagieuses. — M. *Van Tienhoven* (de La Haye). L'orateur, qui a en vue spécialement le choléra, voudrait que le médecin fût enfermé avec les malades dans des lazarets spéciaux, et que les effets des malades fussent brûlés.

MM. Lunier, Rochard et Vallin font ressortir l'impraticabilité de ces mesures, surtout en ce qui concerne le médecin.

Société universelle de défense contre les épidémies. — Une proposition de M. *Raymondaud* (de Limoges), tendant à instituer une Société sanitaire internationale agissant à ses frais sous les auspices des gouvernements, et entretenue par des dons volontaires, est votée à l'unanimité. Le comité d'organisation du prochain Congrès nommera une commission *ad hoc*.

A ce sujet, une discussion s'engage sur l'utilité des quarantaines; une proposition faite dans une précédente séance par M. Dutrieux, tendant à les supprimer, est rejetée. M. *Liouville* propose d'émettre le vœu qu'il soit créé dans chaque pays une *Direction de la santé publique*. (Adopté.)

Couleurs d'aniline. — M. le docteur *Poincarré* (de Nancy) a lu à la quatrième section un important mémoire sur les couleurs d'aniline. Il s'est demandé si, à l'état de pureté, c'est-à-dire en l'absence de toute trace d'arsenic, on devait considérer ces matières comme toxiques; et, par de nombreuses expériences de laboratoire, il est parvenu à faire une classification par ordre de toxicité. La fuchsine à l'état de pureté occupe un rang très inférieur et peut être considérée comme à peine dangereuse, même à une assez forte dose. Ces recherches aboutissent, en tous cas, à cette conclusion qu'il est toujours imprudent d'ajouter aux substances alimentaires des couleurs dérivées de la houille, tant à cause de leur état fréquent d'impureté qu'à cause des propriétés toxiques non douteuses que quelques-unes possèdent à l'état de pureté.

M. le docteur Henri *Napias* pense que les couleurs dont M. Poincarré a parlé peuvent être dangereuses autrement encore que par leur mélange avec des substances alimentaires. Certaines, comme l'éosine que M. Poincarré juge inoffensive, déterminent, chez les travailleurs qui les manient, des sueurs profuses très fatigantes, et d'ailleurs c'est malheureusement sous forme de laques de plomb que ces couleurs sont employées industriellement.

M. *Clouet* (de Rouen) s'élève contre l'adjonction de toute substance étrangère quelconque à une substance alimentaire.

La prévention de la cécité. — M. le docteur *Roth* (Hongrois d'origine) a fondé à Londres une *société pour la prévention de la cécité*. Il a énuméré les différentes causes de cécité en exhibant un diagramme qui permettait à l'assistance de suivre ses explications. Cécité congénitale, 3,83 pour 100; maladies des yeux, 67,07; accidents et traumatismes, 10,72; diverses maladie extra-oculaires pouvant amener la cécité, 18,07. L'ophthalmie des nouveau-nés produit à elle seule 11 pour 100 de cécité; la variole, 2,21 pour 100.

Il résulte des chiffres produits par l'orateur qu'il y a actuellement 320 000 aveugles en Europe et, après avoir supputé l'énorme perte de travail qui en résulte pour la société, il demande secours aux hygiénistes et aux économistes contre cette calamité.

Séances générales.

EAUX POTABLES. — M. *Crocq* (de Bruxelles) établit par diverses considérations que les eaux qui réalisent le mieux les conditions hygiéniques sont celles des sources, des lacs, puis celles des rivières coulant dans des pays de montagnes peu habités, peu cultivés et dépourvus d'industries.

LE MÉCANISME DE LA MARCHE. — M. le professeur *Marey* a fait, avec un grand succès, une sorte d'histoire de la *méthode graphique* appliquée à la marche. Il a décrit avec un grand succès les ingénieux appareils à l'aide desquels il est parvenu à inscrire ou à photographier les divers mouvements de l'homme et il signale les faits suivants :

1° Les hauts talons raccourcissent d'une manière fort sensible l'espace franchi à chaque pas, tandis que les bottines trop longues augmentent ce même espace. Cette augmentation de vitesse se produit jusqu'à un certain degré seulement, degré assez vite atteint. De même, en augmentant le nombre de pas exécutés en une minute, on augmente l'espace parcouru; mais on ne peut pas l'augmenter ainsi indéfiniment : au delà d'un certain nombre de pas, l'espace réellement franchi reste constant, puis diminue, quoique les jambes se meuvent plus vite, parce que l'amplitude des pas diminue de plus en plus.

2° De même encore pour le saut. Quand on saute deux fois de suite, le second saut est plus grand que le premier, bien que l'effort soit resté le même; mais il faut pour cela qu'il n'y ait aucune interruption entre les deux sauts, et M. Marey explique ce résultat étrange en admettant que le premier saut a laissé dans le muscle une certaine quantité de chaleur qui se transforme en mouvement pour le second saut. Mais, si on laisse le muscle revenir à sa température normale, le second saut sera au contraire moins haut que le premier, à cause de la fatigue du muscle. Pour expliquer ce fait, M. Marey entre dans quelques explications sur le mécanisme de la contraction musculaire. Lorsqu'on tire un fil de caoutchouc non vulcanisé, il s'allonge et s'échauffe en même temps; si on lâche l'extrémité tirée, il se raccourcit et la chaleur disparaît brusquement; cette chaleur a donc été transformée en mouvement, et c'est elle qui a produit la contraction du fil de caoutchouc. Pour le prouver, il suffit de tirer de nouveau le fil de caoutchouc et de le faire glisser alors contre un verre rempli d'eau glacée qui lui enlève sa chaleur. On peut alors l'abandonner à lui-même sans qu'il change de longueur, parce que son foyer moteur s'est éteint; mais prenez-le dans la main, et vous le sentirez se raccourcir très vite entre vos doigts au fur et à mesure qu'il se réchauffera. M. Marey pense que la fibre musculaire agit de même; il faut qu'une action extérieure — un excitant — l'allonge comme notre main le fait pour le fil de caoutchouc. Le mouvement ainsi produit laisse de la chaleur dans le muscle, et c'est cette chaleur qui provoque ensuite sa contraction. On comprend maintenant pourquoi le second saut peut être plus haut que le premier, malgré l'effet de la fatigue, et on voit aussi combien tout cela change les idées courantes sur la nature de la contraction musculaire.

LES ENFANTS SANS FAMILLE. — Une *femme-médecin*, Mme *Bowel-Sturge* (de Londres), a fait sur ce sujet une conférence intéressante. En Angleterre (y compris le pays de Galles), il y a 240000 enfants vivant de la charité ou des ressources de l'Etat; les 60000 environ dont l'Etat a la charge étaient réunis autrefois dans de grandes écoles faisant partie des *workhouses*, où le contact des mendiants et des individus sans ouvrage leur était souvent funeste. Aujourd'hui on les envoie aux écoles communales; c'est la règle générale. Mais beaucoup sont envoyés à la campagne dans des maisons ad hoc; d'autres élevés chez des particuliers en vertu d'une loi de 1870. *Quatre-vingts* comités de dames s'occupent de placer ainsi les pensionnaires; on a déjà obtenu ainsi une grande amélioration pour la santé physique et morale de ces enfants.

VALEUR ÉCONOMIQUE DE LA VIE HUMAINE. — Dès la première séance générale M. *J. Rochard* (de Paris) a fait, sous ce titre, une longue et importante conférence, qui a vivement excité les sympathies de l'Assemblée.

« La valeur économique de la vie humaine, dit M. Rochard, n'a pas encore été soumise au calcul. Les hygiénistes anglais qui se sont occupés de la question : MM. Chadwick, Farr, Douglas, Gatton, James Paget, ne l'ont envisagée qu'à un point de vue spécial et non dans son ensemble, comme je vais le faire, parce que j'ai pour but de m'appuyer sur des calculs pour démontrer les trois aphorismes suivants :

1° Toute dépense faite au nom de l'hygiène est une économie;

2° Rien n'est plus dispendieux que la maladie, si ce n'est la mort;

3° Pour les sociétés, le gaspillage de la vie humaine est le plus ruineux de tous.

Pour soutenir cette thèse, je vais établir d'abord ce que la mort et la maladie coûtent aux nations; je prouverai ensuite qu'il leur est possible de diminuer cette rançon et que l'hygiène est en mesure dès à présent de leur en fournir les moyens.

Il en coûte au médecin plus qu'à tout autre de traiter la vie de ses semblables comme une marchandise; je ne veux pas m'arrêter devant cette question de sentiment, mais je tiens à faire mes réserves. La vie humaine n'a pas de prix quand on l'envisage sous son côté moral et immatériel; mais à côté de cette valeur qu'on ne peut pas chiffrer, elle en a une toute matérielle, et c'est la seule que la loi envisage, et c'est celle qu'on a en vue dans tous les contrats d'assurance sur la vie. Cette valeur économique varie à l'infini, mais elle est surtout influencée par l'âge, le sexe, la résidence et la position sociale. Elle grandit depuis la naissance jusqu'à l'âge de l'activité complète, reste un instant stationnaire pour décliner jusqu'à la vieillesse, où l'homme devient une non-valeur, comme l'infirme, l'aliéné, l'oisif. Elle est moindre chez la femme que chez l'homme, chez l'habitant des campagnes que chez celui des villes; elle s'accroît avec l'élévation du niveau social.

A l'aide de ces éléments, dont les derniers m'ont été fournis par la statistique officielle, j'ai divisé la France en petits groupes dont j'ai calculé la valeur; j'en ai fait la somme et j'ai trouvé que la population entière de la France représentait une somme de 41 milliards 321 236 656 francs; ce qui, pour 36672048 habitants, donne 1097 francs par tête. Ce chiffre est beaucoup plus faible que ceux de Chadwick (200 liv. st.), de Farr (159 liv. st.), des Américains (3500 dollars); mais je le crois plus rapproché de la vérité.

D'après cette donnée, les 858237 décès qui ont eu lieu en 1880, année normale que j'ai prise pour type, représentent 940686444 francs. En y joignant les frais de sépulture que j'ai négligés, on arrive à 1 milliard. C'est là notre dîme mortuaire.

Pour celle de la maladie, j'ai pris pour point de départ les comptes de l'Assistance publique. En 1880, il a été traité dans les hôpitaux de France 462257 malades qui ont fourni 15904373 journées, soit 34 journées par malade. Elles ont coûté 31808756 francs, soit 2 francs par journée. Il est mort 41911 malades, soit 9 décès pour 100. La perte de travail résultant de ces journées de maladie, à 2 francs pour l'homme et 1 fr. pour la femme, donne une somme de 22087419 francs représentant les frais de chômage; ce qui fait 53896175 francs pour le tout. Un simple calcul proportionnel permet, le nombre des morts étant connu, de faire le compte des pertes entraînées par les maladies à domicile. Elles s'élèvent en tout, à 654524408 francs, ce qui donne 708420583 francs pour la dîme de la maladie. En la joignant à la dîme mor-

tuaire, on trouve un total de 1 milliard 649 107 027 francs. La mort et la maladie coûtent donc à la France une somme qui dépasse la moitié de son budget. Si l'on pouvait diminuer d'un dixième cette mortalité, on réaliserait une économie annuelle de 165 millions; ce qui constituerait un magnifique budget de la santé, et je vais prouver qu'on peut aller bien au delà du dixième.

Toutes les maladies qui déciment les populations sont des maladies contagieuses, et toutes les maladies contagieuses sont destinées à disparaître un jour, c'est-à-dire à s'atténuer de façon qu'il n'y aura pas à en tenir un compte sérieux parmi les causes de mortalité. Le raisonnement et l'expérience le prouvent. Dès l'instant où une maladie se transmet d'un malade à l'homme sain, on peut empêcher cette transmission. L'histoire de la médecine est pleine de maladies disparues ou plutôt atténuées. La peste, la lèpre, la suette, la maladie gangreneuse du moyen âge, ne sont plus que des souvenirs. Les fléaux moins destructifs qui nous affligent encore disparaîtront de même sous l'influence de cette hygiène inconsciente à laquelle obéissent les nations; mais il dépend de nous d'accélérer ce mouvement de retraite, à l'aide des moyens plus sûrs de l'hygiène scientifique. »

Ces données générales, l'orateur les commente à l'aide des principales maladies populaires, établit par des chiffres les sommes qu'elles coûtent annuellement à l'Europe et parle des mesures qu'il conviendrait de prendre pour lui épargner cette immense perte. Les vues par lesquelles il termine ne sont pas du domaine des sciences médicales. Comme il faudrait, pour les faire passer dans la pratique, une première avance de fonds, il la demanderait aux budgets de la guerre, qui absorbent par an, en Europe, près de 3 milliards pour l'entretien de 2 384 000 hommes. C'est par ce souhait d'une ère de paix universelle que se termine ce remarquable discours.

LA MANIÈRE DE RESPIRER. — M. le docteur *Guye* (d'Amsterdam) a repris un thème plusieurs fois traité déjà, le livre de Catlin : *Ferme ta bouche et sauve ta vie*, notamment par M. Dally. Il faut, selon ce dernier, *inspirer* par le nez et *expirer* par la bouche. M. Guye veut que la bouche ne serve qu'à manger ou à parler. L'air qui passe par le nez se met plus vite à la température du corps et le décharge des poussières sur les poils; l'air qui entre par la bouche gâte les dents, dessèche la langue et envoie aux poumons toute espèce de poussière et de microbes malfaisants. La respiration buccale produit l'asthme. L'impossibilité de respirer par le nez (catarrhe nasal, polypes, etc.) amène la céphalalgie, les étourdissements, etc. Conséquence : il faut empêcher autant que possible les sujets de respirer par la bouche, en la leur fermant par un appareil ou par l'usage du petit caillou, qui amène l'occlusion de la bouche par certains réflexes.

Conférence internationale de la Croix-Rouge.

Parmi les Congrès actuels qui intéressent plus ou moins les médecins, et dont le nombre menace les ressources courantes de la publicité, il ne faut pas oublier celui qui vient de s'ouvrir à Genève. Il réunit les délégués de la plupart des *Sociétés de secours aux blessés* existant aujourd'hui dans le monde entier. Bien que les conventions pour la protection des blessés sur les champs de bataille et pour celle des médecins ou infirmiers militaires remontent à plus de cent ans (la première a été signée pendant la *guerre de la succession* par le maréchal de Noailles et le comte de Stain), c'est de nos jours seulement que cette œuvre humanitaire a reçu une véritable organisation et rendu de sérieux services; et la plus grande amélioration qu'elle ait reçue est d'être devenue internationale. Néanmoins, la Convention de Genève, telle qu'elle est aujourd'hui, a été l'objet de diverses critiques, et il est possible de la modifier avec quelque avantage. Du reste, le but du Congrès est de soumettre à la discussion, non pas les dispositions et les règles fondamentales de la Convention, mais seulement les procédés administratifs ou autres qui peuvent le mieux en assurer l'efficacité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 1er SEPTEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

ASSAINISSEMENT DES HABITATIONS. Note de M. *Renaudot*. — Au moment où de tous côtés l'on se préoccupe des mesures à prendre pour se mettre à l'abri de l'invasion du choléra, l'auteur a tenté de réaliser certain projet qu'il étudie depuis plusieurs années et dont il emprunte les moyens d'exécution aux plus récentes découvertes scientifiques.

Il s'agit des précautions à observer pour assurer l'assainissement parfait de nos habitations : 1° pour la désinfection d'un intérieur contaminé; 2° pour mettre ladite habitation à l'abri du fléau. Dans ce but, et s'appuyant sur les découvertes de M. Pasteur, M. Renaudot applique les désinfectants sous leur état le plus efficace, c'est-à-dire celui de vapeur, et choisit une formule dans laquelle le phénol et l'acide borophénique sont combinés de façon à n'avoir aucune influence fâcheuse sur la respiration et à ne point affecter désagréablement l'odorat.

Le premier temps de l'opération consiste dans l'emploi du spray borophénique; le second dans l'enlèvement mécanique des poussières et l'introduction dans les tentures, papiers et boiseries, par vaporisation, du liquide antiseptique, sans altérer en rien leurs couleurs : voici pour un intérieur contaminé.

Quant à l'assainissement d'un intérieur non contaminé, M. Renaudot y parvient, dit-il, en introduisant sa composition borophénique dans la colle qui sert à la pose des papiers, dans la peinture des plafonds, des boiseries et des murs et dans les vernis.

CHOLÉRA. — M. *le Secrétaire perpétuel* signale un certain nombre de nouvelles communications relatives aux causes ou au traitement du choléra.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 2 SEPTEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

M. le docteur *Heurtaux* (de Nantes) se porte candidat au titre de correspondant national dans la deuxième division.

M. le docteur *Dehaene* (de Rubrouck, Nord) envoie une *Note* manuscrite *sur les précautions à prendre contre la diphtérie*. (*Commission des épidémies.*)

M. le docteur *Marty* adresse une *Étude* manuscrite *sur les eaux minérales d'Amélie-les-Bains*. (*Commission des eaux minérales.*)

M. le docteur *Bauzon* (de Châlon-sur-Saône) envoie une Note sur les vaccinations qu'il a faites en 1884. (*Commission de vaccine.*)

M. *le Secrétaire annuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Antony*, médecin-major, une brochure ayant pour titre : *Études statistiques et médicales sur le recrutement dans le département de la Marne*; 2° le *Rapport* de M. le docteur *Pennetier sur le service des épidémies dans l'arrondissement de Rouen en 1884*; 3° au nom de M. *Sechcyron*, interne des hôpitaux de Paris, une *Note* imprimée *sur un cas de rupture complète de l'utérus*; 4° de la part de M. le docteur *Politini Vecchia* (de Catane), une brochure sur les expériences de M. Pasteur relatives à la *rage*; 5° au nom de M. le docteur *Figueireda* (de Lisbonne), un ouvrage sur *le Convallaria maialis*; 6° de la part de Sir *Henry Thompson* (de Londres), un volume ayant pour titre : *On tumours of the bladder*; 7° au nom de M. le docteur *Parkes* (de Chicago), un mémoire imprimé, intitulé : *Gun-shot-wounds of the smal intestines.*

M. *Dujardin-Beaumetz* présente : 1° de la part de MM. les docteurs *Heckel* et *Schlagdenhauffen* (de Nancy), un mémoire sur les *Kolas*; 2° de la part de M. le docteur *Dumas* (de Cette), une brochure sur l'*association des diathèses*.

M. *Brouardel* dépose un *héma-spectroscope*, imaginé par M. *Maurice de Thierry*, dont l'examen est renvoyé à une commission composée de MM. *Gariel Giraud-Teulon* et *Brouardel*.

Choléra. — Réclamation de M. *Jules Guérin* contre l'omission faite à la dernière séance de la lecture d'une note de M. le docteur *Bourguet* (d'Aix) sur la présence du choléra dans cette ville avant l'arrivée de personnes de Marseille atteintes de cette maladie, note qui a été publiée au *Bulletin de l'Académie*, dès qu'elle a été retrouvée dans le dossier où elle avait été égarée et dont les rédacteurs des comptes rendus avaient pris connaissance.

M. *Le Roy de Méricourt* lit un rapport sur diverses communications adressées à l'Académie relativement au traitement du choléra. Le rapporteur signale, entre autres médicaments conseillés, le menthol (dérivé solide de l'huile de menthe poivrée), en pilules de 10 centigrammes et en frictions à l'aide d'une solution alcoolique, l'hyposulfite de soude à la dose de 10 à 15 grammes, qui a donné quelques guérisons à un médecin de Toulon, et le jus de citron, auquel un médecin de Caen a eu autrefois recours avec succès. Il communique ensuite une note de M. le docteur *Treille*, professeur à l'École de Rochefort, sur un bacille courbe qu'il a trouvé chez un grand nombre de malades affectés de diarrhée de Cochinchine, et qui a une configuration en tout semblable à celle que M. Koch a donnée comme caractéristique du choléra. M. Straus a examiné lui-même les préparations et il a déclaré que c'est bien, quant à l'aspect, le même organisme qu'il a également rencontré dans des diarrhées chroniques, des leucorrhées, etc.; cette constatation d'identité de forme ne préjuge d'ailleurs en rien l'identité de nature. — M. *Jules Guérin* rappelle que M. Briquet, dans l'un de ses rapports sur le choléra, avait déjà signalé un organisme microscopique de même apparence.

— L'Académie procède ensuite à la discussion et au vote des conclusions du rapport lu par M. Brouardel à la dernière séance sur les mesures à prendre contre les épidémies de choléra. De cette longue discussion, nous signalerons les points suivants : la première conclusion a été combattue par M. *Blot*, qui s'est étonné que l'on donnât à des causes banales et permanentes, telles que l'impureté des eaux, le mauvais état des fosses d'aisances, etc., une importance aussi grande quand il s'agit d'une maladie aussi transitoire que le choléra. MM. *Brouardel* et *Noel Gueneau de Mussy* ont fait remarquer que ces causes n'avaient pas seulement une importance génerate et qu'elles devaient toujours être signalées et surveillées. — Sur l'observation de M. *Bouley* qu'il ne fallait pas, sans preuves certaines, condamner l'épandage des matières fécales sur le sol, source de richesses indispensable à l'agriculture et qui paraît sans grand danger dans certains pays, il a été entendu que la troisième conclusion ne visait que l'épandage sur les fumiers au voisinage des habitations. Toutefois MM. *Brouardel* et *Léon Colin*, ce dernier surtout, ne sont pas éloignés d'attribuer à cette pratique la mortalité croissante par la fièvre typhoïde dans quelques contrées, notamment dans le Nord. — En ce qui concerne les mesures à prendre pour assurer le fonctionnement des services sanitaires, malgré les objections de M. *Jules Guérin*, qui craint qu'une administration sanitaire spéciale n'empiète sur les prérogatives de l'Académie, ne diminue son prestige et ne crée une opinion dominante au préjudice des intérêts de la science, et sur la proposition de M. *Noel Gueneau de Mussy*, appuyée par MM. *Proust* et *Brouardel*, l'Académie a implicitement approuvé la création, déjà tant de fois réclamée par elle, d'une Direction de la santé publique, et elle a ajouté aux conclusions un vœu en faveur de l'institution dans les grandes villes de Bureaux d'hygiène comme ceux de Bruxelles, Turin, Lisbonne, le Havre, Nancy, Reims. — Le vœu relatif à l'organisation d'un Bureau international d'hygiène n'a été adopté qu'en considération des études que les divers gouvernements font en ce moment, avant de réunir une Conférence sanitaire internationale, et parce qu'il n'impliquait que les moyens de rechercher comment on pourrait réaliser quelque institution plus ou moins rapprochée de ce but. M. *Le Roy de Méricourt* notamment a montré les difficultés d'une telle organisation, par suite des intérêts divers mis en cause ; MM. *Proust* et *Brouardel* ont objecté que le principe pouvait être admis et qu'en se bornant à créer une sorte de congrès scientifique permanent entre délégués également compétents, l'œuvre pouvait réussir et rendre de réels services. — Enfin l'Académie a rejeté la création d'une chaire d'épidémiologie dans les Facultés de médecine, pensant, sur les observations de M. *Noel Gueneau de Mussy*, qu'elle ne pouvait s'immiscer dans une telle question et que l'épidémiologie faisait partie intégrante de la pathologie interne et de l'hygiène, dont l'enseignement existe déjà. M. *Léon Colin* a soutenu le vœu de la Commission.

En conséquence, les vœux émis par l'Académie se trouvent libellés comme suit :

1° Il est désirable qu'une enquête administrative, vu l'urgence, soit instituée de suite, de façon à faire connaître les causes démontrées ou présumées dans l'apparition des épidémies cholériques antérieures dans les diverses villes et villages de France, leur marche et les conditions qui en ont favorisé le développement, notamment les causes d'insalubrité spéciales à ces villes ou villages, la pureté des eaux d'alimentation, les méthodes de vidanges, etc. L'Académie demande que, pour l'épidémie actuelle, tous les documents relatifs à ces diverses questions soient soigneusement enregistrés, dressés de façon à être comparables entre eux. L'Académie estime que l'étude du passé sanitaire de chaque commune peut seule permettre à l'administration de prendre les mesures nécessaires pour empêcher que les mêmes causes ne produisent les mêmes désastres lors du retour de chaque épidémie nouvelle.

2° Les eaux qui servent à la consommation doivent être exemptes de toute souillure. Il y a lieu de faire examiner par des commissions d'hygiène les eaux qui, actuellement, sont utilisées en boissons et de soumettre à leur approbation les projets de dérivation et de distribution des eaux qui doivent servir dans l'avenir à l'alimentation des villes et des villages.

3° Quels que soient les moyens employés pour désinfecter et transporter les matières fécales, celles-ci ne devront jamais polluer les cours d'eaux, ni être répandues à l'air libre sur le sol, ni rejetées sur les fumiers au voisinage des habitations.

4° L'administration chargée de l'hygiène publique est invitée à centraliser tous les documents capables de l'éclairer sur l'état de chaque localité, au point de vue de l'hygiène. Ces documents lui sont fournis par la statistique, par les médecins des épidémies, par les conseils d'hygiène d'arrondissement, par les bureaux d'hygiène dans les grandes villes. Elle seule peut contraindre les municipalités chargées par la loi de veiller à l'exécution des mesures d'hygiène dans leurs communes, elle seule peut provoquer l'affectation à ces services de ressources suffisantes.

5° L'administration est priée d'étudier dans quelles conditions pourrait être établi un bureau international d'hygiène, permettant de grouper tous les documents relatifs aux épidémies, de signaler leur apparition dans les divers pays.

6° Il serait nécessaire d'instituer dans les villes importantes un bureau d'hygiène analogue à celui de Bruxelles.

7° L'Académie charge une commission, dont fera partie M. Marey, de rechercher dans les documents relatifs aux épidémies antérieures, dans ceux qui lui ont été adressés à l'occasion de l'épidémie actuelle, et qui lui seront ultérieurement envoyés, tous ceux qui peuvent servir à élucider la durée de l'incubation de la maladie, le mode de contamination, la rapidité de l'invasion, la marche de l'épidémie, les causes qui ont pu favoriser son développement, celles qui paraissent avoir assuré l'immunité dans les diverses localités.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 13 AOUT 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Gangrène spontanée : M. Desprès. Discussion : MM. Labbé, Berger, Lucas-Championnière, Reclus et Lannelongue.

M. *Desprès* présente un malade, âgé de vingt-sept ans, qu'il a amputé de la cuisse pour une gangrène de l'extrémité du membre inférieur droit. Cet homme, à son entrée dans le service, accusait des douleurs violentes dans les deux jambes, plus prononcées dans la droite. Il fut mis à l'usage de l'iodure de potassium et de la morphine en injections hypodermiques. Quelque temps après le gros orteil tomba en sphacèle et peu à peu le pied fut envahi par la gangrène; l'état général devint mauvais, la fièvre s'alluma, les douleurs étaient intolérables. L'amputation proposée fut acceptée. Elle porta sur la cuisse, bien que la gangrène ne dépassât pas l'articulation tibio-tarsienne, parce que M. Desprès se rappela un fait analogue de sa pratique, dans lequel l'amputation, faite au niveau du tiers supérieur de la jambe, porta seulement sur des tissus malades, quoique en apparence sains. Rien de spécial d'ailleurs dans cette opération. L'hémostase fut faite sans incident par la ligature des artères, dont les tuniques étaient parfaitement saines. L'examen des vaisseaux du segment amputé montra qu'ils étaient également indemnes : ni athérome, ni embolie, aucune des lésions ordinaires de la gangrène dénommée sénile. L'analyse des urines était restée négative au point de vue de la présence du sucre et de l'albumine. Seule une syphilis des plus nettes se trouvait dans les antécédents morbides du malade; elle n'eut du reste aucune influence sur la marche du traumatisme. Les nouvelles méthodes de pansement ont été rejetées et, suivant la pratique de M. Desprès, le malade a été traité par le « pansement sale », cérat, charpie, etc. La guérison est cependant parfaite.

M. *Labbé* fait remarquer qu'en supposant que l'on ne connût aux nouveaux modes de pansement aucun avantage sur la marche de la cicatrisation des plaies, on ne devrait pas moins les employer en raison de la propreté, de l'absence d'odeur qui les caractérisent. En effet, le moignon que M. Desprès vient de montrer, recouvert de son ancien pansement, répand une odeur nauséabonde, désagréable pour le blessé et pour son entourage.

M. *Berger*, après avoir montré les cas encore nombreux dans lesquels la pathogénie des gangrènes dites spontanées nous échappe, cite le fait suivant qu'il a observé. Un jeune homme éprouve des douleurs très vives dans les membres inférieurs et bientôt apparaissent des plaques de gangrène sur le pied et la jambe. On ne trouve chez ce malade aucun antécédent morbide; il est d'une très bonne santé habituelle; ni sucre, ni albumine dans ses urines; artères en très bon état; rien en un mot ne saurait expliquer cette gangrène.

Pour ce qui est du traitement de semblables accidents, M. Berger est d'avis qu'il ne faut pas généraliser la conduite qu'a tenue M. Desprès dans son cas particulier. On ne sait jusqu'à quel niveau remontera le sphacèle, et on peut, en se hâtant, amputer bien au-dessus du point où se serait spontanément limitée la gangrène. Il vaut donc mieux attendre la séparation des parties saines des parties malades. D'autre part, comme on ne sait où s'arrêtent les lésions, on peut même, en faisant porter la section très haut, amputer en plein tissu malade et s'exposer à voir le moignon être à son tour frappé de gangrène. C'est ce qui est arrivé dans un cas où M. Berger pratiqua l'amputation de la cuisse pour une gangrène limitée en apparence à l'extrémité inférieure de la jambe; l'artère fémorale était altérée au point de rendre la ligature impraticable; on dut laisser sur son calibre deux pinces à demeure, mais, dès le lendemain, le moignon était frappé de sphacèle.

M. *Lucas-Championnière* se demande si le malade de M. Desprès présenté comme guéri l'est définitivement et s'il ne peut pas être atteint de récidive. En effet, un homme dans ces conditions, opéré par M. Championnière, vit d'abord sa plaie opératoire se cicatriser, mais quelque temps après le moignon se sphacéla.

Sans doute, un grand nombre de causes capables de produire la gangrène spontanée nous sont encore inconnues, mais certaines sont parfaitement déterminées; parmi elles se trouve l'albuminurie. C'est ainsi que M. Championnière a observé, il y a quelques jours, un homme jeune encore, albuminurique, qui fut atteint de gangrène du pied à marche extrêmement rapide.

M. *Reclus*. Même chez les vieillards, la pathogénie des gangrènes spontanées est parfois difficile à expliquer. Un vieillard de Bicêtre fut atteint de gangrène de la verge, bien que l'artère dorsale fût perméable, mais il est vrai de dire que ses parois étaient ossifiées. Un autre homme, âgé de soixante-douze ans, vit ses extrémités tomber en sphacèle; il était pourtant robuste, vigoureux, paraissant bien au dessous de son âge; ses urines étaient normales, et rien ne pouvait révéler chez lui la cause de la gangrène.

M. *Desprès* pense que chez les personnes âgées on trouve toujours à l'autopsie quelque lésion artérielle : endartérites, ossifications, embolies, thromboses, capables d'expliquer la gangrène spontanée. Il n'en est pas de même chez les personnes jeunes et les conditions de ce genre de sphacèle restent le plus souvent obscures.

Quant à la récidive possible chez son opéré, M. Desprès ne partage pas les craintes de M. Championnière. Cette récidive survient dans les premiers jours après l'opération, mais, lorsque la plaie est cicatrisée, les dangers en sont écartés.

M. *Lannelongue* reconnaît, avec M. Desprès, que les causes les plus fréquentes des gangrènes spontanées chez les vieillards sont les altérations artérielles et de ce qu'on ne les a pas trouvées dans certains, cela ne veut pas dire qu'elles n'existaient pas. Chez les enfants, on observe des gangrènes spontanées qui marchent avec une extrême rapidité. A l'autopsie on trouve presque toujours des lésions d'artérite. Toutefois il est des cas où on ne trouve rien, et dans lesquels la pathogénie des accidents reste absolument obscure.

— La Société ne reprendra ses séances que le 1er octobre.

Alfred Pousson.

BIBLIOGRAPHIE

La Géographie médicale, par le docteur A. Bordier, Paris. C. Reinwald, 1884.

Prophylaxie et géographie médicale des principales maladies tributaires de l'hygiène, par Léon Poincaré. Paris, G. Masson, 1884.

Parmi les sciences médicales, trop longtemps négligées et depuis quelques années étudiées avec une méthode plus scientifique et des procédés plus immédiatement applicables, la géographie médicale tient l'un des premiers rangs. Avant le livre de Hirsch ou celui de Lombard (de Genève), on ne se préoccupait guère de rechercher quelles pouvaient être les régions plus particulièrement exposées aux maladies telluriques; on ne songeait point à examiner si la marche des épidémies ne devait pas s'expliquer par certaines conditions climatologiques. Mais depuis que, grâce aux nombreux articles consacrés à cette science toute récente dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, les médecins ont été mis à même de s'intéresser à cet ordre de recherches, il en est peu qui n'en comprennent l'intérêt et les avantages. Quand

on vient à leur demander s'il est ou non dangereux de s'installer dans telle ou telle contrée, il leur est loisible d'en étudier rapidement la pathologie, d'en reconnaître les avantages et les dangers. Et lorsqu'ils viennent à rechercher la pathogénie d'une maladie quelconque, l'examen des conditions climatologiques ou telluriques des régions où elle sévit éclaire souvent d'un jour nouveau, l'évolution qui la caractérise.

Aussi a-t-on pris l'habitude de considérer la géographie médicale à ces deux points de vue éminemment pratiques. Que l'on étudie la fièvre intermittente, la fièvre jaune ou la dysentérie, on retrouve, dans l'état du sol ou dans les conditions climatologiques, la raison d'être de leur genèse et de leur développement. Et lorsqu'on s'attaque à la pathogénie, infiniment plus obscure, du typhus ou de la fièvre typhoïde, l'étude d'une carte où se trouvent indiquées avec soin les régions sur lesquelles sévit la maladie arrive souvent à en préciser les causes. Mais, pour qu'il en soit ainsi, il faut que ces cartes soient détaillées, qu'elles soient construites à une échelle variable suivant la nature, le mode d'évolution, la gravité relative des maladies endémiques. Dire que la fièvre intermittente peut sévir en France ne suffit guère. Il conviendrait, pour pouvoir tirer de cette constatation un enseignement profitable, de préciser dans quelles régions elle règne surtout et quelles sont, dans ces régions, les conditions telluriques qui lui donnent naissance.

Tout en approuvant l'idée qui a présidé à la confection des cartes qui ornent les deux livres que nous recommandons aujourd'hui, nous ne pouvons donc dissimuler l'imperfection qu'à divers points de vue elles présentent encore. Ce ne sont, à vrai dire, que des vues d'ensemble, permettant tout au plus d'apprécier d'une manière générale, j'allais dire superficielle, l'extension des maladies épidémiques et la généralisation presque fatale de certaines endémies. On ne peut encore en déduire les conclusions pratiques et prophylactiques qui intéressent surtout le médecin.

Mais une autre réflexion s'impose quand on vient à lire le livre de M. Bordier: son plan, ses divisions multiples, l'étendue donnée à quelques-uns de ses chapitres en font non plus un livre de géographie médicale, mais bien un traité d'ethnographie, d'anthropologie, voire même de pathologie. C'est en vain que l'on y chercherait, même dans la table alphabétique qui termine l'ouvrage, ce que nous indiquions comme devant caractériser un ouvrage de géographie médicale. Si l'on y voulait voir quelles sont les maladies qui sévissent en Cochinchine, à la Guyane, aux Antilles, etc., etc., on n'y trouverait aucune indication précise, à moins de lire l'ouvrage tout entier, — ce que nous recommandons d'ailleurs, — et de faire une nouvelle table plus complète et surtout plus précise. La déception serait la même si l'on voulait, à propos d'une maladie déterminée, rechercher l'ensemble des conditions qui lui donnent naissance. D'autre part, la table analytique renferme sous des rubriques spéciales et énumère un grand nombre d'affections qui ont peu à faire avec la géographie médicale, telles que la septicémie, le tétanos, la fièvre puerpérale, etc., etc. Et cependant que de notions utiles, que de renseignements presque inédits on trouve dans cet ouvrage, et que nous avons plaisir, après en avoir un peu critiqué le titre et le plan, à en louer l'ensemble. On y trouvera, au point de vue hygiénique, l'influence que peuvent avoir sur l'organisme les agents atmosphériques, le sol, les produits d'alimentation, etc. On y lira avec grand intérêt l'action qu'exercent les divers parasites animaux ou végétaux; on y recherchera surtout une étude anthropologique très savante des races humaines et des malformations qui peuvent les atteindre. Au point de vue médical, qui nous intéresse surtout, on devra aussi reconnaître le soin avec lequel l'auteur a résumé, à propos de toutes les maladies endémiques, en particulier de celles dont l'étiologie est encore mal connue, les notions les plus utiles à retenir.

Le livre de M. Poincaré est écrit à un tout autre point de vue. Comme son titre l'indique, il cherche à appliquer à l'hygiène les données acquises par l'étude géographique des maladies. Dans un premier chapitre, il examine les mesures prophylactiques applicables aux maladies miasmatiques envisagées à un point de vue général; puis il étudie successivement les fièvres dites essentielles (fièvre typhoïde, fièvre récurrente, typhus, fièvre intermittente); les fièvres éruptives; les maladies miasmatiques « caractérisées par un processus anatomique constant et hétérogène », en comprenant dans cette classe un peu arbitraire la diphthérite, la tuberculose et la lèpre; les maladies d'origine exotique (choléra, fièvre jaune, peste); les maladies d'alimentation; enfin les maladies dites *météoriques*, parmi lesquelles on trouve classées la pneumonie, la grippe, la dysentérie (!) et l'hépatite (!). Quelques réserves que nous ayons à faire au sujet de cette classification des maladies ressortissant à la géographie médicale, nous devons reconnaître que leur répartition dans les différentes contrées du globe se trouve indiquée avec la plus grande précision et que, à ce point de vue, on ne saurait trouver un livre indiquant avec plus de netteté et de rigueur ce que serait en droit de demander celui qui voudrait, en étudiant une maladie déterminée, savoir exactement dans quelles régions du globe elle sévit avec le plus d'intensité. Mais il y a plus. Comme l'indique son titre, l'ouvrage que vient d'écrire M. Poincaré, est surtout un traité de prophylaxie des maladies infectieuses. Or les conseils qu'il donne au sujet de la prophylaxie de la plupart des maladies dont il s'occupe, sont tous aussi rationnels que conformes aux notions de pathologie que nous aimons à regarder comme vraiment acceptables. Ces conseils auraient mérité peut-être plus de développements au sujet des maladies qui, comme le choléra et la tuberculose, pour ne citer que celles dont chacun se préoccupe aujourd'hui, ne diminueront d'intensité que grâce à l'application rigoureuse des mesures sanitaires.

Tel qu'il est, cependant, le livre publié par M. Poincaré mérite d'être recommandé à tous ceux qui ont quelque souci de voir se répandre partout les notions d'hygiène et les préceptes de prophylaxie qui arriveront un jour, si chacun s'efforce de les faire appliquer, à restreindre dans une grande mesure les désastres causés par les maladies endémiques ou épidémiques.

Nous applaudissons donc très sincèrement à la publication de ces deux ouvrages qui, à des points de vue différents, méritent tant d'être recommandés à tous les médecins.

L. Lereboullet.

Index bibliographique.

Vorschlage zur Beseitigung der Drainage fur alle frischen Wunden (De l'emploi du drainage pour toutes les plaies), par le docteur G. Neuber. In-8° de 70 pages. Kiel, 1884. Lipsius et Tischer. — L'auteur expose la méthode de drainage antiseptique avec pansement rare appliquée à la clinique chirurgicale de Kiel par Esmarch et ses élèves; en outre de détails techniques intéressants sur la disposition des sutures, le processus cicatriciel et les appareils d'irrigation employés à la clinique de Kiel, l'auteur donne des résumés statistiques sur les résultats obtenus par le professeur Esmarch. Sur 85 opérations ou blessures, le pansement n'a échoué que dans 3 cas; dans 82 cas, le pansement a été conservé jusqu'à la guérison. Parmi les opérations figurent 14 amputations et désarticulations, et 21 résections et ostéotomies. Ce sont là des documents utiles à consulter.

VARIÉTÉS

Des mesures sanitaires que l'on prenait à Paris, aux quinzième et seizième siècles, contre les épidémies.

Au moment où gouvernements, académies, conseils d'hygiène, sociétés savantes, journaux de médecine s'occupent des mesures à prendre pour arrêter la propagation du choléra, il ne sera peut-être pas sans intérêt (ne serait-ce qu'un intérêt de curiosité) de rappeler ce que faisaient nos aïeux en pareille occurrence, de montrer en quoi les mesures d'autrefois et les conceptions théoriques auxquelles elles répondaient se rapprochent ou s'écartent des mesures et des théories du temps présent. Aujourd'hui on parle *microbes*, on parlait alors *insectes*. Nous avons nos *ferments*, on avait son *levain*. Nous nous plaignons de nos égouts, de nos fosses d'aisance; on avait le *trou punais*, la défécation dans la rue, et mille autres causes d'infection. Le problème était donc sensiblement le même au dix-septième siècle qu'aujourd'hui.

I. — Bien évidemment, dans les pages qui suivent, il ne s'agira pas du choléra asiatique, dont la première apparition en Europe ne date que de l'année 1817, mais bien des « pestes » qui ont ravagé plus d'une fois notre France, et particulièrement Paris, le mot « peste » étant alors appliqué à toute épidémie, quels que soient sa nature, ses caractères et ses symptômes. Toutes les fois qu'une maladie devenait épidémique, qu'elle était dangereuse et qu'elle frappait un nombre plus ou moins considérable de personnes, c'était « la peste, la contagion ».

La théorie de la nature contagieuse des maladies pestilentielles, que ce soit la *fièvre pestilente*, la *coquesangue*, la *coqueluche*, la *grippe*, la *suette*, le *trousse-galant* (choléra nostras), la *bosse*, le *charbon*, le *pourpre*, etc., règne dans toute sa plénitude. On ne parle pas de microbes, de bacilles, etc., mais on a foi en un air contaminé par quelque chose de matériel (alcali, acide, levain, insecte) qu'on ne voit pas, mais que l'on suppose; et, selon l'esprit de l'époque, on fait remonter la cause du fléau jusqu'à Dieu, qui a trouvé bon de punir ainsi les iniquités des hommes, et que l'on ne continue pas moins à adorer et à bénir. L'idée de la transmissibilité est poussée jusqu'à ses dernières limites; on croit que le mauvais génie peut se transmettre, non seulement par la cohabitation avec un malade, mais encore par les vêtements, les meubles, les ustensiles qui lui ont servi; il y a même tels tissus qui sont regardés comme particulièrement propres à servir de refuge au mauvais air : les lainages, les fourrures ont surtout cette propriété, qu'ils doivent, sans doute, au relâchement des fils qui les composent, au moelleux de leur trame, à leurs nombreuses lacunes, dans lesquelles le virus doit trouver un asile assuré, tandis que ce dernier glisse aisément sur la soie, les tissus serrés et à surface lisse et luisante. Telle était la terreur qu'inspirait cette transmissibilité, qu'il n'était pas de précautions qu'on ne prît pour éviter la contagion. On vit alors (1606) les gouverneurs de l'Hôtel-Dieu trembler pour leur propre compte, s'éloigner du foyer pestilentiel de ce grand établissement hospitalier, et décider que leur bureau se tiendrait dorénavant au logis de l'un d'eux, M. d'Aubray (*Archives de l'Assistance publique*). Les chanoines de Notre-Dame ne cherchent pas moins à sauvegarder leur chère et grasse santé; ils s'arrangèrent de manière que les chapelains qui desservaient l'Hôtel-Dieu n'entrassent plus dans l'église métropolitaine; il y avait une porte qui faisait communiquer le chapitre avec une cour basse de l'hôpital; cette porte fut murée; il y en avait une autre qui servait à l'entrée des viandes de boucherie, on y mit un cadenas, et la clef en fut confiée au dépensier (*ibid.*).

La syphilis elle-même n'a pas échappé à cette théorie de la transmissibilité, et on la croyait capable de se propager par l'air, par les vêtements, par les denrées, par les étoffes, absolument comme le feraient la rougeole, la scarlatine et d'autres affections essentiellement contagieuses. De là les mesures extraordinaires ordonnées par le Parlement le 6 mars 1497, époque à laquelle la « grosse vérolle » régnait avec rage à Paris : expulsion de Paris de tous les malades étrangers; défense aux infectés habitant la capitale de quitter leurs maisons; ceux qui n'auront pas de gîte seront réunis dans des granges louées à cet effet, près de Saint-Germain-des-Prés; des gardes particuliers se tiendront aux portes de la ville pour empêcher d'y entrer toute personne réputée atteinte de la maladie; tout vérollé qui restera dans l'enceinte de Paris sera jeté à la rivière.

II. — Dans l'étiologie de la maladie, on fait assez rarement allusion à la *transportation* du miasme d'un lieu dans un autre. On peut cependant en citer quelques exemples. Briet, qui a publié la description de la peste qui fit à Bordeaux de si nombreuses victimes, à la fin de l'été et au commencement de l'automne de 1599, a rendu publics de curieux détails. Il s'est assuré que le premier malade fut un Pierre do Ricault, maître chirurgien demeurant à Bordeaux, porte Madoque. Or, ce chirurgien, qui succomba, avait reçu chez lui, pour s'y faire traiter d'un bubon inguinal, un étranger qui arrivait d'Espagne. Ricault n'avait vu là qu'un bubon syphilitique ordinaire, et l'avait traité en conséquence. L'Espagnol mourut en peu de jours. Puis la mort frappa un des serviteurs du chirurgien; un fils de conseiller, qui habitait la même maison que Rieault, a le même sort; une domestique infectée ou déjà malade quitte le logis Rieault et s'en va avec un de ses parents, au Château-Trompette, y apporte le mal, et plusieurs personnes y succombent. Enfin, une autre servante se retire au Pont-Saint-Jean, chez un marchand de vin, du nom de La Caze, et y contamine la famille, qui fut « quasi » toute emportée par le fléau. Briet ajoute ceci : « On dit que les meubles de la maison du chirurgien furent volés la nuit, et, par conséquent, vendus ou transportés en diverses maisons, dont le mal s'est fourré et comme semé en toute la ville. »

MM. Brouardel et Proust, dans leur savante enquête, n'ont pas fait, en 1884, autre chose que ce que Briet fit en 1599. Ils ont cherché, mais en vain, la fissure par laquelle le choléra était entré à Toulon; Briet a suivi le même procédé d'investigation, et il croit avoir trouvé cette fissure dans le fait de l'arrivée dans la ville, d'un Espagnol frappé de l'*inguinaria*, d'un bubon pestilentiel.

En 1623, pendant une épidémie parisienne, la Faculté de médecine, consultée par les magistrats de la ville, déclare que la cause de la peste régnante ne doit pas être attribuée à l'air dont la corruption est loin d'être prouvée, mais que le fléau « a été apporté de Rouen et de Beauvais par la voie du commerce ».

Le 9 juillet 1668, le Parlement avertit la Faculté que la peste menace la ville, et demande que l'on prenne des mesures en conséquence. On soupçonne qu'un homme, arrivé depuis peu de jours, d'une province infectée, après avoir d'abord logé rue de la Parcheminerie, puis rue de la Harpe, avait été mourir de la contagion dans une maison située sur les fossés de la ville, entre les portes Saint-Michel et Saint-Jacques. Aussitôt les magistrats se rendent à la maison suspecte, y séquestrent les pauvres gens qui avaient communiqué avec le pestiféré (Delamarre, *Traité de la police*). De plus, un arrêt intervint, qui, pour plus de sécurité, ordonne que ces mêmes gens seront conduits, pour y faire une quarantaine, dans une maison appartenant au président Musnier, sise dans le haut de la Courtille.

III. — Les mesures qui étaient prises contre la propagation de la « peste », aux époques éloignées que nous parcourons, étaient la conséquence toute naturelle des idées que l'on se faisait de l'épidémie, et elles représentaient, quoique considérablement exagérées, celles que l'on prend aujourd'hui contre la propagation du choléra. M. le préfet Poubelle ne peut même pas s'attribuer l'invention des caisses à ordures; comme nous le verrons, elles furent établies au seizième siècle.

Au mois de novembre 1500, la coqueluche (?) sévit avec rage à Paris. Une ordonnance du prévôt enjoint à ceux qui occupent des maisons infectées, « de mettre à l'une des fenêtres, ou autres lieux plus apparents, une botte de paille, et de l'y laisser encore pendant deux mois après que la maladie aura cessé. »

Le 14 avril 1519, la peste est encore à Paris. Le prévôt s'adresse à la Faculté de médecine et lui demande si l'on peut sans danger permettre la représentation du Mystère de Jésus-Christ dans le cimetière de Saint-Jean. La Faculté répond que les grandes agglomérations sont dangereuses, et qu'on doit empêcher cette représentation. De nos jours, la crainte de ces agglomérations a failli empêcher la fête nationale du 14 juillet dernier.

Épidémie de 1531 à 1533. Elle fut une des plus graves si l'on en juge par les mesures administratives qui furent prises; les habitants de Paris purent un jour (26 août 1531) entendre dans les carrefours, Nicole le Norissier, sergent à verge, crieur juré, assisté de deux trompettes, lire à haute voix une ordonnance que nous avons publiée (1873), et dont voici l'analyse :

Les maisons infectées auront aux fenêtres et à la principale porte, une croix de bois, afin que chacun puisse savoir où est le danger, et ne pas s'y exposer. — Tout habitant qui aura été malade, tout membre de sa famille, tout habitant même de la maison occupée par ce malade, ne pourront circuler dans la ville sans

avoir à la main une baguette de couleur blanche. — Défense absolue de faire entrer dans Paris ou dans ses faubourgs, ni lits, ni couvertures, courtes-pointes, draps de laine, serges, rideaux, « ni autres biens où la peste se peut retenir ». La même interdiction s'applique aux objets à transporter d'une maison dans une autre. — Les fripiers, les priseurs, les couturiers, les revendeurs, ne pourront même plus continuer leurs métiers relativement à ces tissus. — Le Parisien n'aura plus le loisir d'aller aux étuves (bains chauds), l'eau chaude ouvrant les pores de la peau, et ouvrant ainsi accès au miasme ; les propriétaires de ces établissements s'abstiendront jusqu'au prochain jour de Noël, c'est-à-dire pendant près de cinq mois, de chauffer leurs étuves. — Tout maraut, tout mendiant sera impitoyablement rejeté de l'intérieur des églises. — Les ladres ou lépreux, habitants de Paris, se retireront en leurs maladières. — Les chirurgiens et barbiers seront tenus de ne point jeter dans la partie de la Seine comprise dans l'enceinte de Paris, le sang des saignées, mais de le porter au delà de cette enceinte, au-dessous de l'écorcherie aux chevaux. — Ces mêmes chirurgiens, s'ils ont été convaincus d'avoir saigné des pestiférés, devront s'abstenir de pratiquer leur métier pendant un temps déterminé par la justice. — Les mêmes prohibitions s'appliquent aux maréchaux qui recevront dans un vase le sang provenant de la saignée des chevaux, et qui iront jeter ce sang aux voiries, hors la ville et les faubourgs. — On leur défend, aussi, d'entretenir leurs forges avec du charbon de terre ; on s'imagine que les vapeurs bitumineuses répandues par ce combustible, alors nouveau, peuvent aider le fléau dans ses manifestations. — Excellente mesure : Le pavé devant les maisons sera réparé s'il est mauvais ; soir et matin, « mesmement dans le ruisseau, » on arrosera ; on empêchera l'engorgement des égouts ; on laissera l'eau du ciel tomber en toute liberté, sans balayer ni nettoyer pendant cette pluie. — Défense de jeter par les fenêtres quoi que ce soit, en fait d'eaux, d'ordures, de garder longtemps dans los maisons les urines et les eaux ménagères. — *Dorénavant et à l'avenir, défense est faite de vider dans les rues les ordures des maisons ; on les mettra dans des paniers, le long des maisons, où elles seront prises de suite par des charretiers pour être jetées hors de la ville.* Ces charretiers sont appelés à une grande diligence dans le débarras de ces ordures ; la planche qui ferme le derrière de leurs tombereaux devra être aussi haute que celle de devant, afin que les immondices ne puissent tomber sur la voie publique. — Défense est faite aux bouchers, charcutiers, rôtisseurs, vendeurs de volailles, etc., d'entretenir chez eux, dans la ville de Paris, des cochons, des pigeons, des poules, etc. Tout citoyen sera obligé, sous peine de prison, de dénoncer à la justice les contrevenants. Les propriétaires des maisons seront tenus de faire creuser immédiatement des latrines ; les vidangeurs ne pourront vider ces fosses qu'après en avoir obtenu l'autorisation de qui de droit. Est expressément défendu l'étalage des draps aux fenêtres donnant sur la rue.

Les peines portées contre les contrevenants à cette ordonnance étaient très sévères, et le moins qui leur pouvait arriver c'était l' « amende arbitraire », c'est-à-dire selon le bon vouloir des juges ; la prison frappait les chirurgiens qui n'allaient pas jeter dans la Seine, hors de la ville, le sang de leurs saignées ; on fouettait tout mendiant assez imprudent pour entrer dans les églises ; on pendait le chirurgien qui avait été assez osé pour continuer l'exercice de sa profession après avoir saigné des pestiférés ; la même peine attendait tous ceux qui faisaient entrer dans la ville des objets « où la peste se peult retenir », les fripiers, les revendeurs qui continuaient à faire commerce de ces tissus.

(*A suivre.*) Dr A. Chereau.

LYON DEVANT LES ÉPIDÉMIES DE CHOLÉRA.

C'est une opinion assez répandue dans le monde, et même parmi les médecins, que la ville de Lyon n'a pas été atteinte dans les diverses épidémies cholériques qui ont parcouru la France. La commission chargée par la *Société nationale de médecine de Lyon* de rédiger une instruction médicale sur le choléra contient, à cet égard, des informations dont voici le résultat :

1° La grande épidémie de 1832 « semble » avoir laissé l'agglomération lyonnaise complètement indemne, du moins les documents du temps ne signalent-ils que le cas d'une dame qui, venue de Paris à Lyon, y mourut avec tous les symptômes du choléra, et ce cas resta stérile.

2° En 1835, où la vallée du Rhône fut notablement infectée, par suite de la reviviscence de l'épidémie marseillaise, Lyon fut encore épargné.

3° Dans l'épidémie de 1849, on ne constatait aucun cas de choléra né sur place, alors que depuis six mois un assez grand nombre d'immigrés avaient succombé à la maladie dans l'enceinte même de la ville. Mais en juillet les diarrhées *cholériformes* devinrent très fréquentes ; en septembre, la suette miliaire se montra dans les hôpitaux civils ; et enfin, en novembre, le choléra fit son apparition dans les hôpitaux militaires. Du 10 novembre au 10 décembre, 91 malades, dont 42 ont succombé. Pendant ce temps, quelques cas isolés se montraient dans les hôpitaux civils. Dès la fin de décembre, il n'y eut plus de décès cholériques.

4° En 1854, l'épidémie sévissant sur les bords du Rhône, un premier cas se montre en ville le 27 juin ; huit jours après, un autre cas à l'Hôtel-Dieu. A partir de ce moment la ville est envahie. Du 10 juillet au 20 août, 180 cholériques sont amenés à l'Hôtel-Dieu ; là comme à la Charité se produisent des cas intérieurs. Cette fois la population militaire est relativement épargnée. On évalue très approximativement à 500 le nombre des décès dans la population civile extra-hospitalière. Parmi les cholériques des hôpitaux, un certain nombre venaient des environs de la ville.

Le choléra lyonnais s'arrête là. Ni en 1855, ni en 1865, ni en 1873 on ne constate autre chose que des cas « discrets » de choléra sporadique, comme il s'en présente chaque année.

En définitive, l'agglomération lyonnaise a joui d'une immunité relative à l'égard des épidémies de choléra. La commission, en reconnaissant les difficultés du sujet, est disposée à attribuer cette immunité aux mouvements incessants qui s'opèrent *à l'intérieur et à la surface* du sol lyonnais : d'une part, au courant de la nappe souterraine lavant les zones profondes et entraînant les germes qui viendraient à s'y déposer ; d'autre part, au courant d'air constant qui, émané des doubles vallées de la Saône et du Rhône, balayent continuellement l'atmosphère.

Choléra. — Le choléra n'abandonne toujours pas les foyers primitifs (de 1 à 5 décès par jour à Toulon ; de 3 à 5, 9 et même 15 à Marseille) ; il s'éparpille, pour ainsi dire, sans se déplacer, et, en France comme en Italie, s'étale dans toutes les directions sans produire de grands dégâts. Il occupe toute la zone sud de la France, pour se répandre en Italie et gagner vers le nord jusqu'à une quarantaine de lieues de Paris. Dans ce dernier sens, on ne voit pas qu'il fasse de progrès depuis une quinzaine de jours, bien que la plupart des villes présentent des cas plus ou moins nombreux de troubles intestinaux. A Paris même, des accidents *cholériformes* se montrent de temps à autre, et ont même amené quelques malades dans les hôpitaux.

En Italie, l'épidémie s'étend jusque dans la province de Naples. A Naples même, suivant une dépêche adressée à la *Stampa* de Rome, 20 cas de choléra, dont quelques-uns mortels, ont été constatés le 1er septembre.

Dans la journée du 3 septembre, il y aurait eu à Naples 122 cas de choléra, dont 69 décès. Des désordres, causés par les préjugés qu'engendrent toujours les épidémies, ont éclaté dans les Calabres ; le corps médical et les administrations sont accusés d'empoisonner les habitants. Il a fallu recourir à la force publique. Mêmes scènes à Naples, où les femmes de Resina et de Portici sont accourues pour *sauver* leurs enfants, empoisonnés dans les écoles.

— En Suisse, les mesures sanitaires prises contre Genève ont été retirées par le Conseil fédéral, l'épidémie n'existant sur aucun point du territoire suisse.

Mortalité a Paris (35e semaine, du 22 au 28 août 1884). — Fièvre typhoïde, 33. — Variole, 0. — Rougeole, 26. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 24. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 1. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 50. — Phthisie pulmonaire, 187. — Autres tuberculoses, 17. — Autres affections générales, 71. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 38. — Bronchite aiguë, 13. — Pneumonie, 37. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 103 ; au sein et mixte, 63 ; inconnu, 20. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 70 ; de l'appareil circulatoire, 50 ; de l'appareil respiratoire, 49 ; de l'appareil digestif, 56 ; de l'appareil génito-urinaire, 16 ; de la peau et du tissu lamineux, 6 ; des os, articulations et muscles, 2. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 7. — Total : 987.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, [illegible]

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITE DE RÉDACTION

Président : M. le docteur A. DECHAMBRE

Membres : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. Dechambre, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 11 septembre 1884.

Académie de médecine : les désinfectants. — De la scarlatine anormale, a propos de trois cas observés dans la même famille. — Traitement du choléra.

Académie de médecine : Les désinfectants.

Séance très intéressante à l'Académie de médecine.

M. Dujardin-Beaumetz a fait avec beaucoup de clarté l'exposé des expériences qu'il a entreprises avec MM. Pasteur et Roux sur les meilleurs moyens de désinfecter les locaux où ont séjourné des malades atteints d'affections contagieuses. Ceux qui connaissent l'excellent ouvrage de M. Vallin sur les désinfectants, les expériences qu'il a poursuivies lui-même, celles qu'il emprunte à un grand nombre d'auteurs, notamment de Czernicki, de Dougall, de Baxter, de Sternberg, expériences entrant dans le détail des effets produits par les divers désinfectants sur les étoffes, les meubles, les métaux, et de l'action qu'ils exercent sur les virus et sur les microbes, ceux-là n'hésiteront pas à reconnaître que l'œuvre des nouveaux expérimentateurs était grandement préparée. Mais sans doute aucun d'eux ne conteste les revendications que M. Legouest a fait entendre en termes fort courtois, au nom surtout du corps de santé militaire; et l'absence de toute citation historique de la part de M. Dujardin-Beaumetz doit tenir uniquement à la forme de son exposé, qui ne constituait pas, à proprement parler, un rapport, mais un simple narré verbal des recherches faites et des résultats constatés.

Même en ce qui touche la valeur du soufre, c'est-à-dire le désinfectant le plus populaire et l'un des plus anciens, M. Vallin signalait encore en 1882 les incertitudes de la science, en s'appliquant lui-même à les lever par l'interprétation des expériences récemment publiées et de celles qu'il avait lui-même poursuivies. Celles de MM. Pasteur, Dujardin-Beaumetz et Roux n'ajoutent rien d'essentiel à ce qu'on savait déjà de l'action de l'acide sulfureux, ni d'aucun autre désinfectant, sur les micro-organismes ou sur les matières virulentes, notamment sur le vaccin. Leur importance est surtout dans l'étude comparative des avantages et des inconvénients inhérents à l'emploi des divers désinfectants : quantité nécessaire

FEUILLETON

La médecine en Scandinavie.

(Fin. — Voy. le n° 35.)

Nous avons annoncé, dans notre dernier article, l'intention de nous occuper quelque jour du professorat médical en Scandinavie en publiant le programme des cours. Mais puisque nous avons donné l'*invocation* du professeur, pourquoi ne pas reproduire tout de suite le programme de l'enseignement, sauf à revenir ultérieurement sur ce sujet? Voici donc les noms des membres de la Faculté d'Upsal, avec l'indication des matières qu'ils sont chargés d'enseigner. (Nous supprimons les heures de cours.)

Professores. — Carolus Benedictus Mesterton, *Med. Dr, Chir. Magister, Chirurgiæ et Artis Obstetriciæ Professor Ord.*, Chirurgiam specialem tractabit; Policliniceu; Clinicen chirurgicam habebit; Privatim Obstetriciam artem docebit.

Petrus Hedenius, *Phil. et Med. Dr, Chir. Magister, Pathologiæ, Anatomiæ Pathologicæ et Medicinæ Publicæ Professor Ord., Prorector*, Anatomiam pathologicam specialem exponet; Exercitationes cadavera morbis vitiata secandi moderabitur additis demonstrationibus pathologicis. Idem Exercitationibus pathologicis operam dabit.

Nicolaus Gustavus Kjellberg, *Med. Dr, Chir. Magister, Psychiatrices Professor Extraord.*, Morbos mentales clinice tractabit.

Alaricus Frithiof Holmgren, *Med. Dr, Physiologiæ Professor Ord.*, Physiologiam experimentis illustratam docebit; Exercitationesque physiologicas moderabitur.

Olavus Hammarsten, *Med. Dr, Medicinæ Professor Extraord.*, munus Professoris Chemiæ Medicinalis et Physiologiæ sustinere jussus, Chemiam medicinalem docebit; Exercitationes physiologico-chemicas quotidie moderabitur.

de substance, prix de revient, pouvoir de pénétration, facilité d'exécution, action de contact, danger d'incendie, etc.

Ce sont là les éléments d'une *instruction* pratique, et c'est, si nous ne nous trompons, ce qui était spécialement à déterminer. Il faut d'ailleurs signaler ici la recommandation d'un moyen particulier et excellent de développer l'acide sulfureux par la combustion du sulfure de carbone.

Même obtenu de cette manière, le gaz sulfureux respecte-t-il autant qu'on le croit les étoffes, et la petite quantité d'acide sulfurique qui se produit toujours, et qui était plus grande autrefois quand on ajoutait du nitre à la fleur de soufre (Vallin), ne les expose-t-elle pas à une détérioration ultérieure? L'acide sulfureux n'a-t-il pas toujours de graves inconvénients dans la désinfection des navires où se trouvent tant de pièces métalliques, notamment une machine à rouages délicats? Est-il possible de désinfecter, sans décharger le navire, des masses d'étoffes contenues dans des caisses fermées? Autant de questions qu'il est bien naturel de poser, mais qui laissent toute leur valeur aux résultats positifs des expériences faites.

M. Bouchardat a terminé la lecture d'un mémoire où il résume son ingénieuse théorie de la *scissiparité* des microbes du choléra, donnant l'explication et de la propagation et de l'extinction du choléra. Mais il est clair qu'on est autorisé, avec M. Jules Guérin, à de fortes réserves quant à l'histoire naturelle d'un microbe qu'on ne connaît pas; M. Bouchardat, en effet, n'admet pas celui de M. Koch.

Enfin un membre de l'Académie, M. Bourgoin, a communiqué le résultat d'intéressantes recherches sur la solubilité de l'iodure de mercure; et M. Maurel, médecin très distingué de la marine, a lu un excellent mémoire sur l'*exacerbation vespérale de la température physiologique*. Nous en donnons plus loin les conclusions.

De la scarlatine anormale, à propos de trois cas observés dans la même famille.

En dépit des enseignements traditionnels qui nous mettent en garde contre les anomalies si variées de la scarlatine, il arrive souvent que le médecin, trompé par une symptomatologie absolument différente du type ou plutôt des types classiques, méconnaisse cette maladie ou hésite à en affirmer l'existence. D'ordinaire, tels phénomènes, comme la desquamation cutanée ou linguale, lèvent, plus ou moins tardivement, les doutes ou rectifient un diagnostic erroné. Mais, parfois aussi, la maladie demeure fruste à ce point qu'elle ne livre pas son secret, même au moment de la convalescence. Pareille mésaventure nous est récemment arrivée à propos de trois cas d'éruption scarlatineuse ou — pour ne rien préjuger — scarlatiniforme, survenus successivement dans la même famille, qui nous paraissent mériter d'être succinctement rapportés.

Le 1er avril 1884, je fus appelé auprès d'un garçon de dix ans, le jeune B..., pour une éruption que l'on avait constatée le matin même. Strictement localisée aux deux fesses, cette éruption présente tous les caractères de l'exanthème scarlatineux; elle est constituée par des plaques d'un rouge intense, avec pointillé peu accusé, s'effaçant assez bien sous le doigt, et légèrement prurigineuses. La mère affirme qu'il n'existait la veille aucune éruption et que l'enfant n'a présenté aucun phénomène morbide, sauf un très léger malaise et une diminution de l'appétit sans chaleur à la peau l'avant-veille au soir. Au moment de notre examen, il est très gai, demande instamment à manger : point de fièvre, pas d'angine, aucun trouble digestif.

Le soir, les phénomènes locaux n'ont pas varié; le lendemain, de même, l'éruption est restée localisée aux fesses. Elle disparut le troisième jour, sans qu'il se produisît de desquamation appréciable. Aussi me crus-je autorisé à formuler le diagnostic d'érythème scarlatiniforme, tout en recommandant d'éloigner les autres enfants pendant quelques jours.

Le 7 avril, j'étais revenu pour m'assurer de l'absence, chez cet enfant, de toute desquamation, lorsqu'on me présenta sa sœur âgée de quatorze ans; pour elle, on n'avait guère observé l'isolement, en raison d'une scarlatine grave qu'elle avait eue sept ans auparavant. Depuis la veille au soir, cette jeune fille a une fièvre vive, avec de l'anorexie, une toux quinteuse et un léger enchifrènement. La langue est sale, la peau chaude, le pouls rapide; rien à l'auscultation et à la percussion; coloration un peu plus intense qu'à l'état normal de l'arrière-gorge, qui n'est d'ailleurs nullement douloureuse; aucune éruption.

Le lendemain, les parents constatèrent sur la poitrine et les bras de cette enfant l'existence d'une efflorescence, d'après eux, identique à celle qu'avait présentée son frère; mais, comme tous les autres phénomènes morbides avaient presque entièrement disparu et que l'éruption s'effaça dès le jour suivant, ils ne crurent pas devoir m'en prévenir.

Eduardus Claudius Hermannus Clason, *Med. Dr, Anatomiæ Professor Ord.*, *h. t. Decanus*, Anatomiam descriptivam tractabit Exercitationesque anatomicas moderabitur.

Robertus Fredericus Fristedt, *Phil. et Med. Dr, Pharmacologiæ et Historiæ Naturalis Medicinalis Professor Extraord.*, Pharmacologiam docebit; studia commilitonum in museo pharmacologico moderabitur.

Salomon Eberhardus Henschen, *Med. Dr, Medicinæ practicæ Professor Ord.*, Medicinam specialem tractabit; Policlinicen; Clinicen habebit.

Munera Professoris *Chemiæ Medicinalis et Physiologicæ* et Professoris Extraord. *Anatomiæ et Histologiæ* vacant.

Adjunctus. — Ioannes Björkén, *Med. Dr, Chirurgiæ et Artis Obstetriciæ Adjunctus Ord.*, Elementa Chirurgiæ publice tradet.

Laborator. — Magnus Gustavus Blix, *Med. Dr, Physiologiæ Experimentalis et Physices medicinalis Laborator*, Exercitationes physiologicas quotidie moderabitur.

Sveno Bayer, *Med. Cand.*, *p. t. Pathologiæ Laborator*, Exercitationes pathologico-histologicas quotidie moderabitur.

HÔPITAUX, AMPHITHÉATRES ET MUSÉES.

J'ai visité l'hôpital de Gothembourg très en détail. Ce nouvel hôpital (Nya Sjukhuset) est un magnifique bâtiment à trois étages, plus de mille malades y sont soignés annuellement. Tout y est d'une propreté excessive; les salles ne renferment chacune que quelques malades. En avant de ces dortoirs se trouvent de grands couloirs remplis de fleurs et de plantes : les malheureux patients voient cette verdure de leur lit, et peuvent en jouir quand ils sont en état de marcher. Il y a, du reste, de grands jardins tout autour des constructions, absolument comme chez nous. L'hygiène au surplus est assurée par l'espace, qui ne manque pas dans toutes les villes de la Scandinavie.

Le principal asile de Stockholm est situé dans Kungshol-

Je n'appris ces derniers détails que le 22 avril par Mme B..., qui à son tour se sentait fort souffrante. Le 19 avril, elle avait éprouvé un grand malaise, avec des frissonnements, des nausées, une anorexie absolue; tous ces symptômes s'étaient accentués les jours suivants.

Bien que les phénomènes observés chez les deux enfants eussent appelé mon attention du côté de la scarlatine, je ne trouvai rien chez Mme B... qui justifiât pareil diagnostic. Fièvre vive, pouls à 90, céphalalgie, langue saburrale, anorexie absolue, pesanteur d'estomac, constipation tenace, douleurs vives dans les membres, tout cet ensemble cadrait, au contraire, assez bien avec l'idée d'un embarras gastrique fébrile, et cela d'autant plus qu'il n'y avait aucune manifestation angineuse, aucune éruption, *au troisième jour* de la maladie.

Le 23 avril, un purgatif détermina une légère détente; mais à ce moment la malade accusa une assez vive douleur dans la gorge, qui était le siège d'une rubéfaction assez notable.

Le lendemain enfin, *cinq jours* après le début de la maladie, Mme B... se plaignit d'une sensation légère de démangeaison au niveau des bras et je constatai à ce niveau et sur le thorax une éruption franchement scarlatineuse, d'un rouge framboisé, avec pointillé très net et quelques vésicules de miliaire. La fièvre n'avait pas diminué, et la langue offrait toujours le même aspect saburral.

Le 25 avril, l'exanthème avait envahi le corps entier et l'érythème pharyngé s'était encore accusé.

Le 26 avril, la situation ne se modifia guère; le 27, l'exanthème commença à pâlir, la fièvre tomba, l'appétit réapparut quelque peu et les douleurs dans les membres, qui préoccupaient surtout la malade, disparurent.

L'amélioration se fit d'une manière progressive les jours suivants; le 29, la peau avait recouvré sa couleur normale et la malade entra en convalescence. En raison de la torpidité assez persistante des fonctions digestives, celle-ci fut assez lente. Il se produisit, au niveau des extrémités supérieures et inférieures, une desquamation légère, dont, dès le 2 mai, on ne trouvait plus traces.

Est-il nécessaire de discuter la nature de la maladie qui a successivement frappé trois des membres de la famille B...? Si chez les deux enfants, pris isolément, le garçon surtout, le diagnostic d'éruption scarlatiniforme était soutenable, peut-il être défendu en présence des phénomènes présentés quelques jours après par Mme B...?

Mais, si nous avons eu réellement affaire à trois cas de scarlatine, que d'anomalies ils ont présentés! Dans le premier cas, éruption à localisation insolite, sans aucune manifestation morbide appréciable; dans le second, prodromes rappelant bien plus ceux de la rougeole que de la scarlatine, et cela chez une enfant ayant eu déjà une atteinte incontestable de cette dernière maladie; enfin, chez Mme B..., apparition de l'enanthème pharyngé au quatrième jour, et de l'exanthème au cinquième jour seulement de la maladie! Ce dernier fait est tellement insolite, que l'on peut se demander si la fièvre éruptive n'est pas venue, chez elle, se greffer sur un autre état morbide absolument différent, comme un embarras gastrique fébrile.

Il serait difficile, croyons-nous, de se prononcer absolument à cet égard, alors surtout que l'on n'a pu suivre, particulièrement au point de vue de l'évolution thermique, les premiers jours du processus pathologique. Mais cette hypothèse n'en offre pas moins un bien faible degré de vraisemblance et les probabilités semblent en faveur de l'idée d'une scarlatine, ayant eu une période d'invasion de quatre à cinq jours : fait dont on trouve d'ailleurs quelques exemples dans la science, notamment l'observation rapportée par Trousseau dans ses cliniques où l'éruption n'apparut qu'au huitième jour de la maladie.

L. Dreyfus-Brisac.

Traitement du choléra.

(Suite. — Voyez le numéro 36.)

4° *Inhalations médicamenteuses.* — Il est un autre procédé d'absorption thérapeutique, très variable quant à son efficacité réelle, mais qui mérite d'être essayé encore. Nous voulons parler des *inhalations médicamenteuses.* Après avoir constaté, dans la période algide du choléra, l'insuccès obtenu en faisant prendre au malade des quantités plus ou moins grandes d'eau oxygénée, pure ou dont la saveur se trouvait modifiée par une substance alcoolique ou aromatique quelconque, plusieurs médecins ont expérimenté, à Toulon surtout, les *inhalations d'oxygène.* En 1832 et en 1849, on avait essayé l'air atmosphérique, additionné d'oxygène. Sous la direction du docteur Troncin, les inhalations d'oxygène pur, respiré pendant une ou deux minutes consécutives à l'aide d'un tube directement introduit dans l'une des

---

men; il se nomme Seraflmerlasarettet et contient plus de 300 lits; l'Ecole de médecine est en face.

Nous citerons aussi l'allmänna Barnbördshuset (maison d'accouchement), où il naît chaque année plus de 500 enfants; l'infirmerie d'enfants fondée par la reine Louise, épouse de Charles XV; le Garnisonssjukhuset, avec 450 lits; la maison des aliénés, etc.

A Upsal, existe au sud de la ville le magnifique hôpital de l'Académie. A Christiania il y a six hôpitaux; nous n'avons vu que l'hôpital du royaume, le plus grand, avec 289 lits.

Quant aux musées et aux bibliothèques, ils sont dans toutes les villes à la hauteur du niveau très élevé de l'instruction scandinave. Ceux de nos confrères qui visiteront Upsal ne devront pas manquer de rendre visite à Carolina Rediviva, le temple de la science par excellence; ils verront là la plus grande bibliothèque de Suède, avec 200 000 volumes. Son plus précieux trésor est le *Codex Argenteus*, traduction gothique. Ce livre est le plus ancien échantillon, non seulement de la langue, mais aussi de l'imprimerie, car le texte est à peu près de la même manière que les relieurs impriment encore de nos jours les titres des livres sur le dos ou la reliure même. Est encore digne d'attention le *Dialogus creaturarum moralizatus*, imprimé en 1487.

L'étage supérieur contient la grande salle des solennités, où nous avons vu recevoir les nouveaux docteurs.

Imposantes cérémonies, entremêlées de discours en latin et de coups de feu, qui font savoir au royaume que le corps des médecins compte de nouveaux confrères.

Ici se bornent nos modestes remarques sérieuses sur l'enseignement médical; une autre fois, si le feuilleton de la *Gazette hebdomadaire* est encore gracieusement mis à notre disposition, nous raconterons combien l'exercice médical est pénible dans d'aussi vastes contrées, à quelles aventures il expose. Nous dirons aussi comment se soignent les Lapons, qui, eux, n'ont pas de médecins contrôlés par la Faculté.

Dr Labonne.

narines, ont donné d'excellents résultats. « Sous l'influence de l'oxygène ainsi administré, dit M. le docteur Cunéo, six malades que nous considérions comme désespérés ont été véritablement ressuscités ; le pouls, qui avait disparu, est devenu d'abord sensible, puis s'est développé ; la température périphérique s'est élevée d'une manière manifeste, la peau a perdu sa cyanose et s'est colorée en rose. Dans quelques cas, la réaction est devenue assez énergique pour qu'on songeât à la modérer. » Les inhalations d'oxygène sont donc parfois très utiles ; elles conviennent surtout dans le choléra asphyxique. Elles ont paru sans résultat dans le choléra adynamique sans cyanose ni refroidissement. M. le docteur Trastour constate aussi les effets très favorables des inhalations d'oxygène, qui prolongent l'existence chez les malades arrivés à la période asphyxique et permettent ainsi d'agir plus longtemps et par conséquent avec plus de chances de succès.

Les inhalations d'*air ozonisé* ont également paru utiles. On a pu lire à ce sujet, dans un des derniers numéros de la *Gazette hebdomadaire* (p. 580), les conclusions de M. le docteur Onimus. Mais l'expérience n'a été encore ni assez longue ni assez complète pour qu'il soit possible de recommander l'air ozonisé au même titre que l'oxygène.

Il est enfin un médicament dont personne n'a encore parlé, mais qui, d'après ses effets physiologiques sur la circulation capillaire et en raison des résultats qu'on en obtient dans les accès épileptiques, dans les ischémies cérébrales, etc., mériterait aussi d'être essayé dans la période algide du choléra : nous voulons parler du *nitrite d'amyle*. Après avoir constaté à maintes reprises que l'on pouvait, à l'aide de ces inhalations, faire avorter à sa période d'*aura* une crise épileptique et rappeler à la vie des malades cyanosés, asphyxiant dans le cours d'une crise d'asthme, d'asystolie ou de congestion cérébrale ou pulmonaire, nous avons pensé que le même agent ne serait pas sans efficacité dans l'asphyxie cholérique. Le procédé thérapeutique est d'ailleurs des plus simples. Il suffit d'avoir à sa disposition un certain nombre de petits tubes homœopathiques dans lesquels on introduira un tampon de coton hydrophyle imbibé de 8 à 10 gouttes de nitrite d'amyle. Le tube ayant été débouché au moment de l'attaque de choléra asphyxique, on en ferait respirer le contenu pendant quatre ou cinq minutes et l'on pourrait, suivant les effets produits, renouveler deux ou trois fois cette opération. Cette médication est inoffensive. Peut-être serait-elle efficace.

Les différentes méthodes thérapeutiques que nous avons indiquées jusqu'à présent conviennent à presque toutes les formes que peut présenter une attaque de choléra. Bien dirigées, continuées pendant un temps suffisant, et surtout variées avec tact et intelligence, suivant que les effets obtenus sont plus ou moins avantageux, elles donneront parfois des résultats très favorables. Comme tous les malades, les cholériques peuvent guérir s'ils sont bien soignés, c'est-à-dire si la maladie dont ils sont atteints est prise à temps et combattue, périodes par périodes, avec autant d'énergie que de patience. On devra donc toujours, en présence d'un cholérique, comme lorsqu'il s'agit d'une fièvre typhoïde grave ou d'une diphthérie, savoir répondre à temps aux indications qui se présentent, et, tout en évitant de multiplier inutilement les médicaments que l'on prescrit par la voie stomacale, ne jamais hésiter à essayer une médication qui paraît rationnelle ou qui, dans des cas analogues, a paru réussir. Il est toutefois, dans la maladie qui nous occupe, des circonstances où le découragement se comprend et s'excuse. Nous voulons parler de ces cas dits *foudroyants* qui, en quelques heures, emportent un malade. Soit que les prodromes de l'atteinte cholérique aient été méconnus, soit que l'attaque ait été immédiatement très grave, il arrive assez souvent, à l'apogée d'une épidémie, que le médecin ne soit appelé près d'un cholérique que pour trouver un agonisant; il arrive plus souvent encore que, malgré son dévouement, son activité et le soin avec lequel il s'est efforcé d'enrayer la maladie, il assiste au développement fatalement progressif des symptômes les plus graves, du collapsus algide et de l'asphyxie cholériques. C'est dans ces cas que l'adage : *Ad extremos morbos extrema remedia* a pu être rappelé, et que l'on est autorisé à tout essayer pour sauver le moribond, près duquel on resterait impuissant si l'on se bornait à prescrire des médicaments qu'il n'absorbe plus, ni par la voie intestinale, ni par la voie hypodermique, ni même par la voie pulmonaire.

5° *Injections intraveineuses.* — Toutes les fois donc que l'on n'aura rien ou presque rien obtenu à l'aide des méthodes thérapeutiques précédentes, ou bien lorsque l'on sera à l'avance assuré de leur inefficacité, il sera permis d'avoir recours à une pratique que divers procédés opératoires rendent de nos jours plus facilement réalisable. Les injections intraveineuses d'eau pure ou de sérum artificiel n'ont pas encore, en France du moins, ni dans l'épidémie actuelle, ni dans les épidémies précédentes, donné au point de vue pratique ce que la théorie qui les avait fait préconiser permettait d'en attendre. M. le docteur Trastour, qui les a essayées d'abord avec de l'eau pure, puis avec le sérum artificiel dont M. Hayem a donné la formule, a perdu tous les malades sur lesquels il avait tenté cette opération. Et cependant, pratiquée avec le transfuseur Dieulafoy, elle avait été faite dans les conditions les meilleures. Malgré ces insuccès, nous devons indiquer ici ce qui pourrait être tenté encore. Quelques succès obtenus en Écosse et en Angleterre, et les faits observés par M. Trastour lui-même et par tous ceux qui, comme lui, n'ont eu guère que des revers (nous citerons MM. Hérard, Gubler, Hénocque, Duchaussoy, Dujardin-Beaumetz, etc.), c'est-à-dire le relèvement du pouls, le réveil momentané des forces et de l'intelligence, enfin le retour de la calorification succédant presque immédiatement à l'injection intraveineuse permettent d'espérer que cette méthode thérapeutique pourra un jour devenir plus efficace si elle est un peu modifiée. Théoriquement, en effet, il est logique de chercher à régénérer le sang diminué de quantité, épaissi, surchargé d'acide carbonique, devenu acide, enfin adultéré par les produits excrémentitiels qu'y accumule l'arrêt de toutes les sécrétions. Comme l'a fort bien démontré M. Potain (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1873, p. 375) : « La concentration du sérum et de l'albumine, jointe à celle des globules, constitue un obstacle réel et considérable à la circulation, et il est rationnel de chercher à diluer le sang par une injection intraveineuse pour en faciliter la circulation. » Mais comment parvenir à diluer le sang tout en évitant d'adultérer ses globules? Plusieurs médecins s'étaient efforcés, dans ce but, de faire absorber par la voie gastro-intestinale (méthode Moissenet) ou par la voie pulmonaire (injections trachéales de Kiss) une solution de chlorure de sodium (en général 4 grammes de sel marin dans 150 grammes de véhicule). Mais, malgré les résultats relativement favorables annoncés par M. Moissenet (11 décès sur 44 cas, dont 26 graves), nous

croyons, avec M. Desnos, que, dans la période algide grave, l'absorption des alcalins ou d'une potion saline est presque toujours impossible. Il faut donc, dans ces cas trop souvent considérés comme désespérés, avoir recours aux injections intraveineuses.

Celles-ci ont été conseillées tout d'abord en 1830 par Jaehnichen et Marcus (de Moscou), en 1832 par Magendie, puis par différents cliniciens. M. Dujardin-Beaumetz, qui a bien étudié leur action et les résultats obtenus par ceux qui les ont employées, a publié, dans l'intéressant mémoire qu'il a communiqué à la Société des hôpitaux (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1873, p. 321) plusieurs observations très instructives et un historique assez complet de la question. Il en résulte que *presque toujours* une amélioration très sensible succède à l'injection; le pouls reparaît; la voix devient plus nette; les malades se réveillent, demandent à s'alimenter; la figure reprend une coloration rosée; l'algidité cesse; la guérison paraît prochaine. Mais au bout de quelques heures, *si l'on abandonne les cholériques, si l'on cesse les injections*, le collapsus reparaît, et la mort est alors très rapide. Une autre conclusion non moins importante est à déduire des observations que nous avons sous les yeux. Plus la quantité de liquide injectée a été considérable, plus rapide, plus sensible, plus durable a été l'amélioration constatée. Aussi doit-on signaler avec insistance les faits que nous apportent les documents réunis et rappelés par M. Dujardin-Beaumetz.

Thomas Latta publie trois observations, toutes trois très favorables à la thèse qu'il défend. Voici les deux principales :

Chez un homme, il injecte en une demi-heure $4^{kg},27$ de la solution suivante à la température de 43 à 44 degrés Réaumur :

Muriate de soude...........	3 à 5 grammes.
Sous-carbonate de soude.....	$2^{gr},50$
Eau distillée...............	$2^{kg},832$

Un grand soulagement suit cette opération. Dans la journée, il injecte de nouveau 6 livres ($2^{kg},730$) de cette même solution. Le malade guérit.

Chez une femme de cinquante ans, agonisante, l'injection est portée à la dose de $10^{kg},230$ de ce même liquide dans une période de vingt-quatre heures. La malade guérit.

Les observations suivantes méritent également d'être rappelées :

Femme de trente-huit ans, enceinte de six mois. Période algide du choléra; injection dans les veines de la solution suivante à la température de 105 degrés Fah. (40 degrés centigrades) :

Muriate de soude.............	4 grammes.
Carbonate de soude...........	$0^{gr},06$
Eau.........................	$1^{kg},119$

Première injection de $1^{kg},119$. Amélioration. Une heure et demie plus tard, nouvelle injection de $2^{kg},611$. Amélioration. Cinq jours plus tard, rechute. Nouvelle injection de 250 grammes. Guérison. Avortement. Phlébite légère (docteur Craigie).

Homme de quarante-cinq ans. Période algide. Injection de $1^{kg},892$ en quarante minutes. Guérison (docteur Gerdwood.)

Jeune femme. Période algide. Injection de $1^{kg},119$ de la solution de Latta. Guérison (Gerdwood).

M. Dujardin-Beaumetz affirme que, en 1850, on comptait déjà plus de trente succès obtenus par cette méthode des injections intraveineuses *abondantes*. De tous les faits qu'il rapporte, le plus remarquable est le suivant :

Homme de vingt-neuf ans. Période algide. Agonisant. Injection de 2 litres de la solution de Latta. Amélioration. Une heure et demie plus tard, injection de 2 autres litres. Amélioration, puis rechute. Deux heures après, troisième injection de 2 litres; puis, vers la fin de la journée, deux nouvelles injections. En résumé, $13^{kg},190$ de la solution saline ont été injectés en treize heures et en sept opérations successives. Et le malade guérit! (Docteur Th. Weatherill, de Liverpool.)

Aux insuccès de nos compatriotes on peut donc opposer ces résultats favorables. M. Hérard, qui se servait de la solution suivante :

℞ Eau distillée..............	1000 grammes.
Chlorure de sodium........	$4^{gr},50$
Phosphate de soude........	$1^{gr},25$
Chlorure de potassium... ..	$0^{gr},25$
Carbonate de soude........	$0^{gr},50$

n'en a injecté que 60 grammes à un premier malade; 150 grammes à un second; 1100 grammes à un troisième. MM. Hérard, Dujardin-Beaumetz, Duchaussoy, Hénocque, Oulmont, etc., n'ont guère dépassé ces doses. Leurs observations ne sont donc point comparables à celles des médecins anglais.

Mais est-il prudent d'introduire dans le sang d'aussi grandes quantités de liquide, et la nature même du médicament injecté n'a-t-elle pas une influence sérieuse sur les effets qu'on en peut obtenir? C'est à ces questions que M. Hayem (*Revue scientifique*, 19 juillet 1884, p. 70) s'est efforcé de répondre. Après diverses expériences pratiquées sur les animaux, il est arrivé à cette conclusion que l'on peut « doubler la masse du sang avec de l'eau sans rendre les animaux malades », et il en conclut que, chez un cholérique, une injection de 2 litres d'eau peut être facilement supportée. Mais l'eau pure détruit rapidement les globules rouges, et les succès obtenus par les injections d'eau ordinaire (celui de Lorain entre autres) ne peuvent s'expliquer qu'en admettant que, dans certaines circonstances, l'eau injectée peut rapidement se charger des principes albuminoïdes du sang.

M. Hayem recommande de se servir d'une solution analogue au sérum sanguin et qu'une expérience directe lui a démontrée inoffensive. Cette solution est la suivante :

Eau........................	1000 grammes.
Chlorure de sodium..........	5 —
Hydrate de sodium...........	1 —
Sulfate de soude.............	25 —

Le sulfate de soude aurait pour avantage, non seulement d'aider à la conservation des globules, mais encore de favoriser la constipation et par conséquent de s'opposer à de nouvelles déperditions de liquide et de hâter la résorption de celui qui est déjà contenu dans l'intestin.

La dose à injecter serait précisée par la numération des globules ou le dosage de l'hémoglobine. M. Hayem ne dit pas explicitement s'il conseille, comme nous, de répéter souvent ces injections; mais il insiste sur la nécessité de diminuer la dose de sulfate de soude dans le cas où l'on injecterait beaucoup de liquide, et, pour préciser, de ne pas introduire dans le sang et dans les vingt-quatre heures, plus de 30 grammes de sulfate de soude chez un homme adulte.

Comme le liquide indiqué par M. Hayem a été étudié expérimentalement et comme il paraît répondre à toutes les indications, nous ne donnerons pas la formule de ceux qui ont été conseillés par d'autres médecins. Celui que recom-

mandait, en 1873, M. Dujardin-Beaumetz est plus compliqué et a l'inconvénient d'altérer les globules sanguins.

Le liquide injecté ne doit pas être porté à une température trop élevée; 37 à 38 degrés centigrades paraissent suffisants. Il doit être injecté lentement, comme l'ont recommandé M. Potain, et après lui Kronecker et Leyden, de telle façon que 20 centimètres cubes environ passeraient durant une seconde dans le torrent circulatoire. A cette condition, on pourra, sans inconvénient, faire passer, à chaque opération, plus de 1 litre de la solution saline et recommencer l'injection aussi souvent que reparaîtrait le collapsus algide.

Quant au manuel opératoire des injections intraveineuses, il varie beaucoup aussi suivant les médecins qui les ont employées. Le meilleur instrument, le plus facile à employer, celui qui s'oppose le mieux à l'introduction de l'air dans les veines nous paraît être le transfuseur de Dieulafoy. Il suffirait, avant de s'en servir, d'isoler par la dissection la veine, qu'une simple ligature ne peut plus, chez un cholérique, rendre suffisamment turgide. Mais tous les médecins n'ont pas cet appareil et, dans le cas qui nous occupe, il importe d'agir vite. Disons donc que M. Dujardin-Beaumetz s'est servi d'un irrigateur dont la soupape fonctionne régulièrement. Cet irrigateur, rempli de la solution saline, est plongé dans un vase contenant de l'eau chaude à la température de 41 ou 42 degrés. « A l'extrémité du tube de l'irrigateur est placé un tube en caoutchouc, auquel est ajoutée une extrémité de métal qui pénètre jusqu'au bout inférieur de la gaine d'un trocart (?). » Ce trocart est celui du transfuseur de Mathieu.

M. Potain employait un flacon à trois tubulures, dont l'une reçoit un thermomètre, une autre un tube qui plonge au fond du vase, la troisième un tube qui ne pénètre que de 1 centimètre dans le flacon. Le thermomètre sert à s'assurer de la température du liquide à injecter. Au tube, qui ne pénètre que fort peu dans le flacon, est adaptée la poire en caoutchouc de l'appareil de Richardson, laquelle refoule de l'air et le comprime dans le flacon. Le liquide contenu dans celui-ci remonte dès lors par le long tube de verre auquel fait suite un tube de caoutchouc dévulcanisé et muni d'un trocart ou d'une canule fine que l'on introduit dans une des veines dorsales du poignet préalablement mise à nu et incisée.

M. Grasset conseille de se servir de l'appareil transfuseur de Bouveret (*Lyon médical*, 1884, 26, p. 271).

Enfin M. Hayem a fait usage de la pompe aspirante et foulante adaptée au transfuseur de Roussel. Cette pompe en caoutchouc est munie à chacune de ses extrémités d'un tube de 1 mètre de long. L'un de ces tubes plonge dans le vase qui contient le liquide à injecter, l'autre porte à son extrémité une canule ou un trocart.

De tous ces appareils, le plus pratique, si on n'a pas à sa disposition le transfuseur de Dieulafoy, le plus sûr et le plus facile à faire exécuter partout est encore celui qu'a décrit M. Potain.

Nous ne dirons rien ici des injections médicamenteuses proprement dites. Elles ont donné des résultats peu encourageants (Duchaussoy) et les accidents observés lorsque, dans la pratique des injections hypodermiques, il arrive d'introduire l'aiguille dans une veine et d'y faire parvenir directement 5 milligrammes ou 1 centigramme de chlorhydrate de morphine nous font considérer comme très dangereux le conseil donné par M. Hayem d'ajouter « au liquide d'injection de 2 à 5 *centigrammes* (!) de chlorhydrate de morphine qu'on ferait pénétrer en une ou plusieurs fois ». Nous ne ferons aussi que signaler les injections intrapéritonéales au sujet desquelles les données expérimentales sont encore trop restreintes.

III. *Période de réaction.* — Nous arrivons au traitement de la dernière période du choléra. La phase d'algidité et de collapsus a été traversée. Le malade se réveille et se réchauffe. Mais, si l'on ne suit pas avec la plus minutieuse attention la marche des symptômes qui caractérisent cette *réaction*, on s'expose à voir bientôt survenir des accidents non moins graves que l'algidité et pleins de péril pour le malade. Il importe donc de ne jamais oublier que, dans le choléra épidémique, la convalescence est toujours longue et rarement exempte d'accidents.

Si la réaction s'établit franchement, qu'il y ait ou non de la fièvre, c'est-à-dire si le pouls se relève en même temps que disparaissent l'algidité et la cyanose; si l'œil se ranime, si l'oppression, les crampes, l'anxiété cardialgique disparaissent; si les sécrétions se rétablissent, enfin si la diarrhée et les vomissements diminuent progressivement pour cesser tout à fait, on se bornera à maintenir le malade au lit, à lui donner comme alimentation des bouillons, des potages, et comme boissons des limonades acidulées et vineuses ou de la tisane de quinquina. Dans cette période de réaction franche, l'opium et les excitants alcooliques doivent être proscrits. Si le malade a très soif, on peut lui donner à boire d'assez grandes quantités de limonade acidulée; si la fièvre est vive, on appliquera des compresses froides sur le front, on insistera sur les acides (l'eau de Rabel, l'élixir de Haller, etc.); enfin on pourra commencer, mais à doses relativement faibles (25 ou 50 centigrammes par jour) l'administration du sulfate de quinine. On a aussi conseillé, dans ces cas, l'alcoolature d'aconit, le veratrum album, la vératrine. Mieux vaut se borner aux soins hygiéniques et aux quelques médicaments que nous venons d'indiquer. Il est toutefois un symptôme qui mérite d'être surveillé. Si la diarrhée cesse brusquement, cet arrêt est souvent non la cause, mais l'indice d'un état assez sérieux et, dans ces cas, on pourra avec avantage, comme l'indique le docteur d'Almeida Azevedo, rappeler les sécrétions intestinales avec l'huile de ricin (ou le calomel) et attendre ainsi la guérison.

Mais assez fréquemment *la réaction est incomplète ou irrégulière.* On observe dès lors ou bien un état d'adynamie des plus marqués, avec alternatives de réaction ou d'algidité, prostration complète, diminution graduelle, puis disparition du pouls, enfin mort par *asphyxie*, ou bien un état ataxique avec agitation, délire, etc. Dans le premier cas, il importe de continuer l'usage de certains excitants, et en particulier l'acétate d'ammoniaque à hautes doses; de prescrire des bains sinapisés ou des frictions térébenthinées, enfin de faire prendre au malade des boissons amères et toniques, de l'extrait de quinquina, etc., et de combattre la diarrhée par des lavements de ratanhia. L'*opium* sous toutes ses formes est ici encore plus nuisible qu'utile et les toniques sont seuls bien indiqués. Si, au contraire des *phénomènes congestifs* viennent à se produire soit du côté abdominal soit du côté encéphalique, les révulsifs externes (sinapismes, frictions, badigeonnages au collodion, etc.) joints à l'administration de purgatifs (huile de ricin et calomel) ou bien les grands bains avec affusions froides seront souvent utiles.

Il est encore, dans la période de réaction, deux ordres de manifestations qui méritent des soins spéciaux. Nous voulons parler de l'état dit *typhoïdique* ou adynamique, que M. Mesnet a bien décrit, et de l'état *méningitique* ou mieux

ataxique, qui est si fréquemment suivi de mort. Dans l'*état typhoïde*, très souvent observé dans le cours de la dernière épidémie, on conseillera les grands bains tièdes, avec affusions froides, les lavements de vin avec addition d'extrait de ratanhia, les injections hypodermiques d'éther, les inhalations d'oxygène, les toniques sous forme d'extrait ou de vin de quinquina, enfin et surtout le *sulfate de quinine*, qui paraît le médicament le mieux indiqué dans cette période (1).

Dans la *forme ataxique* les bains tièdes prolongés, avec ou sans affusions froides, les enveloppements au drap mouillé, les révulsifs appliqués aux extrémités et parfois, si le pouls est plein, dur, vibrant, les émissions sanguines locales (ventouses scarifiées, sangsues, etc.) ou même générales peuvent rendre de grands services; à l'intérieur on recommandera l'alcoolature d'aconit, les antispasmodiques et en particulier les lavements de musc, enfin le sulfate de quinine, que l'on pourra administrer par la voie hypodermique sous forme de *lactate* (2), le plus soluble et l'un des plus facilement absorbables des sels quiniques.

En résumé, c'est dans cette période de réaction surtout qu'il faut du tact et de l'attention pour répondre au moment voulu et surtout dans une mesure juste et convenable aux indications si variées qui peuvent se présenter. C'est une médication de symptômes qui convient surtout ici et, comme d'ailleurs dans les autres phases de la maladie, ce sont les méthodes thérapeutiques externes et quelques rares médicaments qu'il importe de préférer.

Nous ne croyons pas nécessaire de rappeler, à la fin de cette étude, et sous forme de résumé synthétique, les principaux médicaments dont nous avons indiqué le mode d'administration et l'utilité probable, soit dans la période prémonitoire, soit dans l'état algide, ou encore quand la réaction se fait anormalement. Disons seulement que, contre la diarrhée prodromique et aussi dans le but de chercher à entraver la reproduction du microbe cholérigène, nous avons conseillé, avec l'opium et les antispasmodiques, la *poudre d'iodoforme* prescrite sous forme pilulaire; que, dans l'état algide, nous pensons que les *inhalations de nitrite d'amyle* et les *injections d'éther pratiquées coup sur coup* jusqu'à effet thérapeutique pourraient rendre de grands services si on les associait aux inhalations d'oxygène et aux pratiques hydrothérapiques; enfin que, dans les cas où toute absorption paraît entravée, les injections intraveineuses *abondantes et fréquemment répétées* combattraient peut-être avec avantage les accidents observés. Mais, nous ne saurions assez le répéter, s'il est vrai que le choléra soit une maladie grave, dont la mortalité est restée jusqu'à ce jour très élevée, qui surprend souvent par la violence de ses attaques et la rapidité de sa marche, nous sommes convaincu cependant que, bien dirigée, bien appliquée et surtout surveillée à tous les instants, une médication rationnelle peut sauver bien des malades à la condition que le médecin s'astreigne à revoir *très fréquemment* ceux qu'il prétend guérir, à la condition qu'il lutte, heure par heure, en variant, suivant les indications qui se présentent, les médications que nous avons énumérées.

L. Lereboullet.

(1) Nous recevons, trop tard pour pouvoir en faire usage, une brochure *sur les remèdes violents dans le choléra*. L'auteur, M. Pécholier, s'élève contre les médications violentes, qui ont souvent pour effet d'amener la réaction typhoïdique.

(2) Nous compren·ns difficilement pourquoi l'on ne prescrit pas plus souvent le lactate de quinine en injections hypodermiques, alors qu'une seringue de Pravaz (1 gramme) d'eau distillée peut en dissoudre 20 à 25 centigrammes.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Contribution a l'étude des tumeurs fibreuses de la langue. Fibro-myome de la langue, par M. Ed. Blanc, interne des hôpitaux de Lyon.

Les tumeurs fibreuses de la langue sont très rares, à peine en connaît-on quelques observations bien authentiques. Leur siège est variable; on les rencontre en effet tantôt dans la profondeur, tantôt à la surface de la langue. Dans la plupart des observations, la maladie occupait la face dorsale et la région antérieure de l'organe; mais la base, et ce n'est pas un des points les moins intéressants de notre observation, en est exceptionnellement le siège.

Les traités classiques ne citent guère que le cas fameux de Pooley, publié dans *The American Journal*, d'avril 1872. Il s'agit d'une jeune fille affectée d'une tumeur fibreuse située à la base même de la langue et qui déterminait des accès de suffocation, en venant s'appliquer sur l'orifice supérieur du larynx. Contrairement à ce que l'on observe pour de telles tumeurs, elle s'ulcéra et il survint des hémorrhagies si abondantes et si graves, que la jeune fille était arrivée à un degré extrême d'anémie; ce fut ce qui décida Pooley à intervenir.

Déjà cependant en 1869, J.-F. Fith, de Francestown, avait observé une semblable lésion, mais ce n'est que plus tard, en juillet 1872, que la lecture du cas précédent l'amena à publier sa propre observation, à laquelle il en joignit deux autres, les seules qu'il put trouver dans la littérature médicale. Il en fit le sujet d'un article pour *The American Journal of medical sciences*, article qui fut résumé et traduit par M. P. Berger dans les *Archives de médecine* de la même année. Nous empruntons à ce chirurgien le résumé des observations précédentes.

Nous avons, de notre côté, vainement recherché, dans les divers recueils, un autre exemple de cette rare et curieuse affection; l'observation que nous allons rapporter est, croyons-nous, la première qui ait été publiée en France.

Voici d'abord le cas de Fith:

Obs. — « Miss H., trente ans. Vint me consulter le 1er mai pour un léger mal de gorge, suite d'un refroidissement. J'examinais le pharynx en déprimant la langue, quand je découvris à la base de celle-ci une petite tumeur de la taille d'une aveline. La malade ignorait absolument son existence. Il n'y avait eu ni gêne, ni douleur, ni dyspnée, ni dysphagie, ni hémorrhagie qui pût annoncer sa présence; en un mot, jamais elle n'avait souffert du gosier, si ce n'est à la suite du refroidissement.

» La tumeur occupait exactement la ligne médiane, sur la base de la langue elle était située tellement en arrière qu'on éprouvait une certaine difficulté à passer le doigt derrière elle; excessivement dure, incompressible et immobile, elle était sessile ou tout au moins, son pédicule, s'il existait, était assez large pour ne pouvoir remuer. L'examen, quoique pénible, n'était pas douloureux.

» Je soignai la malade jusqu'en novembre, où je l'envoyai à l'hôpital de Massachussett pour y subir l'examen laryngoscopique. La tumeur cependant avait peu à peu augmenté de volume, si bien qu'on la voyait remplir la presque totalité de l'issue quand la malade ouvrait la bouche et tirait la langue.

» Quant aux troubles fonctionnels, ils étaient si légers que l'inquiétude seule pouvait en être la cause.

» Je l'accompagnai à Boston, où on ne put la recevoir. Ce fut en janvier 1870 seulement qu'elle fut examinée et opérée par Bigelow. La tumeur fut enlevée en masse avec l'écraseur pendant le sommeil anesthésique.

» Perte de sang peu abondante; guérison prompte; trois à quatre semaines après elle vaquait à son ménage.

» La tumeur fut déclarée fibreuse, ou peut-être fibreuse récidivante; mais jusqu'à présent il n'y a pas eu trace de repullulation. »

A cette intéressante observations, Fith ajoute le résumé

de deux autres. La première a été recueillie par lui dans le *Boston med. Journal*, mais, faute, d'indication bibliographique précise, il n'a pu s'assurer de son origine, et paraît fortement porté à croire qu'il s'agit du cas de Pooley.

La deuxième observation est citée par Georges Duncan Gibb dans son *Traité des maladies du cou et des voies aériennes*. Cet auteur enleva, en juillet 1862, à l'aide du miroir laryngé, une tumeur de la grosseur d'une bille, siégeant au côté gauche de la base de la langue. La personne qui la portait en était fort incommodée, le contact de la tumeur avec l'épiglotte déterminant des accès de suffocation.

Tels sont les quatre cas de tumeurs fibreuses de la base de la langue actuellement connus.

Au mois de novembre dernier, nous avions la bonne fortune d'en observer un nouvel et remarquable exemple, à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans le service de notre maître, M. le professeur Poncet.

Obs. — François M..., trente-trois ans, entre à l'hôpital le 16 novembre 1884 (salle Saint-Eucher). Pas d'antécédents héréditaires; parents morts à l'âge de quarante ans d'affections pulmonaires aiguës. Une sœur morte à dix-huit ans de maladie inconnue; deux frères bien portants; cinq enfants, dont quatre sont morts : deux du croup, un mort-né, l'autre à trois mois.

Bonne santé habituelle. Depuis l'âge de quatorze ans, il travaille dans les mines. A dix-neuf ans, anémie des mineurs; il dut alors quitter son travail et faire un séjour de huit mois à l'Hôtel-Dieu.

Complètement rétabli, il reprit un an après son travail de mineur, qu'il a continué jusqu'à ce jour. Depuis, santé excellente.

Il entre à l'hôpital pour une tumeur du pharynx, sur le début de laquelle il ne peut nous donner aucun renseignement.

Depuis une dizaine d'années, les personnes qui l'entourent lui signalaient un timbre particulier de sa voix, elle était rauque et nasonnée, caractère qu'on retrouve actuellement sans que le malade puisse dire s'il s'est accentué.

Pendant ces dix dernières années, il ne se souvient pas d'avoir jamais ressenti aucun malaise du côté du pharynx. Pas de symptômes de dyspnée, ni de dysphagie; jamais d'hémorrhagie.

Néanmoins, en interrogeant avec insistance le malade, on lui fait avouer certains symptômes assez vagues, et qui ne l'avaient jamais frappé. Ainsi il nous raconte que sa femme se plaignait fréquemment d'être réveillée la nuit par un bruit de ronflement exagéré. Parfois, se trouvant endormi dans le décubitus dorsal, il était brusquement éveillé avec une sensation très pénible de manque d'air, et était obligé de se coucher sur le côté. Parfois aussi, les aliments, surtout les aliments solides, sortaient par les fosses nasales, sans secousses de toux, ni de rire : cet accident se produisait surtout au commencement du repas. Le malade accuse en outre depuis quelque temps une sensation très incommode de démangeaison dans le pharynx, occasionnant de petits accès de toux, qui surviennent plus particulièrement le soir et la nuit, et sont de peu de durée.

Tous ces symptômes semblent s'être accentués peu à peu. Le malade ne se doutait nullement de leur cause quand, il y a quinze jours, un étranger, frappé du timbre bizarre de sa voix, lui examina la gorge et lui révéla la présence d'une tumeur pour laquelle il lui conseilla de se rendre à l'hôpital.

A son entrée, M. Poncet constate dans le pharynx une tumeur du volume d'un gros œuf, piriforme, à base supérieure. Elle est médiane et verticale; son extrémité atteint et refoule le voile du palais; la luette est courbée par elle en forme d'arc à la concavité antérieure.

Du bord droit de la tumeur, on voit partir un repli muqueux, rappelant la disposition d'un ligament large, la reliant à l'amygdale.

La tumeur paraît mobile en tous sens, surtout latéralement, mais dans des limites étroites; située tout à fait à la base de la langue, elle permet le passage du doigt entre sa face postérieure et l'épiglotte; on reconnaît ainsi qu'elle est complètement indépendante, mais fixée à l'organe par une large base d'implantation.

Dure, incompressible, elle est recouverte d'une muqueuse pourvue d'un fin réseau vasculaire.

Pas d'engorgement ganglionnaire.

Quelques jours après son entrée, M. Poncet procède à l'ablation de la tumeur, attirée et maintenue au dehors par une anse de fil métallique passée au travers. A l'aide de forts ciseaux courbés sur le plat, il en excise successivement plusieurs fragments, dont l'ensemble représente plus de la moitié du volume total.

Hémorrhagie insignifiante, très facilement arrêtée par des gargarismes avec de l'eau glacée.

Les suites furent des plus simples : le malade, notablement amélioré, voulut quitter l'hôpital quelques jours après l'opération.

L'examen microscopique, fait dans le laboratoire d'anatomie générale par MM. Leclerc et Chandelux, agrégé, montre qu'il s'agit d'un *fibro-myome*, avec prédominance du tissu fibreux; les fibres-cellules sont néanmoins en très notable quantité.

Le 28 avril dernier, cinq mois après l'opération, le malade revient nous voir complètement guéri. Il raconte que, notablement amélioré, à sa sortie de l'hôpital, qui eut lieu le 24 novembre, il put reprendre immédiatement son travail. Mais au bout de trois jours, il survint brusquemment une tuméfaction considérable du cou, accompagnée de douleurs intenses dans le gosier. Ces symptômes durèrent une quinzaine de jours, pendant lesquels le malade, en proie à de vives souffrances et à une dyspnée des plus pénibles, dut garder un repos complet. A plusieurs reprises, il s'écoula par la bouche un liquide sanieux, purulent et d'une odeur infecte, provenant évidemment de la tumeur enflammée. Au quinzième jour le malade, dans un effort de toux, expulsa une masse charnue volumineuse, non pédiculée, gris noirâtre, rappelant, dit-il, « l'aspect d'un morceau de viande pourrie ». Ce bloc répandait une odeur insupportable. L'expulsion de la tumeur fut le signal d'une détente brusque des phénomènes inflammatoires.

Depuis bientôt cinq mois, le malade n'éprouve plus aucune gêne, ni de la parole, ni de la respiration. Il parle comme tout le monde; il travaille comme par le passé, sans fatigue ni essoufflement. En un mot, au point de vue fonctionnel, il paraît définitivement guéri. L'examen de l'état local ne fait, du reste, que confirmer ce pronostic; il n'existe plus de traces de la tumeur; on trouve seulement à la partie gauche du siège primitivement occupé par elle, un petit noyau cicatriciel.

Parmi les particularités les plus intéressantes de cette observation, nous ferons tout d'abord remarquer la lenteur avec laquelle s'est développée la tumeur, et surtout l'absence presque absolue des troubles fonctionnels. Voici un néoplasme qui obstrue à peu près complètement l'isthme du gosier, et le porteur en éprouve si peu de gêne et de douleur, qu'il n'en soupçonne même pas l'existence. Il faut, croyons-nous, rechercher l'explication de ce fait dans l'absence d'un pédicule long et mince, permettant à la tumeur des mouvements étendus et un facile renversement en arrière, le danger venant surtout de ses rapports avec les voies aériennes supérieures. Peut-être pourrait-on faire jouer un rôle analogue au repli muqueux que nous avons signalé à droite de la tumeur, et qui, reliant cette dernière à l'amygdale, la maintenait, semblable au ligament large de l'utérus, dans la position verticale.

Sur ce point: évolution lente et bénignité des symptômes, notre cas rappelle exactement celui de Fith, mais diffère complètement de ceux de Pooley et de Gibb, marqués tous deux par de fréquents accès de suffocation, auxquels s'ajoutaient, dans le premier cas, des hémorrhagies abondantes.

Il semble donc qu'on puisse déjà, et malgré le peu d'observations publiées, distinguer en deux grandes classes les tumeurs fibreuses de la base de la langue :

1° Tumeurs à évolution lente et s'accompagnant de troubles fonctionnels presque nuls;

2° Tumeurs à marche plus rapide et présentant des symptômes graves qui imposent parfois une intervention hâtive.

En un mot: 1° fibromes bénins; 2° fibromes malins; soit que le danger vienne de la tumeur elle-même, comme dans les cas d'hémorrhagie, soit qu'il dépende uniquement des rapports que la tumeur affecte avec l'orifice supérieur des voies aériennes.

Nous devons également insister sur ce qu'a d'insolite la guérison si prompte et en quelque sorte spontanée de notre malade. Les phénomènes inflammatoires qui l'ont immédiatement précédée nous semblent avoir joué dans l'expulsion de la tumeur un rôle capital, par l'étranglement qu'ils ont

fait subir au tissu du néoplasme et le sphacèle qui s'en est suivi. Au point de vue de l'intervention chirurgicale, on ne saurait certainement compter sur un tel mode de guérison définitive, il semble tout au moins que l'on ne doive point trop se préoccuper dans des cas analogues, de l'ablation totale de la tumeur, ablation complète, du reste, à peu près impossible, comme dans le cas présent, sans opération préliminaire, alors que le néoplasme occupe tout à fait en arrière la base de la langue avec une large implantation.

Chez notre malade, la structure de la tumeur rappelle, dans son ensemble, ainsi que le faisait remarquer M. Poncet, celle des polypes naso-pharyngiens; macroscopiquement, à la coupe, elle leur paraissait semblable, et il est permis de se demander si ces tumeurs n'ont pas dans leur évolution d'autres points communs. Ne sait-on pas, en effet, surtout depuis les observations de M. Gosselin et A. Guérin, qu'assez souvent des fibromes naso-pharyngiens, enlevés incomplètement, ont plus tard disparu, avec l'âge du sujet et des conditions nouvelles?

Un dernier point sur lequel nous devons appeler l'attention, est relatif à la structure de ce néoplasme; l'examen microscopique, qui a été fait dans le laboratoire de M. le professeur Renaut, a révélé l'existence de fibres musculaires lisses, il s'agit donc d'un fibro-myome, tumeur que nous croyons, d'après nos recherches, n'avoir jamais été signalée sur la langue.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences (Session de Blois, 1884.)

Séance générale.

La treizième session du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences vient de s'ouvrir à Blois, le jeudi 4 septembre 1884. Les séances se tiennent dans le magnifique et célèbre château de Blois, dont les salles, dans la partie construite par Mansard, ont été aménagées pour recevoir les diverses sections.

La séance d'inauguration a eu lieu dans la salle de Gaston d'Orléans, sous la présidence de M. *Bouquet de la Grye*, ayant à ses côtés M. le docteur *Dufay*, sénateur, représentant M. le maire de Blois, et MM. les membres du conseil d'administration. M. Bouquet de la Grye, suivant les traditions des présidents des précédentes sessions, a exposé, dans son discours, les progrès de la science dont il s'occupe plus spécialement, l'hydrographie. M. Dufay a souhaité la plus cordiale bienvenue aux membres de l'Association, puis M. Grimaux, par des paroles émues, a rendu un dernier hommage à la mémoire des membres les plus éminents que l'Association a perdues depuis la dernière session: J.-B. Dumas, Wurtz, Henri Martin, Brégnet, d'Haussonville, Thénard, Albert Dumont.

La séance s'est terminée par la lecture du rapport de M. Masson, trésorier, sur l'état financier de l'Association, état qui deviendra encore plus prospère par la prochaine fusion de l'Association française pour l'avancement des sciences avec l'Association scientifique de France fondée par Le Verrier, en 1864.

Cette séance d'inauguration a été immédiatement suivie d'une assemblée générale dans laquelle la création d'une nouvelle section d'hygiène et de médecine publique a été décidée. Après l'assemblée générale, les membres du Congrès se sont rendus dans les salles de section pour constituer les bureaux.

La composition du bureau pour la douzième section (sciences médicales) est ainsi arrêtée :

Président, M. Nicaise; *vice-présidents*, MM. Dufay (de Blois), Decès (de Reims); Ollivier (de Paris), Bouchard (de Paris); *secrétaires*, MM. Meunier (de Blois), Régis (de Bordeaux), Piqué (de Paris), Petit (de Paris) et Jouliard (de Paris).

Celle du bureau de la dix-septième section (hygiène et médecine publique) est la suivante :

Président, M. Lunier; *présidents d'honneur*, MM. Bouley et Pasteur; *vice-présidents*, MM. Emile Trélat et Yvonneau ; *secrétaire*, M. Bouchereau.

Section des sciences médicales.

SÉANCE DU 5 SEPTEMBRE 1884.

Nature épidémique et contagieuse de la pneumonie franche : M. Chaumier. — Application de la méthode hypodermique : M. Morice. — Pathogénie de l'angine hépatique : M. Ollivier. — Traitement de la gangrène spontanée : M. Bossette. — Traitement des kystes hordéiformes : M. Duplouy. — Traitement de la pneumonie franche : M. Chaumier. — Œdème des nouveau-nés : M. Letourneau.

M. *Chaumier* rappelle les nombreux mémoires publiés depuis quelque temps sur la nature infectieuse de la pneumonie. Ses propres observations l'ont conduit à admettre également que la pneumonie franche est une maladie épidémique et contagieuse. Sur cent et une pneumonies qu'il a eu à traiter récemment dans quelques villages des environs de Blois, il a constaté une dizaine de séries de cas se succédant rapidement ou coexistant dans une même localité. Ces séries étaient espacées les unes des autres par un intervalle de un à deux mois pendant lesquels aucun cas ne s'est produit. Ces petites épidémies se sont limitées à deux communes voisines, et commençaient généralement dans l'une alors qu'elles finissaient dans l'autre. Les enfants étaient frappés avant les adultes et dans une épidémie de trente-trois cas, il y eut vingt-trois enfants ; l'affection s'est montrée plus bénigne chez ces derniers que chez les adultes, comme c'est la règle pour les fièvres éruptives, la rougeole, la scarlatine, etc. Cinq fois seulement, M. Chaumier a observé des récidives. Souvent il a eu à soigner des pneumonies se manifestant successivement parmi les membres d'une même famille ou chez de proches voisins. Les germes de la maladie paraissent conserver leurs propriétés infectieuses pendant assez longtemps, car il a observé quelques cas de pneumonie chez des personnes habitant une pièce où avait été un pneumonique quelques mois auparavant. Dans aucune de ses observations, l'auteur n'a pu assigner à un refroidissement la cause de la maladie. La nature épidémique et contagieuse de la pneumonie indique que le traitement de cette affection doit être identique à celui des autres maladies infectieuses.

— M. *Morice* insiste sur l'utilité des injections hypodermiques comme mode d'administration de plusieurs médicaments, lorsqu'on veut obtenir une action générale rapide, ou lorsqu'on veut au contraire limiter à un point donné l'action de la substance employée. Il cite un certain nombre d'observations personnelles de fièvres intermittentes rebelles, dans lesquelles les malades prenaient sans effet de fortes doses de quinine, soit par la bouche, soit par la voie rectale, et qui ont été rapidement guéris par des injections hypodermiques de faibles doses (10 centigrammes) de bisulfate, de sulfovinate ou de bromhydrate de quinine. L'auteur recommande aussi les injections hypodermiques d'ergotine, de peptonates de fer, de mercure, ces substances étant mieux absorbées lorsqu'on les introduit sous la peau que lorsqu'elles sont ingérées.

Dans le traitement des névralgies, et entre autres de la sciatique, M. Morice s'est très bien trouvé d'injections sous-cutanées locales, d'eau salée à 1 à 2 pour 100; ou, dans les cas plus graves d'injections d'alcool, d'éther, de nitrate d'argent à

1/5 ou 1/10. Ces injections irritantes agissent comme de petits vésicatoires, ou comme un moxa; elles peuvent déterminer de petits abcès sans gravité. La solution irritante doit être d'autant plus forte que l'injection est faite plus près des centres nerveux. Pour les injections à action générale et rapide, la solution doit être parfaitement neutre.

M. *Mallez* croit que les peptonates de fer sont des composés mal connus et instables, qui la plupart du temps sont sans action. Souvent aussi les injections hypodermiques d'ergotine ne produisent aucun effet.

M. *Launois* pense que les injections sous-cutanées agissent surtout par la douleur qu'elles provoquent, dans les cas de coma par exemple.

— M. *Ollivier*, il y a déjà treize ans, avait démontré que l'angine herpétique est de même nature que le zona, et n'est que la manifestation, sur la muqueuse buccale et pharyngée, d'un zona du trijumeau. En 1880, Herzog s'est rangé à cette opinion et assigne également une origine nerveuse à l'angine herpétique.

M. Ollivier a recueilli récemment deux nouvelles observations de cette affection: dans l'une, l'angine herpétique coïncidait avec un zona de la zone ophthalmique du trijumeau; dans l'autre, avec un zona de la région innervée par le nerf sous-occipital. On peut supposer, pour expliquer cette coïncidence, l'existence de deux zonas isolés et indépendants correspondant dans le premier cas au trijumeau et au glosso-pharyngien, dans le second cas au trijumeau, au glosso-pharyngien et au sous-occipital. M. Ollivier croit plus logique d'admettre de petites anastomoses entre ces nerfs, anastomoses qui n'ont pas encore été trouvées par la dissection, mais dont l'existence lui paraît démontrée par l'observation clinique. Le zona a souvent pour cause l'action du froid : il en est de même de l'angine herpétique; celle-ci est aussi, comme le zona, plus fréquente chez la femme que chez l'homme et se manifeste de préférence au moment des règles, surtout chez les femmes dysménorrhéiques. Tous ces faits semblent donc bien prouver que l'angine herpétique peut être considérée comme un zona de la muqueuse du pharynx.

M. *Leudet* pense que le zona reconnaît un grand nombre de causes diverses et que le froid est loin d'être la cause la plus fréquente. Outre le zona d'origine nerveuse, dont la nature est admise par tout le monde, M. Leudet a démontré, depuis déjà longtemps, l'existence de zonas toxiques et infectieux; peut-être pouvait-on aussi assigner les mêmes causes aux affections herpétiques, dont la nature est encore inconnue.

M. *Verneuil* rappelle que l'étiologie et la pathogénie de l'herpès l'ont beaucoup embarrassé. Il admet aussi des zonas d'origine nerveuse périphérique, des herpès traumatiques et infectieux; mais il ne croit pas à l'existence de zona simplement *a frigore*. Les affections herpétiques ne sont jamais dues à une seule cause, elles reconnaissent toujours des causes multiples et générales.

M. *Ollivier* pense comme M. Verneuil que les affections herpétiques sont dues à des causes multiples; il a simplement démontré que l'angine herpétique et le zona étaient de même nature.

M. *Chaumier* a constaté cette année dans sa clientèle une épidémie d'angine herpétique sur de jeunes enfants.

M. *Ollivier* dit que l'angine herpétique n'est pas très commune et que M. Chaumier a probablement eu affaire à de simples amygdalites.

— M. *Verneuil* communique, au nom de M. *Bossette* (d'Angoulême), une observation de gangrène spontanée des orteils traitée par le thermo-cautère. Un homme diabétique fut atteint de gangrène du gros orteil, à la suite d'une section trop profonde d'un cor. Le gros orteil fut amputé et la gangrène fut arrêtée momentanément par des pointes de thermo-cautère autour de la lésion. Mais la gangrène ne tarda pas à envahir une partie du pied et nécessita d'abord l'ablation du quatrième orteil, puis une opération de Chopart, qui fut faite avec le thermo-cautère. Cette dernière opération amena une guérison complète. M. Verneuil insiste sur l'utilité du thermo-cautère dans les cas de gangrène chez les diabétiques, les opérations faites à l'aide du bistouri ne donnant, la plupart du temps, dans ces cas, que de très mauvais résultats.

M. *Larrive* pense qu'on aurait peut-être obtenu la guérison par l'emploi de bains d'oxygène.

M. *Verneuil* a reconnu, en effet, quelquefois les bons effets des bains d'oxygène; mais ce moyen n'est pas pratique, dans la clientèle de province et de la campagne; le thermo-cautère peut au contraire s'appliquer partout.

M. *Potain* a essayé, sans aucun succès, l'emploi des bains d'oxygène dans un cas d'oblitération des artères du membre inférieur.

MM. *Morice*, *Verchère* et *Meunier* rapportent quelques cas d'amputation à l'aide du thermo-cautère chez des diabétiques, suivis de guérison complète.

— M. *Duplouy* expose le mode de traitement qu'il emploie dans le traitement des kystes hordéiformes du poignet. Les petits kystes sont traités par l'ignipuncture; les kystes plus volumineux sont d'abord ponctionnés en deux points opposés, soumis à un lavage antiseptique à l'eau phéniquée, puis à l'ignipuncture et recouverts d'un pansement de Lister.

— M. *Chaumier*, convaincu que la pneumonie franche est une maladie infectieuse, qui la plupart du temps guéri spontanément quand elle est abandonnée à elle-même, condamne tous les traitements employés jusqu'ici, émissions sanguines, vésicatoires, antimoniaux, alcool, etc. D'après lui, on ne doit chercher qu'à soulager les malades, en diminuant la fièvre, et pour cela, les bains froids lui semblent tout naturellement indiqués. Pendant les épidémies de pneumonie qu'il a observées, il a soumis quinze enfants au traitement par les bains froids. La température du bain variait entre 28 et 32 degrés centigrades; les malades restaient dans l'eau de cinq à dix minutes, et les bains étaient renouvelés trois ou quatre fois par jour. Le bain a pour effet d'abaisser la température, de diminuer la dyspnée et de calmer la soif des malades. M. Chaumier n'a eu aucun accident et tous ses malades ont guéri rapidement.

M. *Leudet* rappelle que Chomel avait déjà employé les bains froids dans le traitement de la pneumonie; ils peuvent être utiles quelquefois, mais les autres modes de traitement ne le sont pas moins; et la saignée qu'on abandonne aujourd'hui à peu près complètement, peut rendre de grands services dans certains cas.

— M. *Picqué* donne lecture d'un Mémoire de M. *Letourneau* sur la nature et le traitement de l'œdème des nouveau-nés. L'auteur, après avoir décrit les symptômes, la marche et les lésions anatomiques de la maladie, conclut avec Paletta, que cette affection n'est pas une maladie essentielle, mais uniquement le résultat d'une asphyxie lente, due à un déplissement incomplet des alvéoles pulmonaires. La nature de l'affection indique naturellement le traitement, qui doit consister à favoriser le développement des poumons par l'insufflation.

SÉANCE DU 6 SEPTEMBRE 1884.

De l'ongle chirurgical : M. Motais. — De la capsule de Tenon au point de vue anatomique et physiologique : M. Motais. — Du traitement spécifique de la diphtérie : M. Delthil. — De la curabilité de l'artérite syphilitique : M. Leudet. — Sur la ligature élastique dans la chirurgie vétérinaire : M. Cagny. — Induration des corps caverneux : M. Duplouy. — Sur quelques réactions de la sensibilité du cœur : M. François-Franck. — Traitement du rhumatisme par les bains de vapeur térébenthinée : M. Brémond. — Sur les manipulations en thérapeutique : M. Dally. — Sur la désinfection des logis occupés par les malades atteints d'affections contagieuses : M. Dujardin-Beaumetz. — Sur les cardiopathies d'origine spinale : M. Teissier. — Des causes de localisation des cancers secondaires : M. Nicaise.

M. *Motais* présente un instrument qu'il désigne sous le sous le nom d'ongle chirurgical. Cet instrument diffère de l'ongle d'Amussat en ce que son extrémité tranchante touche la pulpe du doigt. Le doigt sent donc très exactement les tissus sur lesquels l'instrument s'appuie. On opère aussi sûrement qu'avec l'ongle naturel et avec beaucoup plus de force. L'auteur l'a employé dans les polypes, les ruginations du périoste, l'ablation des ganglions cancéreux de l'aisselle.

M. *Nicaise* croit que l'emploi de cet instrument ne serait pas sans danger dans le creux de l'aisselle à cause du voisinage de l'artère et surtout de la veine axillaire.

M. *Motais* répond qu'il n'a jamais eu d'accident de ce genre sur 25 à 30 opérations dans lesquelles il a employé cet instrument, parce que la disposition de l'instrument permet de se rendre un compte exact des tissus sur lesquels on opère et de mesurer la force employée.

— M. *Motais* a fait une étude approfondie et très étendue des muscles de l'œil et de la capsule de Tenon chez l'homme et dans toutes les classes de vertébrés.

Les insertions, la direction, le volume des muscles présentent des caractères différents suivant les classes de vertébrés et même suivant les genres et les familles. Ces différences sont extrêmement nombreuses ; nous ne noterons que les plus importantes.

Chez les poissons, les muscles s'insèrent en arrière dans un canal sphénoïdal plus ou moins complet. L'ordre d'insertion dans ce canal est à peu près constant et décrit avec soin. L'insertion scléroticale se rapproche du pôle postérieur — sauf pour le muscle droit postérieur. — Cette insertion, défavorable en apparence, ne l'est pas en réalité à cause de la direction de l'axe du globe par rapport à la direction du muscle. Cependant les plagiostomes font exception. Leurs muscles s'insèrent en arrière sur une tige cartilagineuse de forme variable qui supporte le globe de l'œil.

Chez les reptiles (boas et crocodiles), les muscles sont d'un volume très faible comme le globe lui-même. Leur muscle rétracteur dans certaines espèces (grenouille) offre une disposition remarquable. Chez les oiseaux, les muscles de l'œil sont encore plus réduits et prennent un point d'insertion tel qu'ils n'ont qu'une action extrêmement limitée. Cependant le *Sula Bassana* fait exception. Chez les mammifères, la disposition du muscle choanoïde, les connexions musculaires des muscles obliques et droits entre eux sont d'autant plus intéressantes, que ce dernier caractère a fait rechercher et trouver à l'auteur une disposition analogue chez l'homme.

L'étude de la capsule de Tenon offre un intérêt particulier parce que les auteurs classiques sont loin d'être d'accord dans leurs descriptions. Grâce à des dissections très nombreuses faites depuis plusieurs années chez tous les vertébrés y compris l'homme, le docteur Motais a pu non seulement arriver à une description plus précise et plus complète de la capsule de Tenon de l'homme, mais donner une formule très simple et en même temps très exacte de la capsule de Tenon en général chez tous les vertébrés. D'une part la *capsule bulbaire* pour le globe, de l'autre la *capsule musculaire* (d'où dépendent les ailerons ligamentaires) pour les muscles, superposition de ces deux membranes qui ne se confondent ni anatomiquement ni physiologiquement, tels sont les principaux traits de cette façon nouvelle d'envisager la capsule de Tenon. Nous ne pouvons entrer dans les nombreux détails qui, d'ailleurs, ne pourraient se résumer utilement. Nous ajouterons seulement que le travail de M. Motais doit mettre sur la voie de déductions physiologiques et opératoires surtout dans le traitement du strabisme.

M. Motais présente une série de nombreuses et belles préparations sèches ou conservées dans l'alcool à l'appui des faits qu'il vient d'exposer.

— M. *Delthil*, depuis sa communication faite au mois de mars 1884, à l'Académie de médecine, sur le traitement de la diphtérie par les fumigations de goudron de gaz et d'essence de térébenthine, a pu réunir un certain nombre d'observations nouvelles suivies de guérisons. Le goudron de Norvège ne peut remplacer le goudron de houille, il provoque la toux. La combustion du mélange de goudron et d'essence de térébenthine produit des vapeurs fuligineuses qui sont facilement tolérées par les malades et les personnes en bonne santé ; elles le sont aussi par les chevaux, qui sont cependant très sensibles aux vapeurs. Les vapeurs d'hydrocarbure dissolvent la matière grasse, qui réunit les fausses membranes, agissent comme antiseptiques sur les microbes, et leur combustion, en élevant la température de l'air inspiré et du malade, empêche le développement de ces microbes. Les fumigations n'empêchent pas les autres modes de traitement. Sur un total de 29 observations, M. Delthil a obtenu 29 guérisons ; la trachéotomie n'a été faite que trois fois et avec succès ; parmi les 182 personnes qui assistaient les malades, il n'y a eu qu'un seul cas de contagion, et encore fut-il bénin. Les fumigations peuvent se faire toutes les deux heures et durer une demi-heure.

— M. *Cagny*, à propos de la communication précédente, ajoute quelques détails sur l'action des vapeurs irritantes ou anesthésiques sur les chevaux ; si l'on fait arriver les vapeurs dans la trachée à une température de 50 à 60 degrés, on n'obtient plus d'accidents ; elles sont bien supportées. C'est probablement la sensation de froid sur la muqueuse qui provoque la dyspnée.

— M. *Leudet* donne lecture d'une observation d'artérite localisée à une partie des artères temporales superficielles droite et gauche chez un syphilitique ; guérison après traitement par l'iodure de potassium, de sodium et d'ammonium à haute dose. L'artérite syphilitique n'a pas de caractères spécifiques, mais elle amène rapidement l'oblitération des vaisseaux par le développement de la tunique externe ; elle devient rarement athéromateuse. La lésion est en général limitée et symétrique par rapport à la ligne médiane du corps. Dans le cas observé par M. Leudet, l'artérite s'est d'abord manifestée par un point douloureux ; l'envahissement de l'artère s'est fait rapidement et l'oblitération a été complète ; puis, sous l'influence du traitement, la lésion a disparu peu à peu.

— M. *Cagny* a fait une communication sur la ligature élastique dans la chirurgie vétérinaire, et son emploi pour l'amputation de la queue chez les chevaux, la castration, l'ablation des tumeurs et l'arrêt des hémorrhagies.

— M. *Duplouy* présente un malade ayant une tendance d'ossification de la cloison des corps caverneux, et chez lequel la verge, pendant l'érection, prend une direction inverse de celle qu'elle a dans la chaudepisse cordée.

M. *Verneuil* fait observer que M. Duplouy a le privilège des cas rares, et qu'il sait en faire profiter la science. Il a observé souvent des indurations des corps caverneux, et il a

presque toujours trouvé du sucre dans l'urine de ses malades. M. Verneuil a en ce moment un malade diabétique dont les corps caverneux indurés se sont ulcérés et pourraient être confondus avec un épithélioma.

— M. *François-Franck* fait une intéressante communication *sur quelques réactions de la sensibilité du cœur;* nous publions ce mémoire *in extenso.*

— M. *Nicaise* rappelle à ce propos que M. Gallard a publié un cas intéressant sur la sensibilité du cœur. Un homme présentait tous les caractères d'un empoisonnement: diarrhée, vomissements, etc. A l'autopsie, on trouva une aiguille implantée dans le péricarde et le myocarde; les phénomènes du côté du tube digestif sont intéressants à signaler dans ce cas.

— M. *Dally* entretient la section des manipulations thérapeutiques, et en particulier du massage, dont la pratique s'est depuis vingt-cinq ans généralisée à l'étranger dans le traitement de certaines affections. Les manipulations thérapeutiques ont surtout une action résolutive; lorsqu'on y joint les mouvements actifs : gymnastique, mouvements communiqués, on a un système thérapeutique complet s'adressant à toutes les fonctions. Un grand nombre de dyspepsies sont dues à une polysarcie péristomacale; lorsqu'elles sont simples, elles guérissent rapidement par le massage stomacal. Les troubles de circulation amenant de l'œdème des membres et les varices cèdent aussi facilement à des frictions centripètes. M. Dally émet le vœu qu'un gymnase médical dépendant de la chaire de physiologie soit institué dans les nouveaux locaux de la Faculté de médecine de Paris et dans les autres Facultés.

— M. *Dujardin-Beaumetz*, au nom de MM. *Pasteur* et *Roux* et en son nom, rend compte de leurs expériences faites pour déterminer les mesures propres à désinfecter les locaux et objets infectés pendant les épidémies : les expériences ont été instituées à l'hôpital Cochin. On ne pouvait songer qu'à expérimenter les substances gazeuses. Le brome a d'abord été rejeté parce qu'il ne pénètre pas assez les corps; les vapeurs de nitrosyle altèrent les objets; le chlore est trop difficile à être produit pratiquement; il en est de même de l'ozone. L'acide sulfureux ne détruit aucun objet et est doué d'un pouvoir pénétrant suffisant. Cet acide peut s'obtenir par trois méthodes : 1° La combustion du soufre est le procédé le plus commode et le meilleur marché; il n'a qu'un inconvénient, c'est de laisser un corps en combustion dans une pièce fermée; la dose doit être de 20 grammes par mètre cube. La combustion peut se faire dans des creusets en terre; après avoir répandu de l'alcool sur le soufre, la combustion est complète et assez rapide. L'inconvénient de ce procédé est la projection de particules de soufre sur les objets métalliques, qui sont altérés superficiellement. A la dose de 20 grammes par mètre cube, tous les bouillons de culture, vaccin, microbe en virgule du choléra, etc., mis dans les pièces à expériences, sont stérilisés, sauf celui contenant des bactéridies charbonneuses; mais quand les microbes sont à l'état sec, ils peuvent rester inaltérés. 2° M. Raoul Pictet délivre des siphons d'acide sulfureux liquide contenant 750 grammes, au prix de 5 francs pour le public et de 2 fr. 50 pour les administrations. On met en communication le siphon avec la pièce par un tube de caoutchouc passant par une ouverture pratiquée dans la porte. Il faut un siphon pour 20 mètres cubes. Le seul inconvénient de ce procédé est son prix coûteux. 3° Combustion du sulfure de carbone dans une lampe spéciale construite d'après le système de M. Ckiandi. Il suffit de 2^{kg},500 pour 100 mètres cubes d'air; le sulfure de carbone ne coûte que 50 centimes le kilogramme. Ce procédé est le plus pratique.

La chambre doit rester fermée pendant vingt-quatre heures, et toutes les ouvertures être hermétiquement bouchées.

— M. *Teissier* pense qu'il existe des cardiopathies d'origine spinale dues à des lésions limitées de la moelle. Sur deux malades tabétiques, encore jeunes, dont il a fait l'autopsie, il a trouvé des perforations, des valvules aortiques. Sur un malade présentant un commencement de *tabes dorsalis*, il a vu, à la suite d'une marche forcée par le froid, survenir brusquement des troubles cardiaques accompagnés d'un souffle piaulant très énergique, indiquant une déchirure des valvules aortiques. Ces faits prouvent les troubles trophiques du cœur à la suite de lésions médullaires. Chez un autre malade, à la suite d'une contusion de la moelle cervicale, il a observé aussi des troubles cardiaques indiquant une dilatation du cœur, et accompagnés de troubles vasomoteurs du côté de la face. Sous l'influence du traitement, les palpitations ont diminué et le cœur a repris peu à peu son volume normal.

— M. *Nicaise* expose le résultat de ses recherches sur les causes de localisation des cancers secondaires. Parmi les opinions émises pour expliquer la genèse des tumeurs cancéreuses, la théorie embryonnaire ou celle de Conheim est la plus attrayante, mais elle laisse inexpliquée la malignité des tumeurs. Les recherches de Virchow sur le développement des enchondromes, celles récentes qui ont été faites sur la genèse des kystes de l'ovaire aux dépens des tubes de Pflüger semblent cependant venir à l'appui de la théorie de Conheim.

Le fait suivant, observé par M. Nicaise, vient éclairer la pathogénie des cancers secondaires. Une femme de cinquante-six ans avait un cancer de l'utérus, et portait aussi une hernie ombilicale graisseuse qui s'indura quelque temps avant la mort. La portion herniée de l'épiploon était cancéreuse, le reste de l'épiploon était parfaitement sain; c'est donc la portion irritée de l'épiploon qui est devenue seule le siège d'un cancer secondaire. M. Verneuil a communiqué à M. Nicaise un fait identique. Un homme de cinquante-huit ans présentait deux hernies épigastriques indurées. L'une des tumeurs fut opérée facilement; mais le malade mourut rapidement d'un cancer du pylore trouvé seulement à l'autopsie. Le cancer du pylore était primitif, les cancers de l'épiploon n'étaient apparus que tardivement. L'irritation paraît être donc la cause du développement des cancers secondaires.

— M. *Brémond* donne lecture d'un travail sur l'action de l'ozone dans le traitement du rhumatisme au moyen des bains de vapeur térébenthinés. Ce mémoire renferme le résumé des publications antérieures de l'auteur.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 8 SEPTEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

Après le dépouillement de la correspondance, laquelle d'ailleurs ne renferme aucune communication touchant aux sciences médicales, M. le président salue, dans les termes suivants, le nouvel anniversaire de naissance de l'illustre doyen de l'Académie, M. Chevreul :

Mes chers confrères,

Permettez-moi d'interrompre un instant vos travaux pour vous adresser quelques paroles qui recevront certainement votre assentiment unanime.

Notre illustre confrère, M. Chevreul, vient d'entrer dans sa quatre-vingt-dix-neuvième année. Je saisis avec empressement cet anniversaire, où une année nouvelle vient s'ajouter à sa longue et glorieuse vie, pour lui renouveler, au nom de l'Académie et en mon nom personnel, l'expression des sen-

timents d'affection et de profond respect que nous lui avons dès longtemps voués.

Nous sommes heureux de constater aujourd'hui la continuation de la brillante santé de notre illustre doyen, dont la puissante organisation physique et intellectuelle semble à l'abri des atteintes du temps.

Nous pouvons donc avoir la confiance que, pendant de longues années encore, nous aurons le bonheur de voir, chaque lundi, notre vénéré confrère venir, avec l'exactitude dont il a toujours donné l'exemple, prendre dans nos séances la grande et glorieuse place qu'il y occupe depuis plus d'un demi-siècle, aux applaudissements du monde scientifique tout entier.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 9 SEPTEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY, ANCIEN PRÉSIDENT.

M. le docteur *Isoard* (à Allevard, Isère) sollicite le dépôt d'un *Pli cacheté*. *(Accepté.)*

M. le docteur *Moré* (à Borneuil, Charente-Inférieure) envoie la relation manuscrite d'un cas de *syphilis vaccinale*. *(Commission de vaccine.)*

M. le docteur *Netter* (à Nancy) adresse un mémoire imprimé *sur les effets pernicieux de l'opium administré dans le choléra contre la diarrhée initiale.*

M. le docteur *Lubelski* (de Varsovie, Pologne) transmet un résumé des rapports sur le choléra de 1883 en Egypte, publiés en polonais par M. le docteur Klodzianowski, délégué de l'Autriche à Alexandrie. L'auteur y ajoute : 1° que le choléra a été importé surtout par les passagers et les équipages des navires venant de l'Inde; 2° que la première découverte du microbe dit en virgule date de 1871, époque à laquelle le docteur Edouard Niedzwiedzki a le premier signalé la présence de ce parasite, comme il ressort d'un opuscule paru en allemand à Leipsick en 1874.

M. *le Secrétaire annuel* dépose : 1° de la part de M. le docteur *Bourdin*, deux brochures ayant pour titres : *Le livret de famille* et *Les enfants menteurs*; 2° au nom de M. le docteur *Pécholier*, une brochure intitulée : *Sur l'emploi des remèdes violents dans le traitement du choléra.*

M. *Noel Gueneau de Mussy* fait hommage, de la part de M. le docteur *Baréty*, d'un mémoire imprimé sur *l'auscultation des bruits œsophagiens pendant la déglutition.*

M. *Brouardel* présente une Note manuscrite de M. le docteur *Duranty* sur *les injections intraveineuses dans le traitement du choléra.*

CHOLÉRA. — M. *Bouchardat* continue la lecture du mémoire qu'il a présenté à l'avant-dernière séance sur la nature du parasite du choléra. La contagiosité de cette affection lui semble incontestable; dans ces conditions, la maladie est forcément d'origine parasitaire. Il est peu probable que ce parasite soit le bacille en virgule de M. Koch; sa spécificité cholérigène, en effet, a été niée avec juste raison par M. Virchow et par M. Straus, mais son existence n'en est pas moins incontestable. Le bacille cholérigène n'est jamais né spontanément en Europe, constamment il y a été importé, et c'est sur cette opinion qu'est basé tout notre système quarantenaire qui, perfectionné, doit produire pour l'Europe les plus heureux effets de préservation.

Lorsque l'arrivée du choléra n'a pu être évitée en Europe, c'est aux règles d'hygiène qu'il faut s'adresser pour préserver les populations. D'ailleurs, le bacille se reproduisant par scissiparité, il s'éteint de lui-même dès qu'il est arrivé au dernier terme de cette scissiparité. Parmi les règles hygiéniques que l'on doit recommander, celles qui sont relatives aux boissons et aux aliments, jouent un rôle prépondérant : pour ce qui concerne l'eau en particulier, elle doit être bouillie, lorsque l'on ne peut faire usage d'eau minérale. Le contact des cholériques, le séjour dans un foyer d'infection ne présente aucun inconvénient pendant le jour; ce qui est surtout dangereux, c'est de passer la nuit, c'est de dormir dans un semblable foyer. M. Bouchardat cite à l'appui de cette opinion un certain nombre de faits qui montrent que dans les épidémies antérieures à Paris, les personnes qui soignaient les cholériques pendant le jour, médecins, élèves, etc., étaient moins atteintes que celles qui couchaient au milieu d'eux, sœurs, infirmiers, etc. Quant à la désinfection des vêtements ayant appartenu à des cholériques et à celle des locaux où ils sont morts, elle est sans doute une excellente chose, mais elle est insuffisante; le mieux serait, après la désinfection, d'abandonner ces locaux ainsi que les vêtements, matelas, etc., dont ils se sont servis, et cela jusqu'à ce que le fléau ait complètement disparu de la localité contaminée. On doit enfin, lorsque l'on essaye d'établir la prophylaxie du choléra, tenir le plus grand compte du non-acclimatement des personnes exposées au fléau, et de l'alcoolisme : ces deux conditions sont en effet des causes prédisposantes des plus puissantes.

M. Bouchardat, répond M. *Jules Guérin*, après avoir montré que le bacille trouvé par M. Koch, et que l'on peut voir tout au moins sur les préparations, n'est nullement spécifique du choléra, déclare cependant que cette maladie a un parasite qui ne se voit pas. Dans ces conditions, il paraît difficile de suivre la pérégrination d'un pareil être, plus difficile encore d'affirmer qu'il s'accroît par scissiparité.

SOLUBILITÉ DE L'IODURE MERCURIQUE. — M. *Bourgoin* a recherché quel était le degré de solubilité de l'iodure mercurique, récemment préconisé comme un puissant antiseptique. A l'aide de divers procédés, il a reconnu qu'un litre d'eau en dissout 4 centigrammes à la température ordinaire et que la solubilité est doublée lorsqu'on additionne l'eau de 10 pour 100 d'alcool à 90 degrés. La quantité dissoute augmente avec la température et elle est d'autant plus grande dans l'alcool, que celui-ci est plus concentré.

DÉSINFECTION. — M. *Dujardin-Beaumetz* a été chargé par M. le Préfet de police d'entreprendre, avec MM. *Pasteur* et *Roux*, des expériences sur le meilleur procédé, en même temps que le plus pratique, pour désinfecter les chambres de malades atteints d'affections contagieuses. Ces expériences ont été faites à l'hôpital Cochin dans une pièce de 100 mètres cubes de capacité; elles ont donné les résultats suivants : 1° le brome, très vanté en Allemagne, a dû être éliminé, parce qu'il ne pénètre que très incomplètement dans les objets de literie et les vêtements; 2° il en a été de même du sulfate de nitrosyle qui abandonne de l'acide hypoazotique par son mélange avec l'eau; ces vapeurs détruisent les linges au contact desquels elles se trouvent; 3° le chlore est un agent trop dangereux pour être laissé entre les mains du public; 4° restait l'acide sulfureux, qui a été obtenu par la combustion du soufre en fleur sur un réchaud spécial, avec arrosage préalable d'alcool pour assurer la combustion complète, par la projection d'anhydride sulfureux maintenu sous pression dans des flacons d'après le procédé Raoul Pictet et enfin par le dégagement lent de vapeurs de sulfure de carbone au moyen d'une lampe spéciale, mettant à l'abri de tout danger d'incendie. Quel que soit celui de ces procédés qui ait été mis en expérience, on a pu constater que le gaz pénétrait jusqu'au centre des matelas les plus serrés et que les cultures liquides de micro-organismes et de virus placés dans la pièce étaient complètement stérilisées sauf pour le charbon, mais il n'en a pas été de même sur les virus à l'état sec. Il a été reconnu également que les vapeurs sulfureuses dues à la combustion du soufre attaquent les objets métalliques, tandis que cet inconvénient n'existe pas avec les flacons Pictet ou le sulfure de carbone. Celui de tous ces procédés qui est le plus économique est le premier; le second coûte fort cher et le troisième nécessite seulement un appareil coûteux, mais chaque opération est d'un prix peu élevé. Il faut employer 20 grammes de fleur de soufre par mètre cube ou un siphon Pictet par mètre cube ou bien 2^{kg},500 de sulfure de carbone pour 100 mètres cubes. M. Dujardin-Beaumetz conclut que le plus applicable de tous ces procédés dans la pratique est l'emploi du sulfure de carbone, dans les conditions indiquées.

M. *Legouest* rappelle que depuis longtemps dans l'armée on se sert pour désinfecter les casernes du gaz acide sulfureux et que le procédé choisi, après expériences, par les

médecins militaires consiste précisément dans la combustion de fleur de soufre. 18 grammes par mètre cube suffisent ordinairement et les parties métalliques, les armes mêmes n'en sont pas détériorées, pourvu qu'elles ne soient pas humides et que ces dernières aient été préalablement graissées avec du suif. De nombreux mémoires publiés dans les *Archives de médecine militaire* rendent compte des excellents résultats obtenus, notamment par M. le docteur Czernicki à la caserne du château des Papes à Avignon; M. le docteur Vallin a donné, dans son livre et dans son journal, toutes les indications à ce sujet; il semble que ses recherches aient guidé celles de M. Dujardin-Beaumetz.

Il est singulier, objecte M. *Le Roy de Méricourt*, que le même gaz, obtenu par trois procédés différents, détériore, lorsqu'il a été préparé par l'un de ces procédés, les objets métalliques et brillants; c'est malheureusement lorsqu'il s'agit du procédé le plus économique et le plus pratique, surtout pour les navires. Or, dans ceux-ci, les parties métalliques sont nombreuses, depuis le matériel de guerre jusqu'à la coque quelquefois, aux instruments et à la machine, et l'atmosphère d'un bâtiment est nécessairement dans un état de saturation constante.

M. *Jules Guérin* voit bien que ces moyens de désinfection détruisent les objets matériels; il désirerait plus particulièrement savoir s'ils détruisent aussi les miasmes contagieux et si, par exemple, des personnes venant à habiter, après désinfection, des chambres où avaient été soignés des malades atteints de variole, de rougeole, de scarlatine, y contracteraient encore ces maladies?

Nous faisons habiter les casernes, répond M. *Legouest*, cinq ou six jours après leur désinfection, et les maladies régnantes n'y reparaissent pas immédiatement; aussi le Conseil de santé des armées désirerait-il que toutes les casernes fussent toujours et régulièrement désinfectées après les grandes manœuvres.

J'ai fréquemment désinfecté des salles d'hôpital à Paris, ajoute M. *Méhu*, à la suite d'épidémies de fièvre puerpérale et de fièvre typhoïde et jamais ces maladies n'y ont reparu immédiatement. On se sert à Paris, à cet effet, de vapeurs nitreuses qui ne détériorent aucunement les objets métalliques, pourvu qu'ils ne soient pas humides et que le cuivre ait été auparavant recouvert d'un peu d'huile.

M. *Dujardin-Beaumetz* déclare avoir seulement voulu recommencer d'anciennes expériences en s'efforçant de les faire entrer dans le domaine de la pratique; il a été guidé par les recherches de M. Vallin et les observations des autres médecins de l'armée. Il a nettement constaté que l'acide sulfureux ne ternissait et détériorait les objets métalliques et brillants que lorsqu'il avait été obtenu par la combustion de la fleur de soufre, sans pouvoir en expliquer la cause. Quant à la puissance de la désinfection, MM. Legouest et Méhu ont donné des preuves à cet égard; tout ce qu'il peut dire, c'est que les virus à l'état liquide étaient détruits, mais non à l'état sec.

Variations nycthémérales de la température normale. — M. *Maurel*, médecin de première classe de la marine, rend compte des expériences qu'il a faites à la Guadeloupe, sur des lapins, afin de rechercher les causes des variations nycthémérales de la température normale; la température a toujours été prise dans le rectum et la durée des observations a été en tout de quatre-vingt-douze jours, en tenant compte de l'accoutumance qui s'établit au bout d'un certain temps. Il résulte de ses recherches que trois causes au moins, l'alimentation, la lumière et les mouvements agissent pour produire l'exacerbation vespérale que l'on observe dans la marche nycthémérale de la température physiologique; l'influence la plus importante est celle de l'alimentation; car c'est en faisant manger l'animal la nuit et jeûner pendant le jour, que le maximum de la température s'observe le matin; toutefois il faut que l'expérience soit continuée pendant plusieurs jours pour obtenir ce résultat, mais une fois obtenue la température suit une marche à maximum matinal régulièrement constante. Cette différence était de 0°,8 à 1 degré, 5 à 6 dixièmes reviennent à l'alimentation et le reste à parties égales à peu près aux mouvements et à la lumière; de sorte que même ces deux dernières causes réunies n'arrivent pas à annuler l'influence de l'alimentation.

Enfin, les autres influences pouvant contribuer à l'augmentation vespérale de la température normale paraissent n'avoir qu'une action secondaire. — Le mémoire de M. Maurel est renvoyé à l'examen d'une commission composée de M. *Gariel* et *Le Roy de Méricourt.*

REVUE DES JOURNAUX

Volumineux morceau d'acier dans le corps vitré extraction; rétablissement de la vision normale, par M. P.-H. Muler. — Cette observation est un exemple des ressources précieuses fournies par l'emploi de l'aimant dans l'extraction des corps étrangers métalliques de l'œil. Un forgeron est blessé à l'œil gauche par un éclat de métal; le corps étranger est entré en arrière de la région ciliaire en faisant une plaie petite et à bords nets. Peu de douleur; vision conservée. L'ophthalmoscope montre un corps étranger dans l'intérieur du corps vitré. Le patient, admis à l'hôpital, est chloroformé; la sclérotique est ouverte au niveau du tendon du muscle droit inférieur; à travers l'ouverture, on introduit un barreau magnétique, et on retire ainsi un fragment d'acier du volume d'un demi-pois. Aucune réaction; guérison rapide avec conservation de la vision, qui n'a pas faibli depuis quatre mois. L'auteur s'est servi plusieurs fois de ce moyen d'extraction et s'en est toujours bien trouvé. (*The British medical Journal*, 23 août 1884, p. 361.)

VARIÉTÉS

Des mesures sanitaires que l'on prenait à Paris, aux quinzième et seizième siècles, contre les épidémies.

(Fin. — Voyez le n° 36.)

IV. — Ce fut, croyons-nous, en 1580, dans une très violente épidémie, qui affligeait Paris, et dans la description de laquelle on reconnaît notre « grippe », que l'on entend parler pour la première fois de *baraquements*, destinés à réunir les pestiférés sous un même toit, et à préserver ainsi de la contagion les autres parties de la population. Les Mémoires de Claude Hauton mentionnent des tentes, des pavillons « à la mode d'un camp », que l'on dressa hors la ville, du côté du faubourg Saint-Germain, près les Chartreux, « pour y faire mener les malades ». Pierre de l'Estoile annonce aussi que dans le mois de juillet de cette année 1580, on éleva à Grenelle des bâtiments pour loger les pestiférés. Mais ce que ne nous apprennent pas ces deux chroniqueurs, c'est que le choix du lieu, la direction des travaux furent confiés aux médecins de Paris. Le 3 juillet, le doyen de la Faculté, Henry de Monantheuil, accompagné du prévôt, d'un architecte et du chirurgien Ambroise Paré, visitent les faubourgs Saint-Marcel et Saint-Victor. Quelques jours après (7 juillet) le même doyen, menant avec lui deux avocats du roi, le lieutenant civil, le prévôt des marchands, l'abbé de Sainte-Geneviève, parcourait le village de Grenelle, examinait le territoire, et marquait le plan des pavillons temporaires qu'on devait y élever de suite.

De l'idée de la construction de baraquements, de pavillons, pour y recevoir des pestiférés, à celle d'un grand monument permanent, d'un grand hôpital uniquement affecté à ces sortes de malades, il n'y avait qu'un pas. Il fallut trente et un ans pour qu'il fût franchi.

Pendant bien des siècles, il n'y eut à Paris que l'Hôtel-Dieu pour recevoir les malades pauvres; les pestiférés y étaient reçus comme les autres, et tout ce que l'on pouvait faire en temps de peste, c'était de mettre les malheureux atteints d'une affection communicable dans une même salle séparée avec soin des

autres. On sait que Antoine Duprat, cardinal et légat du saint-siège, améliora considérablement cet état de choses lorsqu'en l'année 1535 il obtint la construction d'une salle spéciale ménagée entre les antiques bâtiments de l'Hôtel-Dieu et le Petit-Pont, et qui, baptisée du nom de *salle du Légat*, fut exclusivement consacrée aux pestiférés. Mais cette salle ne pouvait manquer de devenir insuffisante devant le renouvellement si fréquent des épidémies parisiennes. D'ailleurs elle faisait encore partie de l'Hôtel-Dieu et y était comme accrochée. Telle est l'origine de l'hôpital Saint-Louis, qui fut créé en 1611.

La création de ces établissements destinés particulièrement aux pestiférés eut pour conséquence presque naturelle l'imposition d'une mesure qui a été proposée aujourd'hui et qui a soulevé de justes récriminations. Nous voulons parler de l'*enlèvement par force* des malades des garnis qu'ils occupaient ou de leur logis particulier lorsque ce logis appartenait à une maison ayant plusieurs habitants. Un règlement de 1612 dit positivement : « Toutes les personnes frappées de contagion, et logées en garni, seront promptement « enlevées », pour être conduites soit à la Maison de santé de Saint-Marcel, soit à l'hôpital Saint-Louis; leurs maisons seront fermées avec des cadenas, barres de fer ou ais de bois; défense est faite aux Parisiens de se faire soigner chez eux à moins qu'ils n'occupent seuls une maison. Les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu seront chargés de soigner les malades transportés à Saint-Louis et à la Maison de santé. Si ces chirurgiens ne suffisent pas, on leur adjoindra des compagnons chirurgiens qui pourront gagner la maîtrise après six ans d'exercice. Les plus anciens se rendront à la porte des deux maisons de santé, visiteront et recevront les malades; tandis qu'un autre chirurgien, placé à la porte du parvis de Notre-Dame (Bureau central), examinera les malades, et enverra à Saint-Louis ceux qui seront atteints de la peste. »

Disons qu'en 1722 il s'est trouvé un savant, un médecin illustre de l'Ecole de Paris qui s'est élevé avec énergie contre cet enlèvement forcé des malades et leur transport dans les baraquements ou dans les hôpitaux spéciaux. Il ne fait pas la guerre à ces établissements speciaux, mais il combat le transport forcé des pestiférés. On lira certainement avec fruit le petit livre de Philippe Hecquet (*Traité de la peste... où on fait voir le danger des baraques et des infirmeries forcées*. Paris, 1722, in-8°); il y montre l'esprit d'un médecin judicieux, ami de l'humanité, d'un praticien hors ligne. Hecquet ne se fait pas illusion, lui, et s'il a foi dans une bonne et sage médecine, il déclare que la peste « méprise toutes les règles de prévoyance et de sagesse qui ont été jusqu'ici employées contre elle », et ce qu'il redoute surtout, c'est que toutes ces mesures, prétendues préventives, ne contribuent à semer la terreur dans les populations, et à les placer ainsi dans les conditions physiologiques les plus propres à donner plus de force au fléau. Ce qu'il faut, c'est rassurer la population, l'arracher à une frayeur exagérée; ce qu'il faut, c'est éloigner d'un air pestiféré tout ce qui a l'air de frayeur et de consternation, épargner aux sains et aux malades tout ce qui peut les affliger et les abattre, les persuader que le mal n'est pas incurable, qu'il n'est pas au-dessus de toute sagesse et de toute habileté. « Quoi de plus capable d'entretenir ces frayeurs que la vue, — cérémonial lugubre, — de ces pauvres malades transportés à travers la ville, de ces maisons, de ces boutiques tristement placardées de croix, d'inscriptions affligeantes, de ces médecins habillés comme des mascarades, des banderoles noires flottant au-dessus des clochers ». Ce qu'il faut faire, dit le digne médecin, c'est de raffermir les esprits, de soutenir le courage. Ce qu'il faut faire, dans une ville infectée, c'est d'empêcher que rien ne change dans les dispositions intérieures, dans l'administration publique, et des offices dans les églises, de la justice dans les tribunaux, de sorte que la religion, la justice et le commerce s'exercent en toute liberté; c'est de laisser les pestiférés chez eux, les y traiter sans s'effrayer de la contagion. La contagion fait peu de conquêtes sur l'esprit rassuré par le bon ordre et par la satisfaction de se trouver au milieu de ses parents, de ses amis.

V. — Une des mesures les plus importantes qui furent prises dans ces épidémies parisiennes, ce fut la création, en 1531, des *prévôts de la santé*, lesquels, aidés d'un certain nombre d'archers, devaient s'enquérir des maisons infectées, séparer promptement les malades d'avec les sains, veiller à l'exécution des règlements sanitaires. Ils devaient se tenir habituellement, afin que l'on pût toujours les trouver, au cimetière de Saint-Gervais, ou à celui de Saint-Séverin. Ils se rendaient matin et soir chez les commissaires et, plusieurs fois dans la journée, chez les quarteniers, dizainiers, médecins, chirurgiens, barbiers, apothicaires de chaque quartier, afin d'apprendre les noms et demeures des citoyens frappés. Ces derniers, ils les confiaient aussitôt aux chirurgiens et aux barbiers nommés par la police, ou les faisaient entrer à l'Hôtel-Dieu. Les prévôts de la santé avaient encore la mission de marquer d'une croix blanche les maisons abritant des pestiférés et de veiller à ce que les domestiques de ces maisons ne sortissent qu'avec une verge blanche à la main. Enfin, ces officiers sanitaires, leurs aides et archers, ne marchaient dans la rue que portant une casaque d'étoffe noire marquée d'une croix blanche.



A cette occasion, nous rappellerons que dans la peste de Marseille, en 1720, on prit une mesure encore plus extravagante. Nous donnons ici le fac-similé (assez répandu, d'ailleurs, mais que plus d'un lecteur pourrait n'avoir jamais vu) d'une curieuse gravure du temps, représentant le costume que portaient les médecins chargés de soigner les pestiférés.

Robe en maroquin du Levant, parce que ce cuir, par son odeur et son poil, est le plus capable de résister au venin pestilentiel; la tête est complètement fourrée dans un capuchon fait du même maroquin; ce capuchon est percé, au niveau des yeux, d'ouvertures pour permettre la vue, mais ces ouvertures sont soigneusement bouchées par un cristal. Le nez, en forme de bec, était rempli de parfums et de matières balsamiques. Notre illustre Pasteur, dans une communication faite à l'Académie de médecine, n'a-t-il pas eu l'idée de conseiller aux médecins que leur devoir appelle auprès de malades atteints d'affections contagieuses, de se mettre sur la face un masque de verre? Il a pu se convaincre, par le tollé général qui s'est alors élevé au sein de la Compagnie, que ces précautions, toutes préservatrices qu'elles pussent être, étaient en révolte contre le dévouement et le courage professionnels.

Ce fut évidemment la Faculté de médecine de Paris qui fut chargée de fournir les médecins devant faire partie de la prévôté de santé. Epouvantés par le fléau qui répandait partout la terreur et la mort, les habitants de Paris furent un peu rassurés en lisant dans tous les carrefours l'arrêt suivant émané du Parlement (8 septembre 1533):

« Et au surplus, ordonne que la Faculté de médecine députera quatre médecins docteurs, resquis en icelle, pour visiter et médicamenter les malades de peste en cette ville et fauxbourgs de

Paris, et pour ce faire auront chascun d'eulx trois cens livres parisis pour cette présente œuvre. Et il leur sera advancé un quartier. Aussi ordonne que lesdits quatre médecins, pendant le temps dessus dit et quarante jours après, s'abstiendront de voir et visiter et médicamenter autres personnes que pestiférés, sur peine de punition corporelle, privation de leurs offices et amende arbitraire. » Le collège des chirurgiens fut aussi appelé à prouver son zèle et son ardeur à venir au secours des malheureux pestiférés. Il dut élire deux chirurgiens pour visiter, panser et médicamenter les malades; leurs gages furent, pour chacun, de 120 livres parisis. Enfin les barbiers fournirent aussi deux compagnons qui devaient être payés à raison de 80 livres.

Nous ne devons pas oublier les noms des quatre médecins que la Faculté choisit pour obéir aux ordres du Parlement, et qui n'hésitèrent pas à accepter le mandat, quoique, avec les idées contagionistes exagérées de l'époque, c'était, pensait-on, courir presque sûrement à la mort. Honneur donc à Pierre Roger, Jacques Fournier, Jean Guido, Pierre Collier! Ce n'est pas sans raison que la Faculté les baptisa de suite de ces titres : *medici parabolani*, du grec Παράβολος, téméraire, audacieux, rappelant ainsi le courage civique que montrèrent les dignes enfants de l'Ecole de Paris.

VI. — Nous glissons rapidement sur d'autres moyens prophylactiques, et qui étaient conseillés par les praticiens les plus versés dans leur art, moyens souvent bizarres, extravagants, et la plupart inutiles : soir et matin, à la même heure, grand feu devant chaque maison; on y brûlera du genièvre, du tamaris, du frêne, du laurier et, sur le charbon qui en résultera on jettera des parfums. Très partisan de ce moyen, Briet n'est pas loin de conseiller aux magistrats de Bordeaux de mettre le feu à une grande étendue des forêts de sapin qui ne sont pas loin de la ville. Sonneries des cloches à toute volée et dans toutes les paroisses en même temps; coups de fusil à toute heure de la journée, et « tintamarre de canonnades ». Tenir sans cesse dans la bouche, lorsque l'on va en ville, des feuilles d'oseille confites dans du vinaigre, les mâcher et les avaler; le romarin, la cannelle, les clous de girofle peuvent servir au même usage. Briet, dans l'épidémie de Bordeaux (1599), ne sortait jamais en ville sans avoir ses gants oints à l'intérieur de bonne thériaque, de s'en frotter les poignets, les tempes et de s'en fourrer dans le nez. Il assure que le grand Fernel, pour préserver son logis de la contagion, y entretenait un bouc, les miasmes répandus par ce dernier devant contre-balancer et annihiler celui de l'épidémie. Egorgement de tous les chiens, chats vagabonds, et enterrer leurs cadavres très profondément, loin de la cité. Les chandelles parfumées seront très utiles dans les ménages, ainsi que l'usage de certains sachets placés sur la région du cœur, etc.

Gourmelin, qui écrivait en 1581, va plus loin que cette institution temporaire, en temps de contagion, de médecins chargés de secourir les pestiférés; il voudrait que cette institution restât permanente. Le savant docteur, dont l'ouvrage est intéressant à lire, donne d'excellents conseils d'hygiène privée « pour que chacun sache ce qu'il faut faire à l'endroit de sa personne ». Et nous terminons volontiers cette notice par cet autre conseil de Gourmelin :

« Au reste, il faut vivre joyeusement et se récréer honnestement, sans se mélancholier, sans aucunement se passionner, et surtout sans avoir crainte de la peste. »

Dr A. Chereau.

Choléra. — Il nous paraît inutile de suivre chaque semaine l'épidémie dans tous ses mouvements; mais nous devons signaler un état stationnaire ou une légère décroissance dans les *Bouches-du-Rhône*, le *Gard*, les *Basses-Alpes*, le *Var*, *Vaucluse;* une recrudescence notable dans certaines localités de l'*Ariège;* l'envahissement de l'*Aveyron*. La présence du choléra à Bordeaux est douteuse; on ne signale d'ailleurs qu'un seul cas.

On a parlé de la présence de l'épidémie dans les hôpitaux de Paris. Il faut bien avouer que quelques cas de choléra vrai, et même mortel (deux décès), se sont présentés à l'hôpital Bichat, spécialement affecté au traitement des cholériques. Un des décédés venait de Perpignan. D'autres cas suspects ont été observés également dans d'autres hôpitaux, notamment à Beaujon; mais jusqu'ici il n'y a pas tendance manifeste à l'extension du mal.

Le *Sindh* qui a ramené à Marseille les naufragés de l'*Aveyron* a eu quatre décès pendant la traversée. Le Conseil sanitaire a été convoqué.

L'épidémie gagne en *Espagne;* elle frappe Alicante, Novado, etc. En *Italie* elle fait des progrès inquiétants, notamment à Naples, où, dans une seule rue, 30 cas se sont présentés dans l'espace d'une heure.

Constantinople : Conseil sanitaire international. — Bien que le gouvernement ottoman n'ait pas renouvelé sa tentative première pour imposer sept nouveaux membres au conseil sanitaire international et s'assurer ainsi la majorité dans cette assemblée, la question soulevée n'est pas encore complètement résolue. Le premier soin du conseil en reprenant ses séances a été de demander la rentrée sous son autorité naturelle de toute l'administration sanitaire, notamment de l'office de Cavak, à l'entrée de la mer Noire, et de celui des Dardanelles, qui sont encore placés sous la main des commandants des forts. Aucune réponse n'ayant été faite à cette revendication, les délégués des puissances ont protesté de nouveau, et la demande a été renouvelée d'urgence. Le grand vizir a fait savoir qu'il répondrait favorablement; mais il a demandé quelque temps.

Dans la dernière séance, le conseil, qui veut en finir avec cette situation anormale, a rédigé une pièce qui a été approuvée par tous les membres ottomans et étrangers, et a été remise au ministre des affaires étrangères, Assym-Pacha, qui est président de droit de l'assemblée. Voici le texte de ce document inédit :

« La Sublime-Porte n'ayant pas répondu aux communications, en date des 1er et 20 août, que le conseil lui a adressées :

» Attendu que la manière incomplète et irrégulière dont les mesures ordonnées par le conseil et celles prises en dehors de lui sont exécutées par les autorités militaires et douanières, complètement incompétentes;

» Attendu que la prolongation de l'état de choses actuel et la situation anormale qui est faite au conseil de santé constituent un danger réel qui menace l'empire de l'invasion du choléra;

» Considérant que le conseil a le devoir de sauvegarder le passé d'une institution qui a rendu pendant un demi-siècle des services signalés à l'empire et à l'Europe entière, en les préservant de la peste et du choléra,

» Le conseil croit devoir renouveler ses demandes en déclinant la responsabilité des graves conséquences qui pourraient résulter de faits et de mesures qu'il ne peut directement ni surveiller ni contrôler.

» En portant ce qui précède à la connaissance du ministre-président pour l'information de la Sublime-Porte, le conseil de santé prie Son Excellence de faire soumettre la présente déclaration, s'il y a lieu, au pied du trône impérial, S. M. le sultan ayant, dans de récentes circonstances, exprimé sa volonté d'être informé de tout ce qui intéresse la santé publique. »

Lord Dufferin n'a aucunement modifié son attitude. Il continue à faire une opposition tenace aux autres chefs de mission.

Nécrologie. — M. Erasmus Wilson vient de mourir à Londres. Il a publié un traité des maladies de la peau qui a eu de nombreuses éditions, et quelques brochures sur des sujets de dermatologie.

— On annonce la mort, à Bucharest, d'un de nos compatriotes, M. le docteur Davila, inspecteur général du service sanitaire de l'armée roumaine, où il était entré au service après la guerre de Crimée.

— Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Vandeper (de Versailles), et de M. le docteur Macvir, de Givet (Ardennes).

Mortalité à Paris (36e semaine, du 29 août au 4 septembre 1884) —Fièvre typhoïde, 32.— Variole, 0.—Rougeole, 18.—Scarlatine, 3 — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 27. — Dysentérie, 3. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 46. — Phthisie pulmonaire, 175. — — Autres tuberculoses, 19. — Autres affections générales, 59. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 40. — Bronchite aiguë, 11. — Pneumonie, 34. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 72; au sein et mixte, 53; inconnu, 14. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 80; de l'appareil circulatoire, 56; de l'appareil respiratoire, 56; de l'appareil digestif, 62; de l'appareil génito-urinaire, 21; de la peau et du tissu lamineux, 1; des os, articulations et muscles, 5. — Morts violentes, 24. — Causes non classées, 4. — Total : 932.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bouloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 18 septembre 1884.

Séance de l'Académie.

A l'occasion de la communication de M. Hervieux et des observations auxquelles les résultats qu'il a signalés ont donné naissance, nous croyons devoir rappeler ce que nous disions, en 1878, à la *Société médicale des hôpitaux* (*Bulletin*, p. 121) à propos des chiffres que donnent les revaccinations suivant la manière dont les sujets ont été précédemment vaccinés ou revaccinés. On n'ignore pas, en effet, que trop souvent l'opérateur se contente d'une piqûre ou d'une éraflure de la peau et que, plus fréquemment encore, il revaccine à l'aide de mauvais vaccin.

Sur 886 soldats revaccinés au Val-de-Grâce, 237 succès avaient été obtenus, ce qui fait une moyenne de 1 succès sur 3,7. Le vaccin d'enfant avait surtout donné d'excellents résultats (1 succès sur 3,5), et cette expérience, bien que relativement restreinte, permettait de condamner les revaccinations pratiquées à l'aide du vaccin d'adulte. Enfin nous faisions remarquer que sur 210 élèves de l'Ecole du Val-de-Grâce, revaccinés au même moment et dans les mêmes conditions, 2 succès seulement avaient pu être constatés. Cela ne prouvait-il pas que tous ces jeunes gens avaient été non seulement vaccinés et revaccinés, mais encore vaccinés *avec soin?* On n'en pouvait dire autant des jeunes soldats avant leur arrivée au régiment. Nous sommes donc tout à fait d'accord avec MM. Hervieux et Burlureaux pour affirmer l'influence que peut avoir sur le résultat le plus ou moins de soin apporté à la vaccination.

L. L.

Le choléra : prophylaxie.

A l'une des dernières séances de l'Académie de médecine, M. le professeur Brouardel faisait remarquer que les instructions concernant les mesures préventives contre le choléra, publiées dans les différents pays de l'Europe, sont presque identiques, qu'elles sont inspirées par les mêmes idées et qu'elles ne diffèrent que dans la mesure qui est rendue né-

FEUILLETON

Lettres médicales.

Une crémation à Étretat. — La question de la crémation à la Louisiane. — Lamentables suspicions du peuple en temps d'épidémie.

Vous connaissez, cher confrère, les efforts qu'a faits M. Kœchlin-Schwartz pour propager la crémation et créer, par l'organisation d'une société spéciale, une agitation favorable aux idées dont il s'est fait l'apôtre convaincu. Jusqu'à ce jour les pouvoirs publics, plusieurs sociétés savantes, les médecins légistes, et tout récemment, parmi les plus en vue d'entre eux, deux professeurs de faculté, se sont prononcés contre la crémation. Elle est interdite en France, et ne paraît pas de sitôt devoir être rétablie. Et cependant je viens de voir sous les belles falaises d'Etretat les restes d'une cérémonie à laquelle M. Kœchlin-Schwartz aurait bien dû être convié : « Pendez-vous, a-t-on dû lui écrire d'ici, on a crémé à Etretat, et vous n'y étiez pas ! » Il est vrai que les habitants de la plage normande n'y étaient pas non plus. Le secret avait bien été gardé... et pour cause !

Cette crémation, en effet, s'est faite le 8 septembre à la hâte, sans autorisation officielle, ou du moins avant qu'une autorisation légale — qui aurait été refusée — ait pu arriver aux intéressés. Mais ceux-ci ont été aussi ingénieux que prompts à exécuter leurs *coupables* (?) desseins. Ils ont réussi. Dieu ait l'âme de leur rajah !

Car c'est d'un rajah qu'il s'agit. Le noble Bapu Sahib Khanderâo Ghatgay était venu à Etretat, pour y conduire deux de ses cousins, les jeunes Sampatrâo Kashirâo Gai Kwar et Khampatrâo Shravanrâo Gai Kwar (tous deux frères du prince régnant de Baroda), accompagnés de l'interprète Vasudev Madhay Samarth et de Râmchandra Bajâjaji, Ganu bin Pukâram Kokate, Rambhaji bin Favji... Avez-vous lu ?... Je reprends.

cessaire par la diversité de l'organisation sanitaire de chaque nation. Cette remarque nous a engagé à rechercher comment cette organisation sanitaire est établie et quels sont en particulier ses moyens d'action à l'égard des épidémies de choléra.

Les puissances européennes s'arment avec ardeur depuis quelques mois, et souvent les unes contre les autres, afin de résister à l'invasion sur leurs territoires respectifs de l'épidémie qu'on croit avoir débuté à Toulon et à Marseille, et qui, si l'on en croit certaines informations assez dignes de foi, aurait existé, depuis longtemps, dans certains ports de la péninsule italienne. Les nations méditerranéennes se sont empressées de prendre comme armes de défense les quarantaines maritimes et même les quarantaines terrestres, malgré la condamnation prononcée contre ces dernières par les Conférences de Constantinople et de Vienne; les autres pays se sont bornés à renouveler leurs prescriptions sanitaires habituelles, applicables au choléra comme à toutes les autres manifestations épidémiques. Il semble même, à ne voir que superficiellement les choses — et l'on ne se fait pas faute de juger ainsi dans certains milieux — que les peuples dont l'armement sanitaire aurait été le plus rigoureux, seraient précisément ceux chez lesquels le fléau est apparu avec le plus de rapidité. Voyez l'Italie, l'Espagne, dit-on; elles ne savaient quelles mesures prendre; elles imposaient aux voyageurs des formalités vexatoires de toutes sortes; elles allaient même jusqu'à les repousser à coups de fusil, et aujourd'hui elles sont les seules nations de l'Europe, en dehors du foyer initial, qui soient contaminées et chez lesquelles l'épidémie ait pris, — singulière ironie — un caractère d'intensité des plus graves et des plus menaçants. Ces appréciations nous paraissent légèrement erronées et nous nous refusons à croire qu'elles suffisent à expliquer les faits en présence desquels nous nous trouvons.

En effet, il nous paraît plus vrai de reconnaître que le choléra, dans sa marche actuelle, n'a trouvé d'éléments de reproduction, en quelque sorte, que dans des localités manifestement insalubres et qu'il n'a acquis droit de cité que là où les conditions sanitaires et les pratiques hygiéniques étaient notoirement insuffisantes. Nous n'oserions présumer ce que l'enquête à laquelle l'Académie se prépare pourra révéler; nous ignorons également quelle marche le choléra peut encore suivre en Europe, notamment dans les pays contaminés, quelle sera la nature et quelles seront les directions de ses développements possibles; mais nous n'en remarquons pas moins avec quelle difficulté il s'implante dans les cités ou même les villages où la salubrité n'est pas trop mauvaise, où l'organisation sanitaire a quelque influence. Il est inadmissible, du reste, que, depuis le 17 juin, étant données les facilités si générales des communications, puissamment aidées par l'affolement des populations envahies, le choléra n'ait pas été importé dans une multitude de contrées; et cependant le nombre des localités où il s'est implanté est relativement restreint, 280 communes en France dans 19 départements, une soixantaine en Italie, une vingtaine en Espagne; partout ailleurs il n'a fourni que des cas isolés et dans chacun des pays successivement contaminés, la mortalité, nous le répétons, prend des proportions extrêmement élevées dans les localités les plus suspectes, pour ainsi dire, au point de vue de l'hygiène.

Il serait assez difficile, il est vrai, de déterminer avec quelque apparence de certitude, dans l'état actuel de la science, quels sont les caractères manifestes d'insalubrité qui permettent de redouter plus ou moins directement l'invasion du choléra; les recherches si considérables de M. Koch ont pu confirmer certaines particularités du choléra au Bengale, elles n'en ont point encore révélé les mystères étiologiques sous les latitudes de l'Europe et l'on peut tout au plus y voir un élément encore délicat et incertain de diagnostic. Il convient donc de retenir des faits actuels leur signification immédiate, telle que nous venons de la définir, tout en faveur de l'amélioration hygiénique des agglomérations humaines.

C'est ainsi, d'ailleurs, que l'a compris l'Angleterre lorsque, après les dernières épidémies de choléra qui ont ravagé l'Europe, elle a entrepris sa grande réforme sanitaire, aujourd'hui en plein fonctionnement. Elle s'est efforcée, comme le demandait récemment notre Académie de médecine, de développer l'hygiène individuelle dans toutes les classes de la société, de favoriser l'assainissement des cités et de mettre la législation en harmonie avec les nécessités de la santé publique. Tout ce mouvement a abouti à cette remarquable loi de 1875 (*The public health Act*, 1875) qui, malgré le manque d'unité dans l'administration générale anglaise et la complication des lois anglaises, constitue une sorte de code sanitaire des plus complets. On sait que l'administration sanitaire comprend, en Angleterre : 1° des *medical officers of health*, médecins attachés à l'autorité sanitaire; 2° des *inspectors of nuisances*, ingénieurs chargés des questions de salubrité; 3° des *surveyors*, architectes-voyers, et 4° des *public-analysts*, chimistes chargés de la recherche des falsifications

---

Le malheureux Ghatgay était donc venu pour faire soigner ses cousins; mais lui-même était atteint d'un cancroïde de la lèvre. Il se soignait selon la méthode indienne, c'est-à-dire en ne faisant pas grand'chose. Il en est mort en trois jours et aussitôt son dernier souffle prêt à s'exhaler, il a été enlevé de son lit de douleur, couché à terre, la tête appuyée sur un galet (afin qu'il soit censé reposer sur le sol inculte) et entouré de vases renfermant de l'eau du Gange — sans germes cholériques — pour pouvoir y puiser au moment voulu, c'est-à-dire au jour de la résurrection, l'eau nécessaire à son admission au paradis. Le rajah étant mort, il fallut songer à ses obsèques. C'est alors que se montre, dans tout son jour, l'ingéniosité de ses compatriotes, amis et serviteurs.

On leur enjoignit de faire embaumer le corps de l'illustre mort, de l'entourer d'un double cercueil de plomb et de chêne massif, de l'emporter loin des plages normandes. Ils firent constater par trois médecins que l'hygiène publique et privée nécessitait des mesures radicales. Le corps était déjà décomposé... Il n'existait pas de cercueil de plomb... Il serait difficile de s'en procurer un, etc., etc.

De plus la religion du défunt s'opposait à ces procédés barbares. On allait télégraphier au préfet, aux ministres, aux consuls, aux puissances amies de l'Inde, au Président de la République... Et le télégraphe de marcher — j'en sais quelque chose par la peine que l'on eut ce jour à faire partir une dépêche. — De son côté, le maire d'Etretat ne voyait que des avantages à se débarrasser au plus vite d'un voisinage malodorant et incommode. Il télégraphia de son côté : « J'accorde provisoirement, disait-il, l'autorisation de brûler le corps du rajah; si vous y voyez quelque inconvénient, répondez par télégramme. » Qui eût pu penser qu'en vingt-quatre heures, tous les préparatifs seraient faits, toutes les précautions prises ? Tandis que le préfet en référait à un ministre en villégiature, qu'il fallait retrouver pour lui demander son avis, on achetait du pétrole, du bois, une urne funéraire,

des substances alimentaires. Au-dessus de toute cette organisation, à laquelle il faudra joindre, dans les ports, des agents sanitaires spéciaux, il convient de citer le Conseil du gouvernement local (*Local government Board*) et les nombreux Conseils provinciaux et locaux. C'est la division du Conseil du gouvernement local affectée aux affaires médicales et à l'hygiène publique proprement dite, qui a, en réalité, la haute main sur toute l'administration sanitaire anglaise; elle vient de renouveler les instructions qu'elle avait formulées dès l'année dernière en prévision du choléra. Ces instructions sont réunies dans une sorte de petit manuel ayant pour titre: *How to meet cholera?* où l'on trouve successivement énumérées : les mesures préventives à prendre contre le choléra, un mémorandum général relatif aux précautions à prendre contre toutes les affections contagieuses, une circulaire concernant la désinfection, les lois sur les logements ouvriers dans leurs rapports avec la prophylaxie des épidémies, les règles à suivre par les autorités sanitaires des ports pour l'inspection des navires, un certain nombre de renseignements relatifs à l'influence des localités, des habitations, du logement, de l'alimentation, de l'habillement, sur les épidémies de choléra, sur l'importance des diarrhées prémonitoires et leur traitement, enfin sur les précautions à prendre en cas de décès cholérique et sur l'importance de l'assistance aux pauvres. Comme on le voit, ce manuel est très détaillé et les prescriptions qu'il renferme ne laissent place à aucune équivoque. Ce que nous y devons remarquer, c'est surtout son côté pratique; rien n'y est laissé au hasard et les diverses autorités sanitaires peuvent y trouver toutes les indications en ce qui concerne leurs services; les règles et procédés qu'ils ont à suivre y sont tracés avec un soin minutieux, de façon qu'aucune hésitation ne vienne les retarder dans l'accomplissement de leur mission. On sait d'ailleurs que les fonctionnaires sanitaires anglais ne sont admis que lorsqu'ils ont fait preuve d'une connaissance approfondie, théorique et pratique, de l'hygiène. Il en résulte que l'Angleterre se déclare prête à prendre toutes les précautions nécessaires contre l'invasion du choléra sur son sol, afin d'en empêcher la propagation; aussi repousse-t-elle toutes les mesures quarantenaires, se considérant comme suffisamment garantie par une simple inspection médicale pratiquée à bord des navires. Elle a même la prétention de refuser à d'autres nations moins favorisées qu'elle au point de vue de l'administration sanitaire, de prendre dans la mer Rouge et en Égypte, postes intermédiaires entre l'Extrême-Orient et l'Europe, des précautions d'un ordre général contre tous les navires arrivant des ports indiens contaminés.

Nous avons reproduit, dans l'un des précédents numéros, l'Instruction très complète publiée par le gouvernement prussien; depuis cette époque les divers États qui composent l'Empire d'Allemagne ont édicté des règlements analogues et la grande-chancellerie tient la main à ce qu'ils soient partout exécutés. Tous ces règlements ont pour but, non seulement d'indiquer les mesures à prescrire en cas de choléra confirmé, mais encore les précautions préventives à prendre avant l'épidémie, de façon à s'assurer de la salubrité. Les nombreux fonctionnaires sanitaires de l'Allemagne, nommés à la suite d'un examen confirmant des études spéciales, sont chargés de l'exécution de toutes ces mesures. L'Allemagne croit ainsi pouvoir se borner à une inspection médicale sommaire des voyageurs et des marchandises arrivant de l'étranger, sachant que dès qu'un cas de choléra se présenterait, tout est depuis longtemps préparé pour en entraver, autant que possible, la propagation.

Nous avons sous les yeux les circulaires que les gouvernements de la Belgique, de l'Autriche-Hongrie, de la Suisse, du Danemark, de la Suède, de la Norwège, de la Russie, de la Serbie, des Etats-Unis, de la Turquie elle-même, avaient rédigées dès l'année dernière, et qu'ils ont renouvelées cette année contre l'épidémie de choléra. Comme le disait avec juste raison M. Brouardel, les préceptes qui y sont contenus sont à très peu près identiques; la déclaration immédiate des cas de choléra, l'isolement des individus atteints pratiqué dans les limites du possible, la désinfection sous ses diverses applications au logement, à la literie des malades, à ses selles, à ses vomissements, etc., sont de règle partout, et ne comportent que des modifications très légères, tenant aux mœurs locales, et dans le détail desquelles il serait beaucoup trop long d'entrer. Partout les quarantaines maritimes sont prescrites contre les provenances de pays contaminés, soit que des lois spéciales, comme en Hollande, en Russie, en Suède-Norwège les aient réglementées, soit que de simples arrêtés gouvernementaux, comme en Allemagne, les rendent exécutoires; leur durée varie, du reste, suivant l'éloignement du pays atteint. Quant aux quarantaines terrestres, elles sont rejetées par tous les gouvernements, sauf l'Italie et l'Espagne, qui espéraient pouvoir se préserver grâce à elles; ces quarantaines, quelque minutieuses que les prescrivent, par exemple, les récentes circulaires espagnoles qu'a publiées la *Revista de la Sociedad espanola de higiene* dans ses der-

---

une grande civière recouverte d'une étoffe blanche trempée dans l'eau du Gange et arrosée de parfums.

A minuit, entre les belles falaises d'Etretat, un vaste bûcher se trouvait dressé; et le corps de l'illustre Hindou, dûment arrosé de pétrole et recouvert de bois, était installé au centre même de ce bûcher majestueux. A deux heures du matin, la cérémonie commençait. Allumé par le haut, le monument s'embrasa aussitôt. Le vent activait l'incendie. En moins d'une heure tout était en flammes et, au moment précis où arrivait à Etretat une dépêche recommandant la plus grande prudence et n'autorisant pas la crémation, le corps du rajah se consumait sans laisser de traces, sans développer tout à l'entour aucune odeur, aucun germe malfaisant.

A six heures du matin, le beau spectacle qu'avait provoqué cette illumination des falaises d'Etretat, cessait brusquement par l'effondrement complet du bûcher. Il ne restait plus qu'un monceau de cendres, qui furent jetées partie au vent, partie à la mer et dont une poignée enfermée dans une urne spéciale devait garder à jamais dans la famille Hindoue le souvenir de cette cérémonie. D'aucuns prétendent que les pêcheurs d'Etretat se sont enthousiasmés de ce spectacle et qu'ils vont renforcer la cohorte des partisans de la crémation. Je n'y verrais pour ma part aucun inconvénient. Les membres de la famille Gai Kwar se sont montrés pratiques. Ils ont été de l'avant et, de fait, ils n'ont fait de mal à personne — bien au contraire! — La crémation pratiquée à huis-clos — personne n'y songeait; cinq ou six médecins ou notables ont seuls assisté à la cérémonie — n'a eu que des avantages. Que M. Kœchlin-Schwartz s'autorise de ce résultat pour insister encore afin d'obtenir que, dans certaines conditions précises, la crémation des cadavres puisse être autorisée! Le progrès nous viendra de loin!

— Justement, pendant que s'élevaient les flammes du bûcher d'Etretat, je recevais de M. le docteur Félix Formento un mémoire *sur la crémation* lu par lui à la *Loui-*

niers numéros, paraissent avoir été tout particulièrement dangereuses par leur encombrement. On leur a généralement préféré les mesures d'inspection sanitaire aux frontières, permettant de soigner et de retenir les gens malades, de prendre certaines précautions vis-à-vis des bagages de toutes sortes, et n'empêchant aucunement les voyageurs bien portants de poursuivre leur route. Il importe en tout cas de remarquer que ce n'est que dans les pays où l'administration sanitaire est très développée que ces dernières mesures ont été appliquées.

En somme, ce que tous les pays européens s'efforcent aujourd'hui de réaliser, c'est, d'une part, pour le corps médical, une connaissance aussi approfondie que possible des symptômes du choléra et de ses caractères pathognomoniques; et, d'autre part, l'application préventive de toutes les mesures de salubrité, d'hygiène et d'assainissement. L'avenir dira si les découvertes de M. Koch suffisent pour diagnostiquer à coup sûr le choléra contagieux; dès aujourd'hui tous les fonctionnaires sanitaires de l'Allemagne sont instruits successivement, par les soins mêmes de M. Koch, des procédés de recherches permettant de découvrir aussi promptement que possible l'organisme microscopique dont la présence dans l'intestin est, aux yeux du savant directeur du nouvel Institut d'hygiène de Berlin la seule caractéristique de la nature asiatique, épidémique, de l'affection. C'est à l'avenir, disons-nous, à se prononcer à cet égard; mais le présent enseigne avec la plus grande évidence que les maladies épidémiques, et peut-être le choléra plus que toute autre, n'exercent que des ravages momentanés, sans influence durable, dans les agglomérations assainies de longue date, et dans lesquelles la salubrité est l'objet des soins constants d'agents sanitaires spéciaux. Il importe que la prophylaxie contre les épidémies soit préparée de longue main, constamment assurée, de crainte d'avoir à l'improviser trop tardivement, sans ordre, partant sans efficacité immédiate. Il faut aussi que tous les moyens que cette prophylaxie peut mettre en œuvre soient dès longtemps connus de tous ceux qui ont à les recommander ou à les appliquer. A ce point de vue, les instructions que nous venons de mentionner contiennent des renseignements pratiques du plus haut intérêt, s'adressant à des agents et à des commissions dont la compétence s'est affirmée par des études et des recherches suffisamment spécialisées. Bien que les prescriptions qu'elles contiennent soient toutes en rapport avec les données les plus positives de la science, les seules que l'hygiène puisse appliquer, elles affectent avant tout le caractère de rigoureuse précision qu'une longue pratique de l'administration sanitaire, dans ces divers pays, permet seule de donner. Les enseignements de l'épidémie actuelle ne seront sans doute pas perdus en France à tous ces points de vue. (Voyez aux Variétés une note sur ce sujet.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

ACTION THÉRAPEUTIQUE DE L'ACIDE BORIQUE, par le docteur F.-L. LEBOVICZ, professeur d'hygiène à Salonique.

L'acide borique a été découvert par Homberg en 1702, et aujourd'hui encore je suis convaincu que sa valeur en thérapeutique n'est pas appréciée. C'est un médicament très précieux, en chirurgie surtout, et très peu coûteux; il est efficace contre presque toutes les plaies, fraîches ou anciennes, peut être manié avec une grande facilité, et ne donne pas lieu de craindre l'intoxication comme certains autres médicaments; il est peu dangereux dans l'usage interne. Tout médecin qui l'aura employé avec suite en sera satisfait quand il aura toutes les qualités désirées. Il suffit d'en mettre sur des plaies saupoudrées d'acide borique, sans qu'il soit besoin de lavage phéniqué préalable, pour leur faire prendre rapidement un bel aspect et les faire marcher vers la cicatrisation. Je voudrais qu'une large expérience en fût faite.

Dans la clientèle privée, où l'on cherche à éviter les mauvaises odeurs, comme celle d'acide phénique et d'iodoforme, l'acide borique offre des avantages particuliers. Sans infecter lui-même l'atmosphère, il enlève celle des plaies de mauvaise nature, qui en deux ou trois jours se couvrent de granulations rosâtres.

De même je crois qu'on pourrait tirer un meilleur parti de l'acide borique en pathologie interne, et notamment de l'emploi des inhalations boriques.

Tout cela est une question de fait. Je me borne donc à donner un certain nombre d'observations détaillées, comme autant d'exemples (que j'aurais pu multiplier) des bons effets de la médication boriquée.

J'appelle plus spécialement l'attention sur quelques-unes de ces observations :

La *première*, remarquable en ceci que le patient, à bout de médications, était désespéré et fut guéri, et définitivement guéri, en deux mois;

La *seconde* observation, dans laquelle l'emploi de l'iodoforme avait produit un érysipèle dans une plaie de mauvaise nature, et qui fut rapidement guéri par l'acide borique;

---

siana State Medical Society. Il y étudie cette « manière de disposer des morts » au quadruple point de vue de l'hygiène, de la religion, de l'économie et du sentiment. A cause même de cette ampleur, dépassant encore les promesses du titre, puisqu'elle s'étend aussi à l'historique, le mémoire de M. Formento renferme beaucoup de redites. Je vous fais donc grâce de l'hygiène; je passe rapidement sur les considérations religieuses, où il est expliqué que le Dieu tout-puissant n'a que faire des procédés humains pour accomplir la grande œuvre de résurrection (*Does an Omnipotent God need the assistance of man to accomplish his great Work*), et qu'il saura aussi bien reconstruire le défunt avec les cendres d'une urne qu'avec ce qui n'a plus de nom dans aucune langue. La partie *sentimentale* du mémoire consiste surtout, on le devine, à faire remarquer (d'accord avec les déclarations de certains pasteurs) que la crémation permet de conserver les restes du malade « dans le lieu même où il a vécu ». Il aurait fallu ajouter : et de le transporter à volonté; car Agrippine fut contente de pouvoir ramener son époux en Italie. Mais ce que je veux vous signaler, ce sont certains détails de la partie *économique*. « La statistique montre, dit l'auteur (d'après Beagless), que les sommes annuellement dépensées dans les Etats-Unis en cérémonies funéraires dépassent la valeur de la production annuelle de toutes les mines d'or et d'argent, et égalent le montant de toutes les faillites des maisons de commerce de la contrée. Un enterrement décent ne coûte pas moins (aux Etats-Unis) de 100 livres sterling, sans compter le prix de la tombe ou du caveau. » Les dépenses de crémation seraient dix fois moindres. Et la question du terrain? Dans la cité de Londres, par exemple, il meurt annuellement 81 000 personnes. A 12 pieds carrés par personne, un acre de terre pourrait rigoureusement contenir 3630 cadavres (l'acre vaut un peu plus de 4000 mètres carrés); mais, si l'on tient compte de l'espace exigé pour les chemins, les sentiers, les ronds-points, certains monuments, M. Formento estime que les morts de Londres envahissent

Les *onzième* et *douzième*, blennorrhagie avec induration du corps calleux, traitement par des bougies à l'acide borique, avec administration interne d'iodure de potassium ;

Les *quatorzième* et *quinzième*, relatives à de graves traumatismes.

On trouvera peut-être ces observations écourtées; il m'a paru inutile d'entrer dans des détails qu'on suppose aisément. L'essentiel est le résultat thérapeutique.

Je dois ajouter que j'ai aussi traité avec grand succès deux cas de syphilis par l'acide borique. J'employais concurremment l'acide borique à l'extérieur et l'iodure de potassium à l'intérieur.

Dernièrement j'avais à traiter deux cas de pneumonie : l'un et l'autre très alarmants. Dans la première journée de mon examen, j'ordonnai 2 grammes d'acide borique en six paquets, un chaque heure; déjà, après douze heures, la température avait diminué de 40 à 38 degrés centigrades; la seconde et la troisième journée, à 3 grammes également en six paquets à prendre par deux heures. Les deux malades ont guéri.

Je crois encore que le traitement boriqué, interne et externe, rendra de grands services dans la diphthérie.

Voici le résumé des cas dans lesquels, d'après mon expérience, l'acide borique peut être donné avec le plus d'avantages :

1° Les plaies de différentes natures; 2° l'anthrax; 3° la carie des os; 4° les conjonctivites tenaces; 5° la syphilis; 6° la blennorrhagie; 7° le rhumatisme articulaire; 8° la goutte; 9° la phthisie; 10° le typhus; 11° les fièvres intermittentes; 12° les maladies épidémiques; 13° la pneumonie; 14° la diphthérie.

Mes observations actuelles sont relatives surtout à des cas chirurgicaux : mais je ne manquerai pas d'étudier plus largement l'efficacité de l'acide borique dans les maladies internes, et j'en rendrai compte.

Presque tous les médicaments antiseptiques, acide phénique, hypermanganate de potasse, acide salicylique, salicylate de soude, iodoforme, etc., rendent des services incontestables; mais, je le répète, on n'a pas à craindre avec l'acide borique d'effet intoxiquant comme avec quelques-uns de ces médicaments.

On peut employer l'acide borique sous les formes suivantes : 1° en substance; 2° en poudre; 3° en pommade, parties égales; 4° en bougies; 5° en crayons; 6° en glycérolés; 7° en solution, etc.

Bien des médecins, je le sais, ont déjà plus ou moins rendu justice à l'acide borique; mais je suis heureux de signaler particulièrement le remarquable travail de M. le professeur Giovanni Polli, qui n'est venu à ma connaissance qu'après la rédaction du présent mémoire.

OBS. I. *Abcès du creux poplité.* — M. Jeanetti Bisehinter, âgé de trente-trois ans, d'une constitution lymphato-anémiquo, me consulta le 27 octobre 1881, et je constatai ce qui suit : à la cuisse gauche, à la partie inférieure, une longue cicatrice blanche datant de plus de deux ans; dans la région poplitée, un abcès qui, incisé, donna issue à du pus séro-sanguinolent. La plaie étant blafarde, la cicatrisation paraissait devoir tarder aussi longtemps que pour le premier abcès. Cependant, après avoir pris l'avis du professeur Scotti (de Naples), qui approuva mon traitement, le malade consentit à se laisser soigner par les lavages et les irrigations à l'acide borique, suivies de pansement à l'acide borique en poudre. Dès le lendemain la plaie changea de nature, et au bout de deux mois la plaie fut guérie. Depuis, grâce à un traitement reconstituant, le malade se porte très bien.

OBS. II. — Mlle Palomba Nahmias, âgée de dix-huit ans, me consulta pour la première fois le 19 mai 1883. Réglée depuis quatre ans, elle n'a jamais souffert d'aucune maladie, et ce n'est que depuis trois mois il se forma une plaie au milieu du mollet gauche, à 10 centimètres environ au-dessus de l'insertion du muscle soléaire. Pendant trois mois tous les traitements avaient été inutiles. A ma première visite, j'observai une plaie presque ronde de la grandeur d'une pièce de 5 francs en argent, profonde de 15 millimètres, d'une couleur grisâtre.

Je crus devoir traiter la plaie par l'iodoforme, en la remplissant avec 3 grammes d'iodoforme en poudre; je continuai pendant trois jours ce traitement, mais le quatrième jour se déclara un érysipèle, et je fus obligé d'abandonner l'iodoforme; je me servis alors d'acide borique en poudre. Deux fois par jour je pratiquai à la surface de la plaie des irrigations d'Esmarch avec de l'eau tiède, et je remplis ensuite toute la plaie avec de l'acide borique.

De jour en jour il se fit une grande amélioration, et le 9 juin, c'est-à-dire après quinze jours de traitement, la plaie était parfaitement guérie; il se forma une cicatrice noirâtre de la grandeur d'une pièce de 50 centimes d'argent. J'ai vu la malade plus tard; sa santé était parfaite, et la cicatrice est devenue grisâtre.

OBS. III. — Le 2 août 1883, je fus appelé pour voir un jeune garçon de quatorze ans nommé Jouda Gatienio, chétif, pâle, anémique, amaigri depuis plusieurs mois, alité pour une plaie qui datait de deux ans. A la hanche gauche, près du trochanter, on observe une grande poche de 8 centimètres de circonférence; le doigt s'y promène facilement, l'os du fémur est dénudé, mais encore couvert de son périoste. Une suppuration abondante se fait par la plaie.

Dès ma première visite, je lavai la plaie avec l'eau tiède boriquée, et remplit ensuite toute son ouverture avec de l'acide borique.

A l'intérieur je prescrivis des pilules de Blancard, trois par jour, et un régime tonique.

Après dix jours de ce traitement la fièvre tomba, le malade quitta le lit, et quelques jours après il put sortir.

Grâce à ce traitement, la guérison complète put être obtenue à la fin du mois de septembre. Elle s'est maintenue jusqu'à ce jour.

---

annuellement plus de 22 acres de terrain. Voilà, cher confrère, des arguments topiques, s'il y en a, et bien capables de faire impression sur les bons caractères. On gêne si souvent ses voisins à la surface de cette terre, qu'il y aurait conscience à les gêner encore dans la profondeur.

Je vous prie d'ailleurs de remarquer que la cause de la crémation fait de rapides progrès dans le monde entier. Vous vous rappelez sans doute le vœu émis par le récent Congrès de La Haye, confirmatif de ceux des précédents Congrès internationaux d'hygiène, et demandant *à tous les gouvernements* « de faire disparaître les obstacles législatifs qui, dans certains pays, s'opposent à la crémation facultative des cadavres ». La *Société pour la propagation de la crémation* vient, dans une lettre rendue publique, de porter ce dernier vœu à la connaissance de MM. les députés signataires de la proposition de loi sur la crémation facultative.

— En ce temps de vacances, je vous recommande, cher confrère, une assez instructive lecture. Prenez à la Bibliothèque nationale, si vous êtes à Paris, ou dans toute autre bibliothèque qui conserve les vieux journaux, la collection de ceux qui relataient, au jour le jour, les divers épisodes de l'épidémie cholérique de 1832, et comparez les récits que vous y trouverez avec ceux que nous donnent les journaux contemporains. La conclusion de vos recherches sera que, si les populations du midi de la France retardent d'un demi-siècle, celles de l'Italie sont plus superstitieuses encore qu'on ne l'était à Paris au moment où sévissait si cruellement l'épidémie de 1832.

Alors, en effet, il n'était question que de l'empoisonnement des puits, des fontaines, des rivières. Un médecin, que j'ai connu, a failli être assommé par une populace furieuse au moment où il sortait de l'hôpital tenant à la main un flacon rempli d'alcool. « C'est le poison qui va être répandu dans les puits et dans les ruisseaux, s'écriait-on de toutes parts. A l'eau le malfaiteur. » On arrêtait les brancards, on empê-

OBS. IV. — Le 16 août 1883, un homme âgé de cinquante ans, nommé E. Salem, courtier de profession, venait me consulter. Il souffrait depuis six mois d'un lipome double sous-claviculaire suppuré, qu'on avait traité sans résultats de différentes manières, soit par des cataplasmes, soit par différents onguents, ainsi que par des cautérisations. Le malade passait des nuits d'insomnie à cause de très fortes douleurs. A la première visite, j'incisai tous les abcès encore existants, j'élargis les autres ouvertures et les lavai avec la solution boriquée, puis je les remplis d'acide borique en poudre. Depuis ce traitement le malade dormit bien, vaqua à ses affaires avec facilité sans souffrance aucune, et le 18 septembre il était parfaitement guéri.

OBS. V. — Sol, fille de douze ans, servante, tomba le 20 août 1883 et se déchira le bras droit. Un praticien la traitait par différentes drogues, et la plaie empirait. Le 1er septembre elle vint me consulter. Je trouvai trois plaies vers le milieu de la flexion d'avant-bras. La grande plaie, de la dimension d'une pièce de 5 francs, se trouvait au tiers supérieur, sur le grand fléchisseur des doigts, et les deux autres se confondaient avec elle. Elles étaient toutes trois d'un très mauvais aspect, on y voyait déjà des couches diphthéritoïdes. Comme d'ordinaire, je lavai les plaies à l'aide d'eau boriquée, en les recouvrant ensuite d'acide borique. Quinze jours après, les plaies étaient guéries, et la malade pouvait reprendre son service.

OBS. VI. — Panaiotti, garçon grec, âgé de vingt ans, d'une constitution lympho-anémique, commis chez un négociant en opium, me consulta le 26 mai 1883; j'ai constaté ce qui suit :

Au bras droit, à la partie supérieure externe du biceps, on sent une induration; la palpation décèle une grande sensibilité, provoquée probablement par une périostite de l'humérus. — Ordonnance : badigeonnages de teinture d'iode. Le malade avait chaque soir un accès de fièvre. La quinine ne faisait plus aucun effet. Pendant quatre jours de suite, je lui ordonnai des solutions salicylées. Il prit ensuite de l'iodure de fer.

Le 17 septembre, je constatai de la fluctuation au niveau des régions indurées, et je fis une large incision, d'où s'écoula une assez grande quantité de pus de mauvaise qualité séro-sanguinolent. Je lavai bien l'ouverture par l'eau boriquée tiède, en remplissant ensuite la poche avec de l'acide borique. Le traitement par l'acide borique dura à peu près deux mois.

Pendant trente jours je lavai chaque jour la plaie, la suppuration devint de jour en jour plus épaisse, de meilleur aspect. Vers le 12 novembre, il se forma une cicatrice normale. Il est à remarquer que la fièvre hectique cessa dès l'application de l'acide borique.

OBS. VII. — Andrea, garçon valaque, âgé de cinq ans, vu le 1er décembre 1883. On observe à la base de la joue et du menton gauche des masses sphacelées de la grandeur d'une pièce de 5 francs.

Le médecin traitant disait que la cause de cette gangrène était un catarrhe stomacal; il traitait l'enfant depuis le 1er novembre.

La destruction de la région gingivale ne tarda pas; la partie antérieure de la mâchoire se dénuda de son périoste.

Toute la musculature inférieure du menton manquait, la lèvre inférieure n'était réunie que par un pédicule filiforme, lequel menaçait toujours de se rompre. L'enfant avait une forte salivation.

A ma première visite, j'éliminai la partie gangreneuse; après l'avoir bien lavée avec de l'eau boriquée tiède, je couvris toute l'ouverture avec de l'acide borique; en outre, j'ordonnai à l'enfant de prendre la pepsine avant chaque repas; après quoi je lui donnai 2 grammes de salicylate de soude par jour, qu'il supporta très bien, sans vomir et sans avoir de troubles cérébraux.

Déjà, après le troisième jour de mon traitement, l'enfant alla beaucoup mieux; les granulations commencèrent à pousser de la circonférence de la plaie au centre; le pont réunissant les deux bouts de la lèvre inférieure devint plus épais; je les ai rapprochés, le 13 décembre, par une suture, en avivant les bords.

Le traitement de la plaie par l'acide borique continua d'être pratiqué deux fois par jour; la salivation diminua.

24 décembre. On put extraire le morceau gangrené de la mâchoire avec facilité sans avoir la moindre hémorrhagie. Le morceau extrait pèse 4 grammes et a 2 centimètres carrés. Les deux incisives gauches étaient tombées avant que le malade vînt chez moi. La salivation diminua de jour en jour, la plaie devint beaucoup plus petite, l'appétit du garçon augmenta, l'embonpoint commença à paraître. Le 15 janvier, le petit malade est parfaitement guéri et du restant de la mâchoire inférieure postérieure on voit pousser deux incisives.

OBS. VIII. — Miriam Tobi, femme de vingt-cinq ans, mariée depuis dix ans, est accouchée deux fois d'enfants vivants. Malade depuis quatre ans. Atteinte aux jambes de deux plaies de la profondeur de 1 centimètre et d'un diamètre de 10 centimètres. L'une se trouve à la jambe gauche, partie interne, 2 centimètres au-dessus de la malléole, l'autre à la jambe droite, 4 centimètres au-dessus de la malléole, partie interne; celle-ci est analogue à celle de la jambe gauche, mais d'un aspect gangreneux et date seulement de quatre mois; il y a autour de cette plaie une aréole œdémateuse de couleur violette, de la circonférence de 35 centimètres. La malade fut traitée par plusieurs médecins pendant quatre ans sans avoir obtenu la moindre amélioration, et, le 24 décembre 1883, elle venait me trouver. Traitement : deux fois par jour des bains tièdes pendant une demi-heure; je remplis les plaies avec de l'acide borique sans faire aucun autre traitement. A l'intérieur je prescrivis 1 gramme d'iodure de potassium par jour pendant un mois. Je vis chaque jour cette femme, je continuai le même traitement; le 15 mars, elle était parfaitement guérie.

OBS. IX. — Bivenida, fille de huit ans, se présenta le 16 janvier 1884 chez moi. Voilà son état :

A la main gauche, à la partie dorsale, près du premier métacarpe, on remarque une ouverture de 2 centimètres de circonférence; la sonde laisse sentir quelques métacarpiens dénudés; une seconde ouverture se trouve sur le second métacarpien près de l'articulation métacarpo-phalangienne.

La maladie dure depuis trois ans et est due à une diathèse scrofuleuse; on voit d'autres cicatrices sur le cou dépendant des glandules scrofuleuses. Les paupières gauches sont enflées (blépharo-conjonctivite); à la cornée du même œil il y a du pannus. A la base de la région thénar de la même main, on remarque une autre ouverture de la grandeur de 1 centimètre. Traitement :

chait les malades d'entrer à l'hôpital où, suivant le dicton populaire, ils devaient « servir d'expérience » et mourir « tués par les médecins ». Or, en l'an 1884, à Marseille, dans le service du docteur Trastour, un ouvrier, au moment de quitter l'hôpital, exprimait, dans les termes suivants, la reconnaissance que lui inspiraient les bons soins qu'il avait reçus : « Je vous remercie bien, disait-il, mais je ne croyais guère que vous arriveriez à me faire sortir d'ici. — Eh! pourquoi donc? — Oh! je le sais bien, si tant de pauvres ouvriers meurent, c'est qu'il faut bien, d'une manière ou de l'autre, régler la question sociale. On ne l'ignore pas parmi nous : le choléra, c'est une machine politique. »

Il fallut, pour qu'il finît par y croire, que notre confrère M. Cazelles, le préfet des Bouches-du-Rhône, celui des administrateurs qui a montré dans toute cette épidémie le plus d'intelligence, de dévouement et de courage, entendît lui-même, de la bouche du convalescent, ce racontar d'un autre temps. Notre confrère Onimus, qui l'a entendu lui-même et qui nous l'a rapporté, n'en revenait pas. Tant d'ignorance et tant de crédulité en plein dix-neuvième siècle et dans une grande ville comme Marseille !

En Italie, c'est bien pis encore. On ferme les écoles; on lutte à main armée contre les immigrants; on attaque les médecins; on refuse de livrer aux croque-morts les cadavres des victimes du choléra; et les agents des pompes funèbres réclament une augmentation de salaire « parce que les obsèques ne se font pas avec assez de pompe »; on crie partout à l'empoisonnement, au mauvais vouloir des administrations et des médecins. Et tandis que le roi et les ministres font acte de courage et d'intelligence en se rendant parmi les malades et en cherchant à organiser les secours, la plupart des habitants s'enfuient épouvantés. Qu'on y réfléchisse bien pourtant et qu'au moins cette cruelle leçon soit profitable! Naples, Toulon, Marseille, ces trois villes dont les égouts et les voiries sont dans un état primitif, où les premières notions de l'hygiène sont restées inconnues, ces trois

deux fois par jour bain chaud boriqué, puis acide borique en poudre sur les plaies, intérieurement, iodure de fer.

Deux mois après, guérison complète.

Obs. X. — Saltiel, garçon de sept ans, scrofuleux de naissance, vint le 16 janvier 1884 me consulter. Je trouvai le pied droit augmenté de volume, 5 centimètres environ, soit à la circonférence de l'articulation tibio-tarsienne, soit sur le dos des métacarpes; à la partie interne du pied malade, vers la malléole interne, on remarque une plaie de 3 centimètres de circonférence, d'une couleur grisâtre avec élévation des bords.

Trois autres plaies se trouvent au même pied à la partie externe, dont deux dans la direction longitudinale du pied au-dessus de la malléole externe; la troisième plus haut et plus en avant, à 4 centimètres de distance.

Toutes ces ouvertures sont grisâtres, fongueuses. Les os du tarse et du métatarse sont cariés, l'articulation tibio-tarsienne est libre. Les yeux sont atteints de conjonctivites scrofuleuses.

Traitement : deux fois par jour, bain de pieds chaud; après être sorti du bain, remplir les plaies avec de l'acide borique en poudre. Iodure de fer à l'intérieur.

Déjà, après quelques jours de ce traitement, les plaies changèrent d'aspect, et la suppuration qui était abondante auparavant, diminua. Les conjonctivites disparurent après vingt jours de traitement par l'acide borique. Le procédé pour ce dernier traitement est très simple : après avoir renversé la paupière supérieure et retiré un peu la paupière inférieure, les parties conjonctivales étant à nu, on trompe un pinceau (dont on se sert ordinairement pour les yeux) un peu humecté dans la poudre d'acide borique et on le passe légèrement sur les conjonctives malades, en enlevant ensuite avec de l'eau les restes d'acide borique. Le 15 avril, le malade est en voie de guérison.

Obs. XI. — Jeune homme, G. V., âgé de vingt-six ans, d'une faible constitution. Il avait une blennorrhagie uréthrale, il avait en outre une forte induration à la base des corps caverneux, je lui ordonnai d'introduire des bougies d'acide borique, trois fois par jour. Intérieurement, iodure de potassium. Après quarante-cinq jours, guérison radicale.

Obs. XII. — J. M., jeune homme âgé de vingt-six ans que j'avais déjà traité six mois auparavant pour une blennorrhagie et que j'avais guéri en deux mois, vint de nouveau, le 26 janvier 1884, me consulter pour une nouvelle blennorrhagie; je le traitai par des bougies d'acide borique. L'écoulement disparut bientôt, mais comme il se fatiguait dans les bals, il eut une récidive; néanmoins après une cure de deux semaines par l'acide borique, il fut radicalement guéri.

Obs. XIII. — Un praticien, Abram Abieneeh, âgé de quarante-cinq ans, était atteint d'un énorme anthrax (la grandeur de l'induration mesurait 25 centimètres de circonférence) sur la fesse droite près de l'articulation des vertèbres sacro-coccygiennes.

Le 2 février 1884, le malade me consulta, en me racontant que depuis dix jours il faisait appliquer des cataplasmes de farine de graine de lin, qui le faisaient souffrir de plus en plus; il devait rester soit sur le ventre, soit sur le côté gauche; le malade souffrait beaucoup.

Comme il y avait un peu de fluctuation, je pratiquai immédiatement sur la plus grande élévation une longue et profonde incision, d'où s'échappa un peu de pus; je remplis l'ouverture artificielle d'acide borique. Le lendemain une abondante suppuration se déclara, les fortes douleurs cessèrent, et le malade put passer des nuits plus tranquilles.

Deux jours après l'incision, le gros bourbillon sortait, je continuai le même traitement deux fois par jour; huit jours après, le malade sortit guéri.

Obs. XIV. — Eliaci Saltiel, porte-faix, âgé de cinquante-sept ans, en portant un fardeau sur le dos, tomba le 13 décembre, et la roue d'un chariot lui passa sur la jambe gauche. Le 14 décembre, je fus appelé chez le blessé et je trouvai ce qui suit : La jambe gauche se trouvait dans un pansement provisoire que j'enlevai, et j'observai une fracture communitive au tiers inférieur du tibia et du péroné; les moindres mouvements faisaient sentir des crépitations et déterminaient de fortes douleurs; il y avait une sorte de broiement de deux os. A 8 centimètres au-dessus de la malléolle interne se trouvait une ouverture de 1 centimètre où l'on voyait des coagulations sanguines. Plusieurs muscles étaient fortement contusionnés. Je remplis immédiatement l'ouverture d'une assez grande quantité d'acide borique, j'enveloppai la jambe de flanelle et j'appliquai ensuite un pansement inamovible de silicate de potasse en marquant l'ouverture pour le cas où il serait nécessaire d'ouvrir une fenêtre. Un mois après, comme le pied avait un peu d'œdème et que le malade sentait un peu de douleur, je me décidai à ouvrir le pansement, mais il n'y avait que très peu de suppuration.

Je refis un autre pansement semblable, toujours comblant l'ouverture avec de la poudre boriquée, et ce n'est que le 9 mars 1884, c'est-à-dire deux mois après, que j'enlevai le second appareil. La partie fracturée est bien consolidée; on sent très bien le cal, le malade marche à l'aide d'une canne et il y a encore un peu de suppuration, qui, je l'espère, disparaîtra bientôt.

Obs. XV. — Aron, garçon âgé de huit ans, tomba le 1er novembre 1883 et fut atteint d'une double fracture du tibia droit aux tiers supérieur et inférieur. Je ne fus consulté qu'un mois après cet accident.

Je reconnus cette double fracture; entre chaque fracture il y avait une ouverture par où s'échappait du pus ichoreux.

Les plus légers mouvements étaient très douloureux; je jugeai convenable de bien laver les deux plaies avec de l'eau boriquée tiède, et après avoir replacé convenablement les parties fracturées, j'appliquai un pansement inamovible en remplissant soigneusement les ouvertures avec de l'acide borique. Quelques jours après les douleurs et la fièvre hectique diminuèrent; le malade, qui était devenu presque un squelette, reprit ses forces, et après deux mois, je trouvai les parties fracturées bien consolidées; on sent bien le cal. Les deux plaies sont fermées. Ce garçon était guéri le 20 mars et quittait la chambre pour la première fois.

Obs. XVI. — Manuele Sabeldi, garçon âgé de trente ans, vient me consulter le 2 mars.

---

villes empoisonnées non par leurs médecins, mais par les déjections de leurs habitants ont payé à la maladie le plus rigoureux tribut. Qu'en ce siècle d'instruction obligatoire, on s'efforce donc d'éclairer les municipalités et les populations sur la nécessité de combattre les influences réellement nuisibles et non des ennemis imaginaires!

Et, pour en revenir à Marseille, qu'on engage ses administrateurs à donner le bon exemple. Marseille, l'une des premières villes de France au point de vue de sa richesse, ne doit pas rester l'une des dernières au point de vue hygiénique. Il appartient à ceux qui ont pour mission d'assurer le progrès de lutter en flattant l'orgueil méridional. Elle survit à toutes les épreuves, la vanité de nos concitoyens du littoral de la Méditerranée. En voyant, durant l'épidémie, la Cannebière, privée de ses promeneurs habituels, devenue morne et silencieuse, un Marseillais pur sang ne s'écriait-il pas, avec un accent inimitable : « Té! ne dirait-on pas que Marseille est une ville de province? » Eh bien, soit. Mais, si vous voulez être capitale, commencez par laver vos égouts. Tout le monde y gagnera.

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Brun est nommé chef des travaux anatomiques du laboratoire de clinique médicale de la Pitié. — M. Berlioz, interne en pharmacie, est nommé chef des travaux chimiques du laboratoire de clinique médicale de la Pitié.

Importation des objets de literie. — Vu l'article 1er de la loi du 3 mars 1822, relative à la police sanitaire; vu l'avis du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le Président de la République décrète (12 septembre) :

Est interdite, jusqu'à nouvel ordre, l'importation en France, par la frontière d'Italie, des objets de literie, tels que matelas, couvertures, etc.

Au pied gauche, à la région dorsale du métatarse, je trouve trois plaies de 20 centimètres de circonférence d'un très mauvais aspect. Le pied gonflé, œdémateux, d'une couleur violacée. Le malade n'a pas d'appétit depuis plusieurs jours.

Traitement : bain chaud boriqué deux fois par jour, ensuite poudre boriquée sur les plaies.

Le malade est en voie de rapide guérison.

CONCLUSIONS. — Les quelques observations citées ici montrent, à mon avis, que n'importe quel médicament antiseptique n'aurait pu procurer des guérisons plus promptes que l'acide borique. Son prix peu coûteux le recommande pour le traitement des malades pauvres, et surtout pour les champs de bataille. Chaque soldat pourrait porter, dans la poche de sa capote, 30 grammes d'acide borique et le mouchoir du soldat, coupé en deux triangles, servirait de bandages. Voilà tout le pansement; jamais pansement peut-être plus simple et moins coûteux.

En temps d'épidémie, on ferait bien d'employer à haute dose les fumigations d'acide borique : elles seraient plus avantageuses que le plupart de celles qu'on préconise.

Je termine par ce passage du professeur Giovanni Polli : « Etant admises et constatées les propriétés antifermentatives de l'acide borique, sa parfaite innocuité, sa tolérabilité par l'organisme animal, son inaltérabilité à l'air, la modicité extrême de son prix de revient, ce produit chimique tout italien mérite d'attirer l'attention des médecins et d'encourager leurs efforts à l'effet d'enrichir la matière médicale d'une nouvelle conquête. »

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences (Session de Blois, 1884.)

(Suite. — Voyez le n° 37.)

SÉANCE DU 8 SEPTEMBRE.

Paralysie vésicale consécutive à l'usage de l'acide phénique en pansement : M. Cartaz. — Sur l'action des alcaloïdes de Québracho : MM. Eloy et Huchard. — Présentation d'un thermographe : M. Gallois. — De la pression artérielle dans l'insuffisance aortique chez l'homme et chez les animaux : MM. Potain et F.-Franck. — Les périostites rhumatismales éphémères : M. Verneuil. — Déplacements de la rate : M. Soulez. — De l'hypnotisme employé comme traitement dans l'aliénation mentale et dans les névroses : M. Voisin. — Troubles choréiques de l'écriture guéris par suggestion hypnotique : M. Bernheim. — De l'examen du sang au point de vue du diagnostic des maladies aiguës : M. Hayem. — De l'hémoglobinurie : M. Henrot. — De l'hérédité de la paralysie générale : M. Régis. — Sur les substances albuminoïdes : M. Grimaux. — Emploi des pointes métalliques pour fixer les os après les résections articulaires : M. Demons. — Etiologie de l'éclampsie Présentation d'instruments : M. Delore.

M. *Cartaz* rappelle que, souvent après un traitement phéniqué interne, on observe une coloration noirâtre des urines; cette coloration peut se rencontrer à la suite des pansements phéniqués. Généralement il n'y a pas de phénomènes généraux; mais l'auteur a observé récemment des accidents plus graves. Chez une femme atteinte d'accidents septicémiques assez graves à la suite d'une fausse couche, il faisait quatre injections phéniquées intra-utérines par jour. Après la disparition des accidents septicémiques, la femme fut prise de symptômes d'empoisonnement; la vessie était paralysée et remplie de liquide noirâtre. La substitution des lavages au sublimé à l'acide phénique fit disparaître tous les accidents.

Chez une malade de cinquante-six ans, pansée à l'eau phéniquée pour une fracture du col du fémur accompagnée d'escarre, il survint une paralysie complète de la vessie trois jours après le début du pansement. La rétention d'urine cessa dès que le traitement phéniqué fut abandonné. M. Cartaz n'a pu trouver que deux observations semblables de paralysie vésicale dues à une intoxication phéniquée, mais c'était après l'emploi de l'acide phénique à l'intérieur.

M. *Verneuil* fait observer que les rétentions d'urine peuvent se manifester à la suite d'un grand nombre de traumatismes, et qu'elles sont d'autant plus fréquentes, que le traumatisme est plus voisin de la sphère génitale. Il emploie le pansement phéniqué chez tous ses malades : l'urine est très souvent colorée en brun, mais les rétentions d'urine ne sont pas plus fréquentes qu'avant l'usage des pansements phéniqués.

M. *Nicaise*, qui emploie aussi le pansement phéniqué, n'a pas eu occasion d'observer de rétentions d'urine, mais il a constaté quelquefois de l'anurie.

M. *Cartaz* répond qu'il connaissait les faits signalés par M. Verneuil, mais que dans les cas qu'il a observés la paralysie vésicale ne s'est montrée que longtemps après le traumatisme et a coïncidé avec le traitement phéniqué.

— M. *Doutrebente* donne lecture d'un mémoire de MM. *Eloy* et *Huchard* sur l'action des alcaloïdes de Québracho. Ces alcaloïdes sont des antithermiques puissants, et abaissent la température de 8 à 10 degrés. Ils agissent sur le sang comme l'oxyde de carbone, et rendent le sang veineux vermeil. Les auteurs ont expérimenté sur l'homme et ont obtenu les mêmes résultats.

M. *Hayem* demande si l'étude du sang a été faite au point de vue chimique. Certaines substances antithermiques n'agissent qu'en transformant l'hémoglobine en méthémoglobine, qui agit elle-même comme toxique dans le sang.

M. *Doutrebente* répond que les auteurs n'indiquent pas dans leur travail la méthode qu'ils ont employée pour l'examen du sang.

— M. *Gallois* présente un nouveau thermographe à pétrole, ne donnant que la température des corps avec lesquels il est en contact, les modifications de la température extérieure étant supprimées par une disposition spéciale.

— M. *Potain* expose le résultat des recherches qu'il a poursuivies avec M. François-Franck sur l'état de la pression artérielle dans l'insuffisance aortique chez l'homme et chez les animaux. On admet généralement que tous les symptômes qui accompagnent les lésions valvulaires aortiques sont dues à une diminution de la pression sanguine. Cette donnée repose sur les tracés sphygmographiques; or ces tracés ne donnent que le rapport qui existe entre la force de propulsion du cœur et la résistance périphérique, et ne nous renseignent aucunement sur la valeur même de la force de propulsion cardiaque. Des tracés obtenus sur le même malade et au même moment varient avec la tension du ressort du sphygmographe; si cet instrument peut donner de très bons renseignements sur les variations d'amplitude du pouls, il ne peut en donner aucun sur la valeur de la pression sanguine. La mesure de cette pression est très difficile chez l'homme, et M. Potain rappelle les instruments qui ont été proposés à cet effet. Il a fait construire un petit appareil très simple, avec lequel il a obtenu des résultats satisfaisants. Cet appareil se compose d'une petite ampoule allongée en caoutchouc, dont une partie seulement de la surface est élastique, tandis que le reste est à parois résistantes. L'ampoule est reliée par un tube en caoutchouc à un petit manomètre métallique très sensible. On applique l'ampoule sur la radiale au poignet, et l'on fait disparaître le battement de l'artère au-dessous d'elle par la pression du doigt; quand le passage de l'onde sanguine sous le compresseur est complètement supprimé, le chiffre indiqué par le manomètre correspond sensiblement à celui de la pression dans l'artère. L'indication de l'instrument est d'un

centimètre de mercure supérieure à la valeur réelle, à cause de la pression nécessaire pour vaincre la résistance du caoutchouc.

A l'aide de cet instrument, M. Potain a mesuré la pression sanguine chez quinze malades atteints d'insuffisance aortique simple ou plus ou moins compliquée.

Dans l'insuffisance simple, la pression s'est montrée normale ou supérieure à la normale, et a oscillé entre 16 et 25 centimètres; dans l'insuffisance compliquée, elle est quelquefois plus faible. Chez un seul malade ayant une insuffisance simple, la pression était inférieure à la normale : c'était un phthisique, et chez lui le myocarde était probablement malade. L'ancienne hypothèse d'une diminution de pression dans l'insuffisance aortique doit donc être abandonnée, et avec elle les déductions thérapeutiques qui en étaient la conséquence. Les moyens diététiques, que l'on redoutait, peuvent, au contraire, donner de bons résultats, et l'emploi de la digitale doit être proscrit.

Si la pression artérielle est augmentée dans l'insuffisance aortique, on sait cependant, d'après les symptômes cliniques, qu'il y a diminution de la circulation périphérique. Cette diminution ne peut s'expliquer alors que par une résistance dans le système capillaire. M. Potain laisse la parole à M. François-Franck pour faire connaître les expériences physiologiques qu'il a entreprises pour vérifier, chez les animaux, les données fournies par la clinique.

M. *François-Franck* a pu réaliser sur un assez grand nombre d'animaux des lésions valvulaires aortiques artificielles, et il a constaté que chez eux les contractions du cœur augmentent d'énergie en devenant souvent plus fréquentes. L'augmentation d'énergie des contractions du cœur est difficile à déterminer; on peut y arriver cependant sur des cœurs séparés des animaux, et dans lesquels on entretient une circulation artificielle. Cette augmentation est incontestable dans les lésions aortiques. La réaction vasculaire périphérique est plus facile à établir, en mesurant, par exemple, les changements de volume d'un organe, tel que le rein, et les comparant à ceux de l'autre rein énervé.

M. François-Franck a étudié sur un appareil schématique en caoutchouc les conditions nécessaires pour le maintien de la pression normale dans les lésions aortiques. On peut compenser la perte de pression due à l'insuffisance valvulaire, soit en augmentant la force de propulsion de l'organe central, soit en diminuant l'écoulement périphérique, c'est-à-dire en rétrécissant le calibre des vaisseaux périphériques. Dans l'économie animale, les deux procédés se combinent; il y a à la fois augmentation dans l'énergie du cœur et contraction des vaisseaux périphériques. Le réflexe de la double réaction cardiaque et vasculaire se manifeste même chez les animaux, qui, sans avoir de lésions valvulaires suffisantes pour amener un double souffle diastolique, ont eu une simple aortite à la suite d'une tentative infructueuse de lésion valvulaire artificielle. Chez les animaux présentant une insuffisance aortique, si l'on vient à léser le myocarde, la mort survient rapidement, le cœur n'ayant plus alors les contractions suffisantes pour compenser la perte de pression.

— M. *Verneuil*. On connaît plusieurs formes de périostites; on sait qu'il y a des périostites traumatiques, infectieuses, *à frigore*, diathésiques, etc.; mais il y a une autre variété de périostite qu'il a eu l'occasion d'observer, et sur laquelle on n'a pas encore fixé suffisamment l'attention. Une dame de quarante-quatre ans, arthritique, mais jouissant cependant d'une assez bonne santé, accusa une névralgie sous-occipitale violente et des accès fébriles : le sulfate de quinine fit justice de la fièvre, mais non de la douleur. Cette dame fut prise ensuite d'une attaque violente de névralgie thoraco-brachiale. La névralgie mammaire disparut, mais celle du bras persista, et bientôt la malade reconnut une tuméfaction au-dessus du coude, puis deux tumeurs symétriques sur la mâchoire inférieure : c'étaient des périostites; des tumeurs successives apparurent à la base du nez et sur le tibia. — Une autre dame ayant un cancer utérin très avancé présentait aussi une périostite du radius et des nodosités rhumatismales éphémères au bras du côté opposé et au cou. Ces périostites disparurent et furent remplacées par d'autres occupant les membres inférieurs et la face.

Chez les deux malades, les périostites multiples étaient apyrétiques; il n'y avait trace de syphilis antérieure.

M. Verneuil a trouvé l'indication de semblables lésions, signalées par M. Besnier dans le cours de rhumatisme articulaire aigu; il prie ses confrères de lui faire connaître les cas qu'ils auraient pu observer d'une semblable affection.

MM. *Teissier*, *Potain*, *Duplouy* et *Delthil* rapportent des observations semblables de périostites temporaires ou permanentes chez des arthritiques.

— M. *Soulez* a réuni quelques cas de déplacement de la rate à la suite d'une cachexie paludéenne grave. Chez quatre femmes, il a observé des rates flottantes et considérablement augmentées de volume. L'emploi continu du sulfate de quinine a ramené la rate à son volume normal et à sa place dans trois cas; dans le quatrième cas, la tumeur était peu mobile et a simplement diminué de volume.

M. *Chaumier* a obtenu aussi de bons résultats avec le sulfate de quinine dans deux cas semblables qu'il a observés.

— M. *Voisin* présente l'exposé d'un traitement institué sur l'une de ses malades de la Salpêtrière, qui était restée rebelle à tous les traitements ordinaires. C'était une hystérique très pervertie, devenue voleuse par suggestion. Avec des séances de sommeil hypnotique répétées tous les jours ou tous les deux jours, il est parvenu à faire cesser les hallucinations, l'agitation même la plus furieuse. Il a procuré à sa malade un sommeil aussi prolongé qu'il le voulait, pendant dix, quinze et même jusqu'à vingt-deux heures en lui suggérant pendant son sommeil hypnotique l'idée de ne se réveiller qu'à telle heure. L'hypnotisation était obtenue à l'aide d'une petite lampe à magnésium projetant un très vif rayon de lumière sur les yeux du sujet. L'action ainsi obtenue est aussi sûre et même plus rapide que l'hypnotisation ordinaire par le regard. Les malades les plus agitées ont été ainsi calmées en une minute et immédiatement endormies. M. Voisin emploie aussi l'hypnotisation et la méthode suggestive pour modifier l'état moral et le caractère de ses malades. Il est arrivé ainsi à rendre parfaitement disciplinées et même polies les malades les plus grossières et les plus rebelles. Les plus paresseuses se sont mises à travailler, lire, écrire et coudre. Pour obtenir ce résultat, on se contente de suggérer aux malades, pendant l'hypnotisation, l'idée de travail et des sentiments moraux. Les malades obéissent sans aucune résistance à toutes ces suggestions, et, sous l'influence des habitudes de calme, d'ordre et de convenances qu'amènent ces suggestions, la tenue des malades est absolument transformée.

M. *Régis* a essayé aussi d'hypnotiser des aliénés dans le même but que M. Voisin, mais il n'a obtenu aucun résultat; il est probable que ces pratiques ne réussissent que sur certains malades peu atteints, et surtout chez les hystériques.

M. *Bernheim* rapporte aussi quelques essais de guérison par la suggestion hypnotique; ces essais ont été couronnés de succès chez quelques hystériques, mais ils ont échoué chez les aliénés. Chez une hystérique qui refusait de manger, il essaya en vain de lui suggérer l'idée de manger pendant l'hypnotisation; il recourut alors à un subterfuge, et lui fit changer de personnalité en lui persuadant qu'elle était sa propre tante, et en lui ordonnant de manger pour donner le bon exemple à sa nièce. La malade récalcitrante prit aussitôt avec plaisir sa nourriture.

M. *Doutrebente* n'a obtenu que des insuccès, et il se demande si l'hypnotisation et surtout le dédoublement de la

personnalité n'auraient pas des dangers pour des cerveaux encore peu malades.

M. *Voisin* répond qu'il n'a jamais eu d'accidents, et qu'il ne connaît pas de moyen plus rapide pour calmer les malades agités.

M. *Bernheim* a obtenu un grand nombre de guérisons de troubles nerveux, chez certains malades, par le mode de traitement de M. Liebault, au moyen de la suggestion hypnotique. Parmi ses observations, deux lui paraissent surtout concluantes. Un enfant choréique fut obligé d'interrompre ses études à cause d'une chorée qui l'empêchait d'écrire et qui avait résisté à tous les traitements. Le jeune malade fut hypnotisé deux fois de suite, et pendant son sommeil on lui persuada qu'il pouvait écrire facilement; au second réveil l'enfant écrivait comme auparavant, et la guérison persista. Une jeune fille de quinze ans, atteinte de chorée généralisée, fut guérie pendant quinze jours à la suite de bains sulfureux; mais la chorée reparut, et avec elle les troubles de l'écriture; elle est suggestionnée pendant son sommeil, et la chorée cesse après la seconde séance. M. Bernheim présente plusieurs spécimens de l'écriture de ses malades avant et après la suggestion hypnotique.

M. *Demons* demande si une contracture peut aussi être guérie par la suggestion.

M. *Bernheim* a obtenu une guérison instantanée chez un homme qui avait depuis longtemps une contracture de la main.

M. *Henrot* a pu guérir une hémichorée par une simple application d'aimant.

M. *Bernheim* se demande si l'aimant n'agit pas simplement par suggestion, car il a pu guérir une contracture, chez un malade, à l'aide de l'aimant, après lui avoir persuadé que l'aimant allait agir.

— M. *Hayem* rappelle que, dans ces dernières années, on a fait des progrès considérables sur l'étude des altérations du sang dans les maladies. L'examen microscopique du sang pur est assez difficile, par suite de l'altérabilité considérable des éléments du sang: aussi M. Hayem s'est-il attaché à une méthode permettant d'empêcher ces altérations. On prépare une goutte de sang sur un porte-objet dont la partie centrale est entourée d'une petite gouttière circulaire constituant une petite chambre humide comme celle de Ranvier. On empêche l'accès de l'air par la vaseline. On peut ainsi conserver du sang inaltéré et suivre au microscope sa coagulation. Le sang sain ne donne que quelques filaments de fibrine; on voit, au contraire, un réticulum abondant dans certaines maladies. On peut donc doser approximativement la fibrine du sang. Un réticulum abondant se manifestant au début de la maladie annonce une pyrexie; s'il n'y a pas de réticulum, mais une fièvre assez intense, on a affaire à une fièvre typhoïde; dans la fièvre synoque, la fièvre inflammatoire gastrique, il y a, au contraire, augmentation de la fibrine dans le sang. Il y a un certain nombre de maladies inflammatoires qui font exception. Si les symptômes indiquent l'existence d'une phlegmasie, mais qu'il n'y ait pas augmentation de fibrine, on peut affirmer qu'on est en présence d'une pneumonie d'origine typhoïde. Si cette pneumonie est d'origine tuberculeuse, il y a une légère augmentation de la fibrine. Ces quelques exemples suffisent pour montrer que le simple examen microscopique du sang peut rendre de précieux services dans le diagnostic des maladies.

M. *Henrot* a réuni deux cas d'hémoglobinurie. Un homme syphilitique, présentant un commencement de tuberculose, rendait chaque jour, après un léger accès de fièvre, une urine brune contenant de l'hémoglobine et de l'albumine seulement au moment des accès. Le malade mourut au bout de deux ans, tuberculeux, avec une véritable néphrite albumineuse: cette néphrite n'a été que consécutive à une altération du sang. Le second malade n'était pas syphilitique et présenta trois accès d'hémoglobinurie. Chez le premier malade, la fatigue musculaire et le froid amenaient les accès; mais c'est probablement à une production exagérée d'acides biliaires se répandant dans le sang que l'on peut attribuer la fonte des globules sanguins dans le sang. L'auteur pense que les inhalations d'oxygène et une légère transfusion de sang pourraient rendre des services dans le traitement des hémoglobinuries, dans la période cachectique.

M. *Maurel* dit qu'on peut attribuer les urines colorées au passage du sang en nature dans l'urine ou de la matière colorante seulement; enfin on rencontre des urines brunes marc de café, sans aucun élément du sang.

M. *Delore* croit que dans les cas de mélanurie où l'on ne retrouve pas les éléments du sang on a cependant affaire à la matière colorante du sang altérée.

M. *Hayem* insiste sur l'intérêt des observations de M. Henrot; il a pu aussi observer des cas d'hémoglobinurie, dans lesquels la matière colorante du sang passe seule, sans le stroma des globules. Mais il ne croit pas que les sels biliaires aient un action dans la pathogénie de cette affection. Il a fait à ce sujet quelques expériences. Il a injecté de l'eau dans le sang et il a vu que l'hémoglobine ne se dissout dans le sérum que quand on a injecté environ une quantité d'eau égale à la moitié de la quantité totale du sang. Lorsque l'hémoglobine apparaît dans l'urine, le sérum est déjà coloré, mais chez les malades le sérum du sang reste incolore pendant les accès. Il est probable que l'hémoglobine subit des altérations qualitatives; si en effet on injecte dans le sang d'un animal une petite quantité d'hémoglobine d'un autre animal, on obtient des urines colorées.

— M. *Grimaux* expose le résultat de ses recherches sur la synthèse des matières albuminoïdes. Ces résultats ont été déjà publiés dans les *Comptes rendus* de la Société de biologie de cette année.

— M. *Régis*, d'après la statistique qu'il a établie avec beaucoup de soin, montre que la paralysie générale n'est pas nécessairement héréditaire et qu'elle l'est beaucoup moins que la folie.

M. *Lunier* ajoute quelques considérations à ce sujet et fait ressortir l'importance des recherches de M. Régis au point de vue social.

— M. *Demons* rappelle qu'après les résections articulaires, il arrive assez souvent que les extrémités des os se déplacent et que ce déplacement devient la cause d'accidents et de complications. On a essayé de suturer les os avec du catgut, des fils métalliques, etc., mais M. Demons préfère l'emploi des pointes métalliques dont il a le premier introduit l'usage en France. Ces pointes sont de simples petites broches d'acier avec lesquelles on cloue provisoirement les deux surfaces articulaires ensemble. Ce mode de fixation est applicable dans les cas où l'on cherche à obtenir l'ankylose après la résection, pour le genou par exemple. L'emploi des broches métalliques est tout à fait inoffensif.

M. *Duplouy* confirme l'innocuité du séjour des fils ou des tiges métalliques dans les os et dit qu'il a employé aussi des broches métalliques réunies par des fils de caoutchouc pour rapprocher les os dans les résections.

M. *Nicaise* signale plusieurs praticiens étrangers qui ont renoncé aux pointes métalliques parce qu'ils ont reconnu que la méthode antiseptique mettait à l'abri des accidents d'inflammation des extrémités osseuses. Il a pratiqué plusieurs fois des résections du genou, avec la méthode antiseptique, et n'a obtenu aucun accident.

— M. *Delore* croit que l'éclampsie est due à une altération du sang par la présence de bactéries. L'éclampsie pré-

sente une période prodromique correspondant au développement du derme. L'albuminurie, l'élévation de température lui sont communes avec d'autres maladies infectieuses, telles que la scarlatine. La contagiosité de l'éclampsie n'est pas prouvée, mais on a signalé cependant des épidémies d'éclampsies, et l'auteur en a observé pour sa part. Quant au microbe, il ne l'a pas encore vu.

M. *Bouley* fait observer qu'actuellement on ne peut faire une hypothèse semblable; on ne doit admettre l'existence de microbes que lorsqu'on les a vus.

— M. *Delore* présente deux instruments d'obstétrique : l'un est un crochet à tige flexible à son extrémité et pouvant rendre de grands services dans la version; l'autre un forceps construit par M. Poulet.

(*A suivre.*)

British medical Association.

CINQUANTE-DEUXIÈME CONGRÈS ANNUEL.

Traitement chirurgical et orthopédique de la paralysie infantile. — Cure radicale des hernies par torsion du sac. — De la nature des plaies produites par les projectiles du « Rifle » et des principes de leur traitement primitif. — Deux cas de phlegmatia alba dolens du côté droit.

M. *Bernard Roth* lit un travail sur le traitement de la paralysie infantile après la cessation de la période aiguë et la localisation des phénomènes paralytiques. Deux principes, suivant l'auteur, doivent guider le praticien dans l'emploi des diverses ressources chirurgicales et orthopédiques, à savoir : 1° augmenter la puissance contractile des muscles affectés, qui ont encore conservé un certain degré de contractilité volontaire; 2° prévenir l'apparition de difformités, ou, s'il s'en est déjà produit, réduire leur évolution au minimum. Après s'être exactement assuré du siège, de l'étendue, de l'intensité de la parésie musculaire, le praticien remplira la première indication, d'abord en rappelant la température normale dans le membre affecté par des bains chauds et mieux encore par une rapide lotion de la partie malade avec une éponge d'eau froide, qui, par réaction, amène en quelques instants une rubéfaction notable des téguments. Le massage est encore un très bon moyen de développer le pouvoir contractile. L'auteur recommande de le pratiquer en longues séances d'une demi-heure à une heure et de le répéter deux fois par jour, et il rentre dans quelques considérations techniques sur sa pratique. Il conseille de procéder par *pétrissage* des masses musculaires, par *foulage*, par frictions circulaires. Mais le moyen qui l'emporte sur tous les autres par son efficacité, c'est l'exercice méthodique des muscles paralysés. Par un puissant effort de volonté, les malades arrivent à faire contracter les corps musculaires frappés de parésie et, s'ils n'y parviennent pas, une gymnastique médicale qui tend les muscles affectés et les force de se distendre et de se rétracter graduellement rend les plus grands services. La faradisation ne doit être employée que lorsque la puissance musculaire est très faible et presque anéantie.

« M. Bernard Roth indique sommairement les manœuvres à faire pour mettre en jeu les diverses puissances motrices des principales articulations de l'organisme. »

Pour ce qui est du second principe : prévenir les difformités ou les réduire à leur minimum, le chirurgien anglais prescrit l'emploi des appareils.

Comme traitement général, il attache une très grande importance à l'administration du lait comme aliment; il conseille la sortie des malades à l'air pendant plusieurs heures chaque jour.

— M. *Charles B. Ball* rappelle d'abord que la question de la cure des hernies est à l'ordre du jour et il passe en revue les nouvelles méthodes proposées pour arriver à oblitérer l'anneau donnant passage à l'anse intestinale. Quelques-uns de ces moyens sont bons, mais tous exposent à de graves accidents. Pour en diminuer les chances, l'auteur a eu l'idée de tordre le pédicule du sac. Il a fait part de ce procédé à l'Académie de médecine de l'Irlande au mois de janvier dernier et en raison de la faveur avec laquelle on a accueilli cette idée, il l'a mise en pratique depuis, et d'autres chirurgiens de Dublin ont suivi son exemple. Les avantages de ce procédé sont les suivants : d'abord on obtient une occlusion plus parfaite du collet du sac que par aucun autre mode opératoire; en second lieu la torsion a pour résultat de mettre en contact une grande étendue de la surface péritonéale; en troisième lieu, enfin, le danger d'une péritonite septique est diminué.

La première opération de ce genre a été pratiquée sur un garçon de vingt-trois ans, porteur d'une volumineuse hernie scrotale droite très douloureuse, ne pouvant pas être contenue par un bandage et empêchant tout travail. Le 25 janvier 1884, M. Charles Ball découvrit le collet du sac et l'isola du cordon, non sans quelques difficultés, à cause de l'éparpillement de ses éléments. Cela fait, le sac fut saisi dans les mors d'un *clamp-forceps*, et on fit faire à l'instrument six demi-tours, c'est-à-dire trois révolutions complètes. On sentait alors une certaine résistance et il était évident que quelques tours de plus auraient produit une rupture. Une ligature au catgut phéniqué fut appliquée près du collet, et une suture réunit les piliers de l'anneau, passant à travers le pédicule, résultat de la torsion du sac, afin d'empêcher qu'il se détordît. La plaie fut réunie, drainée et pansée antiseptiquement. La cicatrisation fut retardée par la formation d'un abcès du scrotum, mais après quatre semaines la guérison était parfaite et depuis il n'y a pas eu la moindre tendance à la récidive. Le malade a repris son état de cultivateur. Ce même procédé peut être employé pour toutes les autres hernies et il serait encore plus facilement applicable, car on ne serait pas gêné par la présence du cordon.

On peut aussi l'appliquer à la cure radicale des hernies étranglées et l'auteur l'a employé chez une femme de cinquante-quatre ans, atteinte d'une hernie crurale. La mort, survenue le dixième jour après l'opération, permit de constater les heureux effets de la torsion du sac; une lymphe plastique réunissait déjà par de solides adhérences les feuillets péritonéaux tordus.

Sans doute, l'expérience de M. Charles B. Ball est encore peu étendue, mais il croit que son procédé est appelé à rendre de très grands services.

— M. *Gilbert Kirker* a eu occasion d'étudier, soit sur les champs de bataille, soit expérimentalement, l'action des projectiles de la carabine Rifle. Il donne le résultat de ses observations, qui portent sur les blessures des parties molles et sur celles du squelette. Contrairement à ce que l'on croyait, il y a quelques années, les balles cylindro-coniques, animées de la même quantité de vitesse que les balles rondes, ne produisent pas de blessures plus graves que ces dernières. Cela s'explique par le mouvement de rotation qu'elles possèdent et qui les fait pénétrer dans les tissus sans les désorganiser à distance. Les divers tissus, offrant une plus ou moins grande résistance, sont plus ou moins désorganisés par les balles. L'auteur étudie cette résistance pour chacun d'eux et s'arrête longuement sur la résistance des os.

Comme moyen de traitement primitif, il insiste sur les avantages de l'antisepsie pratiquée aussi complètement qu'on peut le faire à la guerre.

— M. *Robert Esler* rapporte deux observations de *phlegmatia alba dolens* du membre inférieur droit, remarquables par ces circonstances que toutes les deux siégeaient à droite, qu'elles sont survenues dans le même hôpital et presque en

même temps, et qu'elles peuvent être expliquées par la position prise par les malades pendant et après le travail : toutes deux étaient restées couchées sur le côté droit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 15 SEPTEMBRE 1884.— PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

La séance est pr esque entièrement consacrée à la lecture du discoursprononcé dimanche dernier par M. *Jamin*, secrétaire peapétuel de l'Académie, et au nom de celle-ci, à l'inauguration, à Broglie (Eure), du monument élevé à la mémoire de l'illustre physicien Jean-Augustin Fresnel.

Aucune lecture ou communication n'a été faite touchant les sciences médicales. M. Bertrand a signalé seulement l'envoi de quelques mémoires relatifs à la nature et au traitement du choléra, sans entrer dans aucun détail à leur sujet.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 16 SEPTEMBRE 1884.— PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

M. *Luiller*, pharmacien en chef de l'Asile de Quatre-Mares, prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un *Pli cacheté*. (*Accepté.*)

M. le docteur *Diday*, président de la Société nationale de médecine de Lyon, envoie plusieurs exemplaires de l'*Instruction médicale sur le choléra* que cette Société vient de publier.

M. *Barillé*, pharmacien-major à l'hôpital militaire de Rennes, adresse un mémoire manuscrit sur *les eaux minéro-thermales d'Hammam-el-Lif* (Tunisie). — (*Commission des eaux minérales.*)

M. *Le Roy de Méricourt* présente, de la part de M. le docteur *Warlomont* (de Bruxelles), un ouvrage intitulé : *Où faut-il passer ses hivers?* et le discours qu'il a prononcé à l'Académie de médecine de Belgique sur *la genèse et la prophylaxie du choléra*.

M. *Dechambre* fait hommage : 1° d'une brochure de M. *C.-F. Durand*, intitulée : *Les guérisseurs*; 2° d'un mémoire imprimé de M. le docteur *Grasset* sur *la subordination étiologique d'un certain nombre de cas d'hystérie à la diathèse tuberculeuse et à la diathèse scrofuleuse*.

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose une lettre de M. le docteur *De Pietra Santa* sur *la désinfection par l'acide sulfureux*.

REVACCINATIONS. — M. *Hervieux* communique à l'Académie le résultat des revaccinations opérées sur un certain nombre de sapeurs-pompiers de Paris. Un tiers avait été revacciné une première fois, sans succès, au régiment, une deuxième fois sans succès également, au moment de l'entrée au corps; les deux autres tiers n'avaient été revaccinés qu'une fois sans succès. Malgré ces circonstances peu favorables, le nombre des revaccinations positives a été en moyenne de 63 pour 100. Encore cette proportion peut-elle s'élever à 70 pour 100, si l'on fait abstraction de 12 de ces militaires revaccinés qui avaient eu la petite variole, et de 4 autres, venus par erreur, qui avaient été revaccinés avec succès peu de temps auparavant.

Si l'on analyse les observations de ces soldats vaccinés, comme c'est la règle, en six endroits différents, on voit que les pustules vaccinales ont été d'autant plus nombreuses qu'elles étaient plus belles, plus plates, plus conformes au type normal. Il faut savoir, d'ailleurs, qu'il n'est pas besoin que la pustule ait ce type classique pour que la vaccination soit efficace, puisque certaines pustules, d'aspect misérable, ont pu, inoculées à d'autres individus, donner naissance à des pustules parfaitement conformées. L'honneur d'un semblable résultat peut être attribué d'abord à la grande pratique de la personne qui fait les vaccinations, ensuite à l'excellence du vaccin de l'Académie, supériorité due, sans doute, à ce fait qu'il a été récemment renouvelé à la suite de la découverte, aux environs de Bordeaux, à Laforêt, d'une vache atteinte de cow-pox naturel et plus tard à l'aide de horse-pox recueilli à Paris même. Quoi qu'il en soit, ces faits démontrent une fois de plus qu'il y a avantage à pratiquer des revaccinations, même dans les cas où l'individu a été revacciné deux ou trois fois sans succès.

M. *Rochard* s'étonne de voir M. Hervieux déclarer que le vaccin prend certains avantages à être régénéré; telle n'est pas l'opinion bien connue de M. Blot; il désirerait être fixé sur ce point important de la pratique médicale.

M. *Maurice Perrin* est également surpris d'entendre M. Hervieux affirmer que les caractères extérieurs de la pustule influent peu; on est plus sévère dans l'armée, où l'on ne considère comme certaines que les revaccinations donnant lieu à des pustules complètes et bien venues. Il est donc probable que la plupart des revaccinations pratiquées par M. Hervieux et qui n'ont, d'après ses déclarations, donné que des pustules incomplètes, auraient été considérées comme inefficaces.— M. *Legouest* appuie les observations de M. Maurice Perrin et fait remarquer combien il importe d'avoir une règle précise à cet égard et de ne considérer comme valables que les vaccinations et revaccinations fournissant les pustules classiques, telles que l'Académie en affiche la reproduction dans son vestibule.

M. *Blot* estime que les succès obtenus par M. Hervieux sont surtout dus à l'adresse de l'opérateur, et non pas à ce que le vaccin de l'Académie est meilleur aujourd'hui que jadis. D'autre part, il n'est pas de semaine où des confrères ne viennent dire que ce vaccin ne vaut rien, puisqu'il n'a pas pris sur tel ou tel enfant; il est facile de les convaincre qu'ils sont dans l'erreur, en vaccinant avec plus de hardiesse un enfant devant eux avec le même vaccin. L'examen des pustules vaccinales n'a pas du reste l'importance que l'on pourrait croire, lorsqu'il s'agit d'établir si un individu a acquis ou non l'immunité. Pour s'assurer que cette immunité est acquise, il n'y a qu'un moyen : c'est de vacciner l'individu et de constater que le vaccin est sans action sur lui. Il n'est pas nécessaire que la pustule vaccinale soit absolument typique. Les pustules mal venues, n'ayant pas les caractères classiques, ont souvent la même signification que les pustules bien venues ; elles sont aussi bonnes lorsqu'il s'agit de récolter du vaccin. Tout récemment, ayant à vacciner ses petits enfants, M. Blot a pris du vaccin sur un enfant malingre, dont les pustules vaccinales avaient un aspect chétif des moins engageants; il a obtenu de magnifiques pustules vaccinales.

M. *Alphonse Guérin* demande si, pour apprécier la valeur d'une pustule vaccinale, il ne faut pas tenir compte du temps d'incubation? Pour lui, une pustule est apte à donner la préservation, quand son évolution n'a commencé que le quatrième ou le cinquième jour après la vaccination; ce caractère lui paraît avoir la plus grande importance. On doit en tenir compte pour l'appréciation des succès des revaccinations.

M. *Blot* et M. *Hervieux* appuient cette manière de voir. M. Hervieux, d'autre part, confirme les résultats qu'il a obtenus et défend l'interprétation qu'il en a fournie.

CHOLÉRA.— M. *Le Roy de Méricourt* lit un rapport sur un certain nombre de documents sur le choléra transmis à l'Académie. Il signale, en particulier, une brochure de M. le docteur de Castro, délégué italien au Conseil sanitaire égyptien, sur l'épidémie de choléra en Egypte en 1883; ce mémoire conclut à l'importation de la maladie; M. le docteur Fabre (de Revel) recommande l'emploi de demi-lavements d'eau froide répétés coup sur coup et de glace à l'intérieur; il a obtenu quelques résultats; M. le docteur Zarembo (de Chicago) préconise l'emploi de l'extrait fluide de Boldo, auquel il déclare devoir de nombreux succès. M. le docteur Duranty (de Marseille) a envoyé un important travail sur les injections salines intraveineuses dans la période algide du choléra. Il les a expérimentées sur 6 malades qui

sont mort peu de temps après l'opération; il s'est pourtant mis dans les conditions recommandées par M. Hayem, M. Dujardin-Beaumetz, et d'autres, qui ont conseillé ce procédé. Il importe de noter les effets immédiats de ce moyen thérapeutique : sur des individus anéantis, cadavérisés, lorsqu'on pratique l'injection, on voit immédiatement revenir tous les signes de la vie, pouls, chaleur, respiration, même parole; mais un quart d'heure après, ils meurent. Ces résultats passagers peuvent laisser espérer qu'on pourra en tirer peut-être des avantages réels, lorsqu'on saura bien s'en servir. Il s'est toujours servi, pour ces injections, du transfuseur de Dieulafoy.

M. *Dujardin-Beaumetz* a, en effet, pratiqué beaucoup de ces injections intraveineuses, toujours avec un résultat analogue à ceux de M. Duranty; il a pu soutenir ainsi la vie pendant quatre ou cinq jours. Il faudrait trouver une solution qui ne puisse dissoudre les globules sanguins et déterminer ainsi un état général d'anémie.

M. *Le Roy de Méricourt* fait remarquer qu'au moment où l'injection est faite, le sang est déjà tellement altéré, qu'il faudrait bien plutôt trouver un liquide capable de revivifier les globules; la résurrection obtenue est fatalement temporaire.

M. *Jules Guérin* continue sa communication sur l'épidémie actuelle. Il s'étonne d'abord qu'après la grande expérience de l'épidémie de Toulon et de Marseille et « surtout après les méprises auxquelles elle a donné lieu de la part des hommes si compétents qui avaient reçu mission d'en reconnaître le caractère », on vienne encore remettre en question l'identité des deux prétendus choléras : choléra nostras et choléra asiatique. Bien que, de l'aveu de la commission d'enquête, il n'ait pas été possible de trouver la moindre preuve de l'importation du choléra à Toulon, bien qu'il ait été établi que l'épidémie a été précédée d'une constitution cholériforme, les membres de la commission d'enquête continuent à défendre le système d'importation, c'est-à-dire la dualité cholérique. Et c'est sur cette dualité que repose tout l'édifice de la prophylaxie actuelle : cordons sanitaires, quarantaines, lazarets, etc.

Pour étudier de nouveau la valeur respective des deux doctrines de la dualité et de l'unification des choléras nostras et asiatique, M. J. Guérin s'adresse successivement à la méthode étiologique et à la méthode symptomatique. Il nie que la cause prétendue spécifique du choléra indien soit démontrée; quant aux causes banales assignées au choléra indigène : chaleurs, abus des fruits, des boissons glacées, etc., ce sont également de pures hypothèses. Au point de vue symptomatique, il est au contraire parfaitement établi que l'évolution, la durée, la gravité et la terminaison des deux choléras sont identiques, le début est le même, la diarrhée prémonitoire ne fait pas plus défaut dans l'un que dans l'autre; les vomissements, les crampes, l'algidité, l'anémie sont les mêmes aussi. De même, ni la consistance, ni la quantité des matières diarrhéiques n'offre de différence spécifique dans les deux prétendus choléras; la durée de la maladie, variable peut-être avec la différence de la gravité, est la même; enfin, les lésions et la terminaison par la mort sont absolument identiques, si bien qu'en présence des cas isolés de choléra, les médecins les plus instruits, Bouillaud par exemple, ont déclaré que pendant une épidémie, ils n'auraient pas hésité à y reconnaître l'identité la plus complète avec ceux de l'épidémie. C'est en vain, également, qu'on s'appuie sur le caractère envahissant de la maladie pour décider de sa spécificité; c'est là la base du système de dualité cholérique, fondé par M. Fauvel. Or, que faut-il entendre par « la propriété envahissante du choléra »? que c'est là une propriété essentiellement contingente, qui fait défaut au moins aussi souvent qu'elle s'affirme. L'épidémie actuelle donne raison plutôt à ceux qui nient la transmissibilité du choléra qu'à ceux qui la considèrent comme constante. En présence d'affirmations contradictoires, il est plus sage d'avouer que la propriété envahissante du choléra ne saurait servir de base à une démonstration du caractère spécifique de la maladie. Donc la dualité cholérique est une théorie complètement surannée, et l'unité du choléra doit être définitivement affirmée.

M. Jules Guérin s'appuie ensuite sur cette doctrine pour proposer une réforme complète de la prophylaxie actuellement employée. Les cordons sanitaires, les quarantaines, les lazarets doivent être absolument proscrits. Non seulement ces mesures sanitaires sont inutiles, mais elles sont dangereuses. Cette vérité a déjà été établie par M. Brouardel pour ce qui concerne les quarantaines terrestres, mais elle n'est pas moins exacte pour les quarantaines maritimes : « Si le choléra d'Europe n'a plus rien à demander au choléra de l'Inde, il est de toute logique de laisser celui-ci où il est et de s'armer surtout contre celui-là. » La véritable voie de transmission de la maladie n'est ni le commerce des individus, ni l'introduction des marchandises et des correspondances épistolaires, mais l'atmosphère. Or, avec la transmissibilité par l'air, à quoi peuvent servir les cordons sanitaires et les lazarets? Bien que les dangers de la contagion soient minimes, il propose de les pallier : 1° en disséminant les malades, au lieu de les agglomérer dans les hôpitaux ou dans des salles spéciales; 2° en aérant et désinfectant les locaux contaminés; 3° viennent ensuite les précautions d'hygiène rappelées dans la dernière séance par M. Bouchardat.

En terminant, M. Jules Guérin déclare que la proportion numérique des diarrhées prémonitoires du choléra est considérable. D'après les relevés statistiques les plus rigoureux fournis par les quatre grandes épidémies de 1832, 1849, 1853 et 1866, le chiffre moyen des diarrhées prémonitoires serait de 93 pour 100, même en faisant figurer parmi ces statistiques les minorités alléguées par MM. Besnier et Proust. Quant aux opinions exprimées sur les épidémies de 1876 et de 1884, elles ne reposent sur aucun relevé et elles aboutissent à des affirmations contradictoires.

M. *Rochard* se réserve de répondre ultérieurement à M. Jules Guérin. Il se borne à s'élever contre le mot de méprise, appliqué à sa manière de voir, partagée par MM. Brouardel et Proust, au sujet de la nature de l'épidémie. Leur opinion n'a pas varié et ils continuent aussi à croire à l'efficacité des quarantaines terrestres.

REVUE DES JOURNAUX

Anévrysme sacciforme de l'aorte thoracique descendante ouverte dans la branche gauche, par M. C. d'A. COLLINGS. — Ce cas est intéressant par la rareté de semblables anévrysmes chez la femme, et par la difficulté d'arriver à un diagnostic exact avant l'ouverture du sac dans les voies de l'air. Maria C..., âgée de quarante-huit ans, Française, ayant des habitudes d'intempérance, mais n'étant pas syphilitique, est admise à l'hôpital le 26 avril avec des symptômes de dyspnée qui l'ont obligée de suspendre son travail depuis quelques jours. Au moment de son admission, sa température est à 103,5 F.; son pouls bat 120, et elle a 55 respirations par minute; lèvres et ongles livides; respiration bruyante; expectoration assez abondante, spumeuse, légèrement rouillée. L'examen de la poitrine révèle de la matité du côté gauche; la pointe du cœur n'est pas déplacée. La respiration est soufflante dans la région sous-claviculaire gauche et dans la région de l'épaule du même côté; dans le reste du poumon gauche, le bruit respiratoire est manifestement diminué d'intensité; il revêt par places le caractère bronchique, l'expiration étant plus bruyante que l'inspiration; bronchophonie dans la région de l'épaule gauche. Bruits du cœur normaux.

Peu à peu les phénomènes dyspnéiques s'accentuèrent, et le 27 mai la malade succomba à une hémoptysie foudroyante.

A l'autopsie, on trouva un cœur absolument normal; la crosse de l'aorte était athéromateuse par places; sur sa portion descendante, au niveau de la bronche gauche, existait un anévrysme sacciforme du volume d'une châtaigne ouvert dans la bronche voisine. Le foie et les autres organes étaient sains. (*The Lancet*, 23 août 1884, p. 317.)

Pourriture d'hôpital (hospital gangrene) développée dans une habitation particulière avant l'admission à l'hôpital, par M. Barker. — Un homme de trente-huit ans est admis à University College Hospital au mois d'avril de cette année pour un ulcère de la jambe gauche. Il présente des antécédents morbides très mauvais; il est alcoolique, a eu des chancres avec accidents secondaires, plusieurs gonorrhées, et, se joignant à cela, il a souffert de privation. Depuis dix ans il portait un petit ulcère à la jambe gauche, qui s'était spontanément guéri il y a environ douze mois. En avril 1883, il reçut sur la jambe une balle de crickett, la plaie se rouvrit et ne s'est pas cicatrisée depuis. Le malade avait l'habitude de la panser avec du saindoux purifié. Le 3 avril 1884, le malade sentit une douleur dans son membre malade, et fut très étonné de trouver la plaie ayant plus que doublé d'étendue lorsqu'il la regarda. Les téguments autour étaient rouges, chauds et tendus. Les jours suivants, l'ulcération continua à s'étendre; elle envahit le tiers inférieur de la jambe, le pied devint œdémateux. En même temps l'état général devint très mauvais. Malgré un traitement énergique, consistant en cautérisations profondes et réitérées au thermo-cautère, le malade finit par succomber. Pendant la vie, l'examen des produits de sécrétion de l'ulcère avait révélé la présence de bacilles; on en avait également trouvé dans le sang. A l'autopsie, on ne trouva aucune dégénérescence viscérale, si ce n'est un léger état gras de la substance corticale des reins. (*Medical Times*, 9 août 1884, p. 181.)

La cure radicale de la hernie ombilicale, par M. W. Mitchell Roocroft. — L'auteur fait d'abord remarquer que la hernie ombilicale est surtout une affection congénitale ou de la première enfance. Lorsqu'on l'observe chez l'adulte, c'est surtout chez la femme, lorsque la paroi abdominale a été distendue par des grossesses répétées; lorsqu'elle est petite, facile à contenir et ne détermine aucun accident, il n'y a pas lieu de penser à une opération; mais, lorsqu'elle est très volumineuse, lorsqu'elle s'accompagne de troubles divers des fonctions digestives et menace sans cesse de s'engouer ou de s'étrangler, lorsque sa surface est couverte d'ulcérations, on est en droit de tenter une opération pour mettre la malade à l'abri de tous ces dangers. C'est ce que comprit M. W. Mitchell Roocroft dans le cas qu'il rapporte, et qui a trait à une petite fille de quatorze ans portant une énorme tumeur ombilicale ulcérée ne pouvant être contenue. Il commença par rendre aseptique la surface de la tumeur ulcérée au moyen de l'iodoforme, puis il circonscrivit la tumeur par une incision elliptique embrassant toute la surface ulcérée. Le sac adhérent à la peau en un point fut réséqué à ce niveau, et cette ouverture permit de constater que la majeure partie de la hernie était constituée par le grand épiploon adhérent au collet du sac. Ces adhérences furent rompues avec soin, et tout le contenu de la hernie fut réintégré dans l'abdomen. Les parois du sac furent alors suturées, il en fut de même des lèvres de l'incision pariétale. Drainage et pansement antiseptique. Guérison au bout d'un mois. (*The Lancet*, 2 août 1884, p. 187.)

Obstruction de l'œsophage traitée par la gastrostomie, par M. Charles-N. Macnamara. — Une femme de cinquante et un ans fut admise à Westminster Hospital le 5 mai 1884. Elle ne présentait aucun antécédent de famille à noter, mais elle accusait avoir eu quelques années auparavant une éruption cutanée s'accompagnant de très violents maux de tête; en même temps elle avait perdu ses cheveux. Depuis treize mois elle éprouvait de la difficulté à avaler les aliments solides, et cette difficulté allait en croissant; depuis quelque temps même les liquides étaient difficilement avalés, et quelquefois ils revenaient à la bouche par régurgitation. L'exploration de la portion cervicale et thoracique de l'œsophage, pratiquée par les manœuvres externes (percussion, palpation, auscultation), ne révélait aucune tumeur. Le cathétérisme de l'œsophage montrait qu'il existait à environ 12 à 13 pouces des dents un point rétréci qui n'admettait que le passage d'une très petite olive. L'émaciation étant considérable, et la dilatation de l'obstacle ne paraissant pas possible, M. Macnamara pratiqua la gastrostomie, et sutura l'estomac à la partie abdominale au moyen de fil métallique. Tout se passa sans incident. La malade se rétablit complètement et commença à prendre de l'embonpoint. Un mois après l'opération elle était en parfait état de santé. (*The Lancet*, 2 août 1884, p. 183.)

BIBLIOGRAPHIE

On Tumours of the Bladder, etc. (Sur les tumeurs de la vessie, leur nature, leurs symptômes, leur traitement chirurgical, etc.), by sir Henry Thompson. In-8° de 111 pages planches nombreuses. — J. et A. Churchill, London, 1884.

La précision qui caractérise les procédés d'exploration de la vessie, et l'étude des symptômes caractéristiques des lésions de cet organe ont permis dans ces dernières années de tenter des opérations qui auraient été considérées par nos grands-pères comme des manifestations d'audace chirurgicale, et cependant en l'espace de quelques années les chirurgiens des divers pays ont prouvé que les tumeurs de la vessie étaient accessibles à l'intervention opératoire par deux voies principales, qui sont d'ailleurs celles qui permettent en même temps le diagnostic et l'ablation.

Deux méthodes comptent en ce moment des applications assez nombreuses : dans l'une, l'exploration vésicale et l'ablation se font par une incision sus-pubienne; dans l'autre, le doigt et les instruments sont portés dans la vessie par une « boutonnière » périnéale. Dans les deux cas, c'est le doigt qui donne directement sur la situation, la nature et le traitement de la tumeur des indications bien plus complètes que celles qui résultaient des renseignements séméiologiques ordinaires ou bien de l'exploration par la sonde. Il est vrai que ces méthodes d'exploration nécessitent une opération préalable, mais celle-ci, fort simple, n'offre pas par elle-même de dangers si redoutables qu'on ne soit autorisé à y recourir lorsque les symptômes rationnels d'une tumeur vésicale sont manifestes.

Le moment n'est pas encore venu de se prononcer rigoureusement en faveur de l'une ou l'autre méthode d'exploration, parce que les documents ne sont pas en nombre suffisant pour être comparés et pour permettre de délimiter les indications relatives de l'exploration vésicale sus-pubienne ou périnéale, mais la monographie de sir H. Thompson nous présente la première partie des documents nécessaires, c'est-à-dire « l'apologie » de la méthode à laquelle il a donné la préférence.

C'est en 1880 que Thompson fit pour la première fois l'exploration digitale de la vessie à l'aide d'une boutonnière périnéale; il croyait chez ce malade à l'existence d'un calcul enchatonné, mais le doigt lui fit reconnaître une tumeur pédiculée; celle-ci fut enlevée et le malade guérit. Ce succès

amena sir Thompson à « systématiser » l'emploi de l'exploration digitale de la vessie.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur la description du mode opératoire, qui en somme n'est que la première partie de la taille médiane, c'est-à-dire la production d'une boutonnière dans la portion membraneuse de l'urèthre. Sir Thompson décrit avec la précision que nous lui connaissons, les divers temps de l'opération, et c'est avec un véritable enthousiasme de clinicien qu'il rend compte des sensations que le chirurgien peut éprouver dans cette exploration d'une vessie, dont il est enfin possible de connaître les altérations.

Cette émotion du chirurgien au moment où son doigt pénètre dans cette région inconnue, et où il va peut-être découvrir par le toucher une tumeur opérable, telle que la décrit sir Thompson, n'est pas seulement une image oratoire destinée à impressionner l'auditoire, elle est un encouragement pour les jeunes praticiens.

Cependant, pour ne pas nous attarder à ce point de vue quelque peu sentimental, il convient d'examiner les résultats obtenus par sir Thompson, tels qu'il nous les présente dans les résumés analytiques de ses observations; je suivrai d'ailleurs le classement qu'il indique pour ces faits.

Sir Thompson a pratiqué l'exploration vésicale dans 43 cas, or dans 28 de ces cas il a trouvé une tumeur; nous donnerons plus loin les résultats de ces derniers cas, mais il importe d'abord de classer les indications qui ont déterminé l'exploration, et à cet égard on peut les diviser en quatre groupes, qui comprennent les formes d'affections vésicales dans lesquelles l'ouverture de l'urèthre a été pratiquée dans le but de créer à l'urine une voie artificielle, et un cinquième groupe comprenant les cas où l'opération a été réellement entreprise dans un but d'exploration, alors que la présence d'une tumeur pouvait être soupçonnée avec des présomptions très rationnelles.

Le premier groupe comprend les cas dans lesquels les symptômes d'une cystite chronique ont existé pendant une longue période et résistent à un traitement continu et approprié.

Dans le second groupe se placent les cas dans lesquels l'hypertrophie prostatique et l'atonie vésicale nécessitent des catéthérismes plusieurs fois répétés sans obtenir de soulagement.

Les cas du troisième groupe, qui seraient plus fréquents qu'on ne le suppose, sont ceux dans lesquels le cathétérisme fait suspecter ou même constater l'existence de calculs enchatonnés ou de matière calculeuse adhérente. Sir Thompson cite cinq exemples de ce genre qui méritent l'attention; dans l'un (cas V), il s'agit d'un malade opéré en 1880 par la taille latérale, pour un gros calcul urique; en 1881, l'exploration vésicale fit reconnaître un dépôt phosphatique adhérent à la paroi vésicale, qui fut extrait; l'observation IV est analogue, les observations VII et XXII ne sont pas favorables comme résultat, et l'observation XXXVI est un exemple de guérison de calcul enchatonné, que l'exploration digitale n'avait pas fait reconnaître, et qui apparut pendant les tentatives de l'extraction de ce que l'on supposait être une tumeur; dans ce cas, il s'agissait d'une femme.

Le quatrième groupe comprend les cas dans lesquels la miction douloureuse et très fréquente avec hémorrhagie existe depuis longtemps sans signes de cystite et sans dépôts muqueux ou purulents dans l'urine. L'exploration faite pour établir le diagnostic n'a que des résultats négatifs au point de vue du diagnostic, elle a donné, dans certains de ces cas, des résultats excellents et imprévus, qui doivent être attribués à l'opération même qui a pour quelque temps supprimé ou modifié les fonctions de l'urèthre et de la vessie.

En somme, tous ces faits peuvent être qualifiés de justificatifs en ce sens qu'ils démontrent pour bon nombre d'entre eux l'innocuité de l'opération. Quelques-uns même en ont bénéficié, mais ces résultats heureux, quelquefois inattendus, ne sont pas des arguments péremptoires. Ce qu'il importe, c'est de connaître les résultats obtenus dans les cas où il y avait tumeur, où par conséquent l'opération a servi à la fois comme moyen d'exploration et comme moyen d'ablation. Or voici presque littéralement les conclusions de l'auteur sur les résultats obtenus.

Des vingt cas de tumeur vésicale, deux ont été opérés chez des femmes : l'une d'elles est morte en trois jours de suppression totale d'urine, l'autopsie a démontré d'une part des lésions avancées des reins (l'un deux contenant un gros calcul), et d'autre part, l'absence de lésion vésicale résultant de l'opération. La seconde malade est actuellement guérie (plus de deux ans après l'opération).

Des dix-huit hommes opérés, cinq sont morts trois semaines après l'opération, trois autres quelques mois plus tard, deux ces derniers présentant des dégénérescences cancéreuses en divers organes. Les neuf autres sont vivants; l'un d'eux, auquel sir Thompson avait enlevé une tumeur dans l'automne de 1882, fut opéré à nouveau d'une tumeur plus volumineuse en février de cette année et la guérison a eu lieu. Dans quatre cas, on ne tenta pas l'ablation totale, qui était manifestement impossible, mais une ablation partielle a été suivie de la cicatrisation et d'une certaine amélioration.

Des quatre derniers survivants, l'un est resté guéri depuis quatre ans que l'opération a été faite; le second a eu quelques symptômes de récidive, mais il peut vaquer à ses occupations, il a soixante-quatre ans; le troisième, qui était mourant d'hémorrhagie quand on l'opéra, a présenté une amélioration telle, qu'il n'a eu d'hémorrhagie nouvelle qu'un an après l'opération. Le dernier a repris ses occupations, pour lesquelles il avait été jugé incapable à jamais. Quant à d'autres malades opérés plus récemment, il n'est pas encore possible de donner des résultats définitifs.

En résumé, suivant M. Thompson, il faut porter à l'avantage de cette méthode d'exploration l'innocuité de l'opération primitive avec la possibilité d'un diagnostic précis, et enfin le moyen de pratiquer l'ablation de tumeurs vésicales; or celles-ci sont souvent de la nature de papillomes, de kystes dermoïdes, de sarcomes et d'épithéliomas pour lesquels l'opération amène sinon la guérison, du moins l'amélioration qu'on recherche dans les opérations de tumeurs analogues en d'autres parties du corps. Il resterait un point à élucider, à savoir si l'exploration et si l'opération offrent plus de sûreté et de facilité par la voie de la boutonnière périnéale, que par l'incision sus-pubienne. Sir Thompson paraît à ce sujet n'éprouver aucun doute; mais ce jugement peut sembler prématuré, au moins en bonne logique de statisticien jusqu'au moment où les deux méthodes auront été l'objet d'une étude comparée basée sur des résultats démonstratifs comme nombre et comme qualité.

A. Hénocque.

VARIÉTÉS

CHOLÉRA.

On n'a pas signalé depuis la semaine dernière de nouveaux cas de choléra à Paris.

L'épidémie continue à décroître, quoique lentement, autour de son foyer primitif. Les cas de décès sont rares à Marseille, et il n'y a eu à Toulon aucun décès dans la journée du 17. Partant, quelques-unes des localités des *Bouches-du-Rhône* et du *Var* restent encore assez éprouvées. L'épidémie reste à peu près stationnaire dans les autres départements, sans paraître vouloir s'étendre davantage vers le nord. D'après la déclaration écrite d'une trentaine de consuls de Nice, Cannes et Menton, tout le littoral entre Hyères et San-Remo est indemne. Elle fait encore beaucoup de victimes dans les *Pyrénées-Orientales :* à Perpignan (26 décès du 14 au 10; 3 décès hier, 17), Prades, Le Verner,

Amélie-les-Bains, etc. Rigarda, Los Masos et Port-Vendre viennent d'être envahis. Pour *le département de l'Hérault*, où l'épidémie semble entrer en décroissance, la *Gazette médicale de Montpellier* fait remarquer que l'épidémie semble voyager en chemin de fer de Cettes à Fabrèges et Vigan, en infectant les stations successives.

Nous n'avons pas encore mentionné un cas qui s'est produit à Royan (Charente-Inférieure) il y a une dizaine de jours. Nous pouvons fournir à cet égard un renseignement authentique. Il s'agit de M. Lancelin, directeur (ou ingénieur) du chemin de fer du Midi. Il s'était transporté dans certaines villes de son réseau pour organiser les secours à donner aux employés du chemin de fer. Revenu dans sa famille, aux bains de mer de Royan, il a été pris du choléra et a succombé rapidement. On ne signale pas de nouveaux cas dans la région. C'est le pendant du fait observé à Paris chez la personne arrivée de Perpignan; d'autant plus que c'est, croyons-nous, de Perpignan ou des environs que revenait M. Lancelin quand il a été frappé.

Pour l'*Italie* et l'*Espagne*, les nouvelles du 17 sont les suivantes :

Italie. — Il y a eu le 16, dans tout le royaume, 881 *cas* cholériques, dont 463 à Naples; 323 *décès*, dont 265 à Naples et 11 à la Spezzia. Ni nouveaux cas, ni décès à Rome.

Espagne. — De nombreux cas d'accidents *cholériformes* sont signalés dans la province de *Tarragone*. Dans la province d'*Alicante*, 24 cas *cholériques*. Plusieurs cas dans la province de *Lérida*.

Afrique. — On signale à Oran (en date du 17) des cas suspect dans le quartier israélite.

LE CHOLÉRA DE PUITS-LE-BON.

Dans notre numéro 34 (p. 572) nous avions appelé particulièrement l'attention, d'après une lettre d'un haut fonctionnaire du département de l'Yonne, sur des cas de choléra mortel qui se seraient produits à Puits-le-Bon, ne frappant que les personnes qui buvaient l'eau de deux puits en communication avec des puisards. Depuis lors, M. Paul Bert s'étant rendu dans ce village y a constaté que les symptômes éprouvés par les malades n'étaient pas ceux du choléra, mais seulement un ensemble d'accidents intestinaux banals, quoique graves, et qu'on a vu se reproduire sur les chiens en leur faisant boire l'eau suspecte. Mais nous avons nous-mêmes des renseignements directs de la part d'un médecin de passage dans ce pays. Ils sont tout à fait d'accord avec les affirmations et les expériences de M. Paul Bert. Il existait à Puits-le-Bon un puits (non pas deux comme on l'avait écrit) depuis longtemps à sec et dans lequel on jetait des ordures de toutes sortes. A la suite d'un orage ce puits se trouva recevoir une grande quantité d'eau, qui fut employée en boisson par les habitants voisins.

Les déductions qu'on croyait pouvoir tirer de l'explosion du choléra né dans ce pays qui n'avait reçu aucun émigré des pays contaminés, sous la seule influence d'une cause banale d'insalubrité, tombent donc d'elles-mêmes.

EXPÉRIENCES CHOLÉRIQUES SUR LES ANIMAUX AU PHARO DE MARSEILLE.

On lit dans le *Journal de Genève :*

« MM. les docteurs Nicati et Rietsch, depuis le commencement de l'épidémie, travaillent au Pharo dans le laboratoire de recherches subventionné par le gouvernement.

» Pourvus de tous les instruments, de tous les appareils nécessaires, ces messieurs ont étudié de très près le bacille du choléra, ils l'ont cultivé comme le docteur Koch qui est venu dans leur laboratoire; ils en ont recueilli des milliers dans les intestins des cholériques dont on leur livrait le cadavre encore chaud. Mais le résultat le plus curieux, le plus important de leurs recherches, a été d'inoculer le choléra à des animaux, à des cochons d'Inde ou cobayes, à des chiens et à des rats.

» Trois chiens ont été inoculés ainsi que quatre cobayes, constamment avec succès. La mort a eu lieu pour le cobaye après quarante-huit heures au maximum, avec diarrhée et crampes comme chez l'homme; elle a eu lieu, pour le chien, au plus tard après quatre jours. Les cobayes présentent d'ailleurs une susceptibilité beaucoup plus grande pour le virus que le chien. En dernier lieu, MM. Nicati et Riëtsch ont injecté du contenu intestinal de l'homme cholérique en assez grande quantité dans l'estomac des cobayes qui sont morts avec les accidents et les lésions cholériques.

» Pour opérer plus sûrement l'inoculation, ces messieurs font la ligature du conduit excréteur de la bile, du canal cholédoque, et ils injectent, dans le duodénum même, la matière virulente, parce qu'ils ont remarqué que la virgule est abondante surtout en l'absence de bile. La bile, en effet, empêche le développement des bacilles.

» Dans le sang du cobaye cholérique, comme dans le sang de l'homme cholérique, les globules présentent cet état de ramollissement qui les empêche de s'empiler et les fait se déformer par compression réciproque. Ce fait paraît être commun aux divers états asphyxiques. »

Réforme de l'administration sanitaire internationale. — M. Mancini vient de charger les représentants de l'Italie à l'étranger de sonder les puissances au sujet d'un projet de code sanitaire international destiné à protéger l'Europe contre les maladies asiatiques.

On organiserait des lazarets internationaux à l'entrée de la mer Rouge et on établirait des cordons sanitaires autour de chaque foyer d'infection.

Nécrologie : Cohnheim. — Né en 1839, le professeur Cohnheim vient de mourir sans avoir pu donner toute la mesure de son talent, sans avoir acquis toute la renommée que lui auraient value sa science histologique, son ardeur pour l'étude et sa probité scientifique. Ses débuts si brillants, ses travaux si consciencieux faisaient présager un maître incontesté. Sa mort est un deuil pour la science. Elève de Traube et de Virchow, successivement assistant, puis professeur à Berlin, Wurtzburg, Kiel, Breslau et Leipzig, Cohnheim laisse après lui des œuvres remarquables, en tête desquelles il faut placer son *Allgemeine Pathologie*, et des élèves distingués qui sauront faire fructifier les idées qu'il a semées par son enseignement et ses travaux de laboratoire.

— Au moment de mettre sous presse, nous apprenons avec le plus vif regret la mort de notre distingué confrère M. le docteur Oulmont, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jean-Paul Schæffel, médecin-major de 1re classe, médecin traitant à l'hôpital militaire de Lille. Il est décédé à *Sainte-Marie-aux-Mines* le 27 août 1884, à l'âge de cinquante-cinq ans.

— On annonce aussi la mort de M. le docteur Chataignon, conseiller général de la Creuse.

Mortalité a Paris (37e semaine, du 5 au 11 septembre 1884).— Fièvre typhoïde, 41. — Variole, 0. — Rougeole, 26. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 30. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 2. — Méningite, 34. — Phthisie pulmonaire, 202. — Autres tuberculoses, 17. — Autres affections générales, 74. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 50. — Bronchite aiguë, 17. — Pneumonie, 42. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 80; au sein et mixte, 37; inconnu, 8. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 77; de l'appareil circulatoire, 57; de l'appareil respiratoire, 40; de l'appareil digestif, 64; de l'appareil génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 5. — Morts violentes, 32. — Causes non classées, 5. — Total : 985.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 25 septembre 1884.

LE CHOLÉRA. — RAPPORT DE M. LE DOCTEUR PROUST. DE LA SYPHILIS PULMONAIRE.

Le choléra. — Rapport de M. le docteur Proust.

Le *Journal officiel* du 21 septembre publie un premier rapport sur le choléra, adressé au ministre du commerce par M. le docteur Proust, inspecteur général des services sanitaires, et approuvé, dans sa séance du 15 septembre, par le Comité consultatif d'hygiène publique de France. Ce document mérite, à divers égards, toute l'attention des hygiénistes et c'est pourquoi, au lieu de nous contenter de le reproduire textuellement, nous croyons devoir en commenter les principales conclusions.

M. le docteur Proust commence par déclarer, en s'appuyant sur les chiffres de morbidité et de mortalité des quatre dernières semaines, que « l'épidémie de choléra qui a débuté à Toulon le 13 juin dernier est en voie de déclin dans notre pays »; et, plus loin, affirmant que l'infection du Midi doit être opposée à l'immunité du Nord et que « le choléra est presque limité dans le bassin de la Méditerranée », il semble admettre que nous n'avons plus à craindre aucun retour offensif de la maladie, ni cette année, en raison de sa lente mais graduelle extension, ni plus tard, comme en 1866, par une sorte de reviviscence des germes de l'épidémie actuelle.

Nous enregistrons avec empressement ce pronostic favorable et nous nous associons très sincèrement aux paroles de M. Proust lorsqu'il énonce l'une des principales causes de cette atténuation d'une maladie jadis si meurtrière. « Ces résultats heureux, dit-il, sont dus, en partie, à la façon à la fois rationnelle et énergique dont l'épidémie a été combattue. Bien que nos services d'hygiène soient susceptibles de plusieurs améliorations, sur lesquelles M. le président du Comité d'hygiène aura l'honneur d'appeler votre attention, il est juste de reconnaître que les diverses administrations auxquelles incombe en France la sauvegarde de la santé publique ont toutes rempli leur devoir avec un grand zèle et une véritable opportunité.

» Dans chaque département, en effet, dès qu'un cas de choléra, ou même un cas simplement suspect, était signalé, immédiatement le préfet et le médecin des épidémies se rendaient sur le point indiqué et prenaient d'urgence les mesures d'isolement et de désinfection que les circonstances commandaient. Sauf sur quelques points (Arles, Perpignan, Les Omergues, Gigean, Ruoms, Vogué, etc.), qui sont devenus des foyers assez intenses, partout l'épidémie a pu rester localisée en s'attaquant seulement à quelques individus. »

Peut-être pourrions-nous, tout en louant comme ils méritent de l'être, le zèle, le courage, le dévouement de nos confrères et des administrateurs des régions atteintes, faire remarquer que, dans bien des localités, l'inertie des populations ou diverses autres circonstances sur lesquelles il est inutile d'insister ont empêché ces « *mesures d'isolement et de désinfection* » d'être appliquées rigoureusement. Mais leur efficacité est incontestable. Partout où l'on pourra, dès l'apparition d'un cas de choléra, isoler le premier malade et désinfecter complètement ou mieux encore détruire ses déjections et les objets qu'il a contaminés, on aura de grandes chances d'éviter l'extension du mal. Notre conviction à cet égard était si ferme, que nous n'hésitions pas, au début de l'épidémie — mais alors seulement — à conseiller pour Toulon des mesures plus radicales encore : l'*isolement* et la désinfection complète de la *Division* et des quelques maisons où les premiers cas de choléra confirmé avaient été signalés.

Il est une autre conclusion du rapport de M. Proust que tous les médecins accepteront aussi sans aucune réserve. « Partout, dit-il, où les lois de l'hygiène étaient observées, l'épidémie a été relativement bénigne; partout, au contraire, où les conditions sanitaires étaient mauvaises, au point de vue du régime des eaux potables, de leur mélange, par infiltration, aux matières excrémentitielles, partout où ces matières infectaient le sol d'une façon quelquefois séculaire, partout dans ces conditions le fléau a été sévère et la mortalité considérable.

» C'est évidemment à des conditions différentes d'hygiène et de salubrité que nous devons attribuer l'infection du Midi opposée à l'immunité du Nord.

» Toutes les fois que des cholériques ou des individus ayant à l'état d'incubation le choléra sont venus dans les villes du Nord, le choléra est resté stérile, du moins jusqu'à ce jour, et n'a pas produit autour de lui les expansions que nous avons constatées à Marseille, Arles, Perpignan et surtout à la Spezzia et à Naples, où la mortalité dépasse de beaucoup tout ce que nous avons vu dans notre pays. Le mode si fâcheux d'évacuation des matières de vidange à Toulon et à Marseille, les conditions si mauvaises d'Arles, décrites par M. Peter dans un rapport à l'Académie sur un mémoire de M. Queyrel, n'existent pas, en effet, à un degré aussi prononcé dans les villes du centre et du nord de la France, et il y a évidemment là, pour le Nord, une cause puissante d'immunité.

» On peut donc dire que la façon dont se comporte le choléra dans une ville est le réactif de sa salubrité.

» M. Fauvel avait déjà exprimé une idée analogue sous une forme saisissante : un incendie n'est pas proportionné à l'étincelle qui lui a donné naissance, mais à la combustibilité et à l'agglomération des matières qu'il rencontre. »

Bien que ce soit répéter une vérité banale que d'insister sur la nécessité d'améliorer partout l'hygiène publique et privée, il n'était pas mauvais de signaler encore ce qu'ont à apprendre les municipalités de Toulon, Marseille ou Naples, et de montrer le dommage que cause aux populations qu'elles sont chargées d'administrer l'oubli des règles les plus élémentaires de la salubrité publique.

Nous reconnaissons enfin, avec l'honorable inspecteur général des services sanitaires, que les mesures prises en Espagne et en Italie ont été « vexatoires et inutiles ». En pleine épidémie et avec les facilités de communications que donnent aujourd'hui les moyens de transport, les cordons sanitaires établis sur la frontière ne pouvaient servir à rien. Ces mesures ont-elles été « dangereuses » ? Est-ce aux cordons sanitaires et aux lazarets que l'on peut attribuer la gravité de l'épidémie de Naples? est-ce à la négation des mesures restrictives qu'il faut attribuer l'immunité d'une grande partie de la France? Bien que le rapport de M. Proust semble l'affirmer, nous hésitons à le croire. Les lazarets peuvent devenir des foyers de renforcement du mal; mais il n'en est pas toujours ainsi, et l'année dernière, M. Proust lui-même (*le Choléra*, p. 120) écrivait les lignes suivantes : « En 1865, un très grand nombre de personnes fuyaient l'épidémie, ne pouvant débarquer à cause des mesures prescrites par le gouvernement ottoman, elles étaient placées dans les lazarets et il y avait là un encombrement considérable. Malgré cet encombrement, malgré des conditions hygiéniques contestables, il y a eu très peu de cas de choléra, et la mortalité a été très légère parce que ces individus fuyant des foyers cholériques avaient déjà subi l'influence cholérique. Ils étaient acclimatés. Dans plusieurs lazarets, à Salonique, aux Dardanelles, à Trébizonde, à Beyrouth, l'encombrement a été porté à un très haut degré. A ce moment onze lazarets ont reçu 25 819 quarantenaires. Sur ce chiffre énorme, on n'a compté que 480 attaques de choléra et seulement 238 décès. Ajoutons même que parmi ces attaques, un assez grand nombre ne se sont pas développés au lazaret et que quelques individus ont été débarqués subissant déjà les atteintes du choléra. » La question est donc au moins discutable, et, si nous la soulevons encore, c'est exclusivement pour pouvoir montrer que lorsqu'il s'agit d'une maladie aussi complexe quant à sa genèse et à sa prophylaxie il faut être sobre d'affirmations. L'Italie sans doute est envahie presque tout entière et le choléra sévit avec une grande intensité à Naples et à la Spezzia; mais Rome, qui a reçu tant de fuyards venus de Naples, échappe à la contagion, et son immunité est plus difficile à comprendre que celle de Paris ou des localités salubres; d'autre part, en Espagne, où les mêmes mesures ont été prises et où les lazarets méritent de si graves reproches, la maladie ne frappe que certaines villes isolées et paraît, plus encore qu'en France, devoir rester relativement bénigne.

Cette question de la propagation et de l'intensité de l'épidémie méritait aussi d'être examinée à un autre point de vue. En 1873, avant d'arriver à Paris, le choléra a sévi assez cruellement à Caen, à Yport, à Fécamp, à Rouen — nous ne parlons pas du Havre où les conditions hygiéniques, infiniment meilleures aujourd'hui grâce surtout au bureau municipal d'hygiène, pouvaient alors passer pour relativement mauvaises. Bien des localités plus insalubres ont été épargnées et à Paris même — l'excellent rapport de M. Jules Worms en fait foi — tous les arrondissements ont été atteints sans que la maladie se soit étendue, sans que, frappant surtout il est vrai les maisons les plus sales et les individus les plus débilités, elle ait créé autour des foyers primitifs, restés presque toujours stériles, les exacerbations redoutables que l'on avait constatées dans les épidémies antérieures. En insistant ainsi pour essayer de faire admettre que le choléra, comme toutes les maladies exotiques, tend à devenir, d'année en année, moins sévère dans ses expansions épidémiques, nous ne prétendons pas aborder la question de doctrine que M. Tholozan a jadis défendue avec éclat; nous n'avons d'autre but que de montrer pourquoi l'on peut espérer en l'avenir. Au-dessus de la question d'acclimatement et d'accoutumance nous aimons, avec M. Proust, à placer la question d'hygiène publique. Mais, tout en admettant comme lui que les mesures d'hygiène et de salubrité sont surtout à recommander d'une manière générale, nous croyons aussi qu'au début d'une épidémie, l'on peut chercher à étouffer localement le mal en agissant « avec rapidité de décision et d'exécution ».

En résumé, nous sommes heureux de constater que les particularités de la marche de l'épidémie actuelle sont de nature à inspirer une grande confiance dans l'efficacité des mesures d'hygiène. Une réserve pourtant nous sera-t-elle permise? Aujourd'hui, comme dans les épidémies précédentes, on constate que la maladie a épargné des localités malsaines placées sur la route même que suivait le choléra ou, après s'y être montrée, s'est rapidement éteinte après quelques cas foudroyants.

N'est-ce point l'occasion de rappeler que, dans toutes les maladies épidémiques, la nature et l'activité du contage constituent un élément dont il y a lieu de tenir grand compte et qui peut se jouer de toutes les prévisions scientifiques? Un des rôles les plus utiles que puisse remplir la *Commission du choléra* récemment constituée, sera donc de faire porter ses plus minutieuses recherches sur les conditions locales des villes et même des villages dans leurs rapports avec l'évolution épidémique.

L. LEREBOULLET.

De la syphilis pulmonaire.

La question que nous abordons aujourd'hui est une question neuve et difficile, disait M. le professeur Fournier, au début d'une leçon sur la phthisie syphilitique, qui a été publiée dans ce recueil même (1875, p. 758). Neuve, elle ne l'est plus, grâce aux nombreux travaux auxquels elle a fourni matière depuis cette époque; mais difficile et peu connue, elle l'est restée, malgré l'abondance des documents ainsi colligés çà et là. Ceux-ci, d'ailleurs, sont loin d'avoir tous la même valeur. Si divers auteurs, comme Rollet (*Wien. med. Presse*, 1875), Schnitzler (*eod. loc.*, 1879), Carlier (Thèse de Paris, 1882), pour ne citer que les mémoires de quelque étendue, n'ont étayé leurs descriptions que sur des faits qui ne laissent aucune place au doute, il en est d'autres, comme Pankritius (Berlin, 1881), qui se sont montrés trop peu sévères dans le choix de leurs matériaux.

Sans faire preuve d'un scepticisme exagéré, que, du reste, les exagérations de divers syphiliographes pouvaient dans une certaine mesure excuser, il faut rayer résolument des statistiques maintes observations, indûment classées parmi les pneumopathies syphilitiques.

Ce n'est pas sans surprise qu'on voit plusieurs auteurs, sur la foi des anamnestiques les plus vagues, et en dehors même de tout antécédent significatif, affirmer l'origine syphilitique des manifestations morbides ou, après autopsie, des lésions les plus nettement tuberculeuses. Et alors même que l'intoxication syphilitique n'est pas douteuse, de quel droit lui attribuer des altérations qui ont tous les caractères de la phymatose, comme si syphilis et tuberculose ne pouvaient évoluer de concert, comme si même la maladie vénérienne ne pouvait, par la débilitation qu'elle amène, favoriser l'éclosion ou le développement des accidents tuberculeux?

Si l'étiologie ne fournit d'habitude que des données suspectes ou peu démonstratives, l'anatomie pathologique, M. Cornil l'a fort bien montré, ne nous apporte pas, d'ordinaire, de renseignements plus précis. On n'a pas, que nous sachions, recherché l'existence des bacilles tuberculeux dans les cas douteux; d'autre part, les notions que nous possédons sur le micro-organisme de la syphilis sont beaucoup trop vagues pour qu'on puisse ajouter foi aux travaux de Birch-Hirschfeld, sur la bactérie syphilitique qu'il croit avoir trouvée dans les lésions viscérales spécifiques (*Centralb. f. med. Wiss.*, 1881). Toutefois, le doute n'est plus possible quand telles autres altérations, qui sont en quelque sorte la signature de la syphilis, coexistent avec les pneumopathies de nature douteuse.

Enfin, à interroger la clinique, c'est, comme nous allons le voir, sur des nuances symptomatiques que repose d'ordinaire un diagnostic de probabilité auquel, seul, le succès de la médication spécifique peut donner le caractère de la certitude.

Mais si la richesse même en observations personnelles de certains mémoires doit éveiller notre méfiance, on n'en est pas moins autorisé aujourd'hui à regarder les déterminations pulmonaires de la syphilis comme moins rares qu'on ne le pensait il y a quelques années. Dans une fort intéressante monographie que les *Annales de la Charité* de Berlin viennent de publier (IX Jahrg, 1884), Hiller a pu réunir, à côté de trente observations contestables, une soixantaine de faits qui semblent défier la critique la plus sévère. C'est là un chiffre assez élevé, et cela d'autant plus qu'ils sont presque tous de date récente; et encore laissons-nous de côté les lésions pulmonaires imputables à la syphilis héréditaire précoce ou tardive, dont l'exposé trouvera sa place dans un article que nous comptons consacrer à cette modalité de l'infection syphilitique, particulièrement étudiée dans ces derniers temps.

I

Les travaux récents n'ont ajouté, il faut le reconnaître, que fort peu de chose aux données anatomo-pathologiques que nous ont values des recherches plus anciennes, celles par exemple de Virchow, de Lancereaux et de Cornil; mais, et cela est déjà quelque chose, ils ne les ont pas infirmées; tout au contraire.

Dans le poumon, comme dans tous les viscères, c'est par une prolifération inflammatoire du tissu conjonctif que se traduit l'action irritante du virus syphilitique : d'où des lésions scléreuses et des néoformations gommeuses qui se présentent avec les caractères macroscopiques les plus divers.

Tantôt ce sont des cicatrices, plus ou moins étendues, ordinairement fort irrégulières; tantôt c'est une pneumonie interstitielle avec sclérose péribronchique; ou bien c'est une infiltration diffuse, bronchio-pneumonique, des alvéoles pulmonaires d'aspect très variable, d'où les dénominations suffisamment caractéristiques d'hépatisation blanche, de pneumonie gélatineuse. D'autres fois, enfin, ce sont des noyaux gommeux à un degré plus ou moins avancé de développement.

Tous les auteurs s'accordent à dire que ces lésions se voient surtout dans le poumon droit; ainsi, dans la statistique, quelque peu suspecte d'ailleurs, de Pankritius, ce côté était pris 76 fois sur 105. D'autre part, comme on l'avait remarqué depuis longtemps, le lobe moyen est le siège de prédilection des altérations syphilitiques et en particulier des gommes diffuses ou circonscrites. Il semble acquis que la masse gommeuse occupe d'ordinaire au début le voisinage du hile, pour se propager ensuite vers les régions profondes du parenchyme pulmonaire. On peut dès lors se demander, comme l'a fait Pankritius, et après lui notre distingué collègue Brissaud, dans un court mais substantiel article (*Progrès médical*, 1883), si le processus n'a pas souvent pour point de départ une médiastinite, ou mieux une adénopathie syphilitique péribronchique. Ainsi s'expliqueraient fort bien certaines particularités cliniques de la syphilis pulmonaire : la disproportion souvent notée entre les phénomènes généraux et les signes d'auscultation, et aussi la dyspnée intense maintes fois constatée.

Nous avons dit que l'on trouvait des gommes aux diverses périodes de leur processus : caséification, ramollissement, évacuation. Cependant c'est seulement à titre exceptionnel qu'on trouve des cavités ulcéreuses, comparables aux cavernes tuberculeuses.

Hiller même doute de leur existence; pour lui, il ne s'agirait, dans les cas de ce genre, que de bronchectasies dont la production serait due tant aux altérations de la paroi bronchique qu'à l'inflammation proliférative du tissu interstitiel ambiant. Sans se prononcer sur ce point, d'importance secondaire d'ailleurs, on ne saurait nier que la plupart des observations soigneusement recueillies cadrent bien avec l'interprétation d'Hiller.

La dénomination de phthisie syphilitique ne serait donc guère exacte au point de vue anatomique.

Enfin il importe d'ajouter que, dans presque toutes les

autopsies, coexistent diverses altérations de même origine dans le larynx, la trachée ou les bronches, ulcérations, cicatrices, rétrécissements, et des lésions viscérales multiples, notamment la dégénérescence amyloïde du foie, des reins et de la rate. Ce sont même ces déterminations de la syphilis tertiaire qu'il faut le plus souvent rendre responsables du dénouement fatal.

II

A cette extrême variabilité des lésions pulmonaires qui relèvent de la syphilis, correspondent nécessairement des formes cliniques fort dissemblables. En dehors des cas où les altérations du poumon sont trop peu étendues pour se révéler par aucun phénomène pathologique, leur symptomatologie est d'habitude celle des broncho-pneumonies chroniques, et en particulier des processus tuberculeux à leurs diverses étapes. Cependant il appert nettement des observations que souvent divers éléments morbides ont pu ou auraient dû mettre le clinicien sur la voie du diagnostic.

Les signes locaux n'ont qu'une importance très secondaire, à part toutefois la notion de siège; car, comme nous l'avons vu, c'est au niveau du hile et particulièrement de la région moyenne du poumon droit que s'observent de préférence les altérations syphilitiques. En outre, que la lésion soit unilatérale, nettement circonscrite et en même temps profonde, il y a là, ainsi que le disait déjà M. Fournier, autant de circonstances qui doivent faire soupçonner une affection d'origine syphilitique et non tuberculeuse.

Les signes fonctionnels ont une valeur diagnostique beaucoup plus grande. C'est ainsi que, contrairement à l'assertion de Bazin, une dyspnée intense, hors de proportion avec les lésions constatées par l'auscultation et la percussion, constitue un des symptômes les plus constants des pneumopathies syphilitiques. Cette gène de la respiration, qui va parfois jusqu'à l'orthopnée, reconnaît sans doute pour cause non seulement la diffusion des néoplasies syphilitiques dans diverses régions du poumon et le rétrécissement des bronches par le tissu conjonctif hypertrophié, mais encore l'engorgement des ganglions du hile.

C'est également à l'adénopathie que peut être attribuée, en partie du moins, la toux quinteuse, paroxystique, dont la plupart des observations font mention.

L'expectoration donne parfois des indications très utiles. Si l'hémoptysie est rare, exceptionnelle même pour certains auteurs, si d'ordinaire les crachats, composés de mucosités ou de muco-pus, n'ont pas de signification précise, il est cependant des cas où ils présentent des caractères tout spéciaux, malheureusement trop peu étudiés jusqu'à ce jour. Plusieurs observateurs, en effet, tels que Cube, Robert, Schech, signalent une expectoration singulière, formée de matières jaunes ou brunâtres, de détritus pulmonaires provenant vraisemblablement de masses gommeuses ramollies. Il est à regretter que le plus souvent on n'ait pas pratiqué l'examen histologique de ces crachats, ni recherché, dans les cas douteux, le bacille de Koch.

Quant aux phénomènes généraux, la question est fort délicate. Si certains auteurs tracent, à cet égard, de la syphilis pulmonaire un tableau qui la rapproche singulièrement de la phthisie tuberculeuse vulgaire, d'autres, et c'est le plus grand nombre, insistent sur l'intégrité presque absolue de l'état général, alors même que les altérations pulmonaires sont très avancées. Conservation des forces et de l'appétit, peu ou point de fièvre, point de diarrhée, telle serait pour eux la règle, et il y aurait même, dans ce contraste entre les signes locaux et les manifestations générales, un élément précieux de diagnostic. C'est de ce côté, les autopsies le démontrent, que se trouve la vérité; si les phénomènes cachectiques, la consomption progressive se produisent, cela tient non aux altérations pulmonaires, mais à d'autres lésions syphilitiques, et en particulier à la dégénérescence amyloïde des principaux viscères. Il n'existe donc guère, au sens clinique du mot, de phthisie pulmonaire syphilitique; c'est aux autres déterminations de la syphilis tertiaire et non aux pneumopathies, fussent-elles ulcéreuses, que doivent être attribués les accidents ultimes, sauf dans les cas rares où la mort survient par asphyxie progressive.

Ce n'est, on le voit, que sur des nuances que pourrait être édifié le diagnostic si d'autres données ne venaient pas à la rescousse. Est-il besoin de les énumérer? C'est l'absence de tout antécédent phymatique personnel ou héréditaire, c'est l'aspect général du malade chez qui l'on ne retrouve aucun des traits de l'habitus tuberculeux, c'est la constatation, dans le passé ou le présent, de diverses manifestations syphilitiques, et en particulier d'altérations des voies respiratoires supérieures. Des ulcérations, des cicatrices, des rétrécissements dans le larynx ou la trachée décèlent souvent, comme l'a montré Schnitzler, une syphilis restée entièrement méconnue.

Mais, malgré tous ces indices, le diagnostic demeure en suspens à cause de la coïncidence possible de la syphilis et de la tuberculose, tant que la thérapeutique n'a pas prononcé en dernier ressort. On connaît les observations qui démontrent la curabilité, sous l'influence du traitement mixte, des altérations syphilitiques même les plus avancées du parenchyme pulmonaire. Cependant il ne faudrait pas croire que la guérison soit le fait le plus habituel, tout au contraire. A quoi doit-on attribuer ces insuccès de la thérapeutique? Est-ce parce qu'on intervient trop tard ou trop timidement, ou n'est-ce pas plutôt parce que, le plus souvent, les organes hématopoïétiques sont profondément atteints avant que le poumon soit sérieusement envahi?

Le pronostic doit donc se déduire, non de l'état des poumons, mais de l'examen des autres viscères. A ce titre, l'uroscopie aurait, à en croire Pankritius, une importance capitale. On serait en droit d'espérer tant que les reins sont indemnes; mais du jour où l'albuminurie est venue se joindre aux phénomènes cachectiques, la médication spécifique la plus énergique serait absolument inefficace.

L. Dreyfus-Brisac.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

Note sur l'emploi de la pulvérisation de l'eau du Mont-Dore en inhalations, par M. F. Terrier, chirurgien des hôpitaux.

Actuellement, une grande partie du traitement préconisé par nos confrères du Mont-Dore consiste à faire séjourner les malades, pendant un temps variable, dans une vaste pièce, chambre d'inhalation, remplie de vapeur d'eau minérale. Cette vapeur, refroidie par le contact de l'air, est en partie à l'état vésiculaire, et se présente sous l'aspect d'un nuage de brouillard plus ou moins opaque, selon la température de la chambre où elle se dégage.

Si, en effet, cette température est froide ou fraîche, la vapeur vésiculaire est abondante; au contraire, elle diminue

dès que les parois et l'air de la salle acquièrent une température un peu élevée, ce qui arrive fatalement par suite de l'apport incessant de la vapeur, et aussi à cause de l'accumulation des malades dans un espace relativement restreint. Enfin la température extérieure peut jouer un rôle dans cette production de vapeur vésiculaire en ce sens que, si cette température vient à s'élever et à échauffer l'air et les parois de la salle, la quantité de vapeur vésiculaire, c'est-à-dire de vapeur visible, devient moindre par rapport à la vapeur aériforme. Il existe donc un véritable rapport inverse entre la température de la salle d'inhalation et la vapeur vésiculaire qui doit y être contenue.

Pratiquement, il faut que la chaleur de la salle soit suffisante (en général elle atteint 32 degrés centigrades), et que la vapeur vésiculaire soit assez intense pour être efficacement inhalée par les malades. Notons que ces conditions ne sont pas toujours très faciles à remplir, et il suffit d'avoir fréquenté la salle d'inhalation pour s'en convaincre.

Un autre point doit encore attirer notre attention : l'eau ainsi vaporisée et utilisée pour le traitement des malades est, en fait, de l'eau distillée; elle contient encore, dit-on, et cela résulterait même des analyses de Thénard et Lefort, des principes minéralisateurs; mais ceux-ci doivent être réduits à leur minimum. D'ailleurs, pour juger absolument cette question, il faudrait de nouvelles analyses de l'eau recueillie, par exemple, en condensant cette vapeur à l'aide d'un appareil réfrigérant. Quel que soit le procédé d'analyse utilisé, on peut, sans crainte d'être démenti par les faits, affirmer que la vapeur, vésiculaire ou non, utilisée comme méthode thérapeutique ne renferme qu'une très faible quantité de principes actifs. Cette opinion est partagée par le professeur Vulpian, qui visitait avec nous les salles d'inhalation.

N'y aurait-il pas avantage à modifier toute cette manière de pratiquer les inhalations, c'est ce que nous avons essayé de faire avec M. Léon Chabory, médecin au Mont-Dore.

Tout d'abord, dans le but d'augmenter la vapeur vésiculaire fournie par un jet de vapeur, nous avons dirigé ce jet sur une éponge imprégnée d'eau minérale. Le résultat fut très net, et le rendement en vapeur vésiculaire fut augmenté; mais la température de l'éponge s'élevait très vite, et pour obtenir un résultat persistant il fallait à chaque moment la refroidir en la plongeant dans l'eau minérale froide. Cette méthode peu pratique fut donc abandonnée, d'ailleurs, elle ne permettait qu'une seule chose, c'était, dans un milieu porté à une température assez élevée (30 à 32 degrés), de fournir le plus de vapeur vésiculaire possible, ou au moins d'en fournir plus qu'avec le simple jet de vapeur ordinaire.

C'est alors que j'eus l'idée d'employer un appareil pulvérisateur analogue, sinon identique, à celui dont nous nous servons en chirurgie dans la pratique des opérations par la méthode de Lister. Grâce à cet emploi, je pensais : 1° utiliser à la fois la vapeur et l'eau minérale pulvérisée; 2° refroidir suffisamment la vapeur pour lui faire acquérir plus facilement la forme vésiculaire. L'atmosphère thérapeutique — si l'on peut se servir de cette expression — ainsi obtenue, contiendrait donc une quantité plus grande de vapeur vésiculaire, et en outre les principes minéralisateurs dissous dans l'eau minérale pulvérisée. En d'autres termes, on aurait affaire à un agent thérapeutique plus actif et probablement aussi plus efficace.

Dans un cabinet destiné à l'administration des douches de vapeur, M. Léon Chabory fit installer par M. Montel, ancien ouvrier de la maison Charrière, un appareil pulvérisateur des plus simples. Au tube de métal conduisant le jet de vapeur destiné aux douches, on adapta un collier en cuivre soutenant, en avant du jet de vapeur, un tube en plomb effilé à sa partie supérieure, et dont la partie inférieure se prolongeait par un tube de caoutchouc. Ce dernier plonge dans une carafe remplie d'eau minérale chaude. Un système de vis permet de placer l'extrémité effilée du tube de plomb bien en face du jet de vapeur, et, dès que celui-ci est lancé, l'eau aspirée de la carafe se pulvérise avec une extrême facilité, comme d'ailleurs dans les appareils pulvérisateurs bien connus de Lister ou de mon ami et collègue Just Lucas-Championnière.

Dans ces conditions d'expérience, voici les résultats que nous avons obtenus : la température du cabinet étant de 22 à 25 degrés au début de la séance d'inhalation, elle s'élève progressivement à 28, 30, 32 degrés, et même peut atteindre 34 degrés au bout d'une demi-heure. Nous ferons remarquer que cette température de 34 degrés tient à deux causes : l'une au dégagement de vapeur, l'autre à ce fait qu'il existe dans chaque cabinet de douche un véritable réservoir de chaleur, résultant du mode d'arrivée de la vapeur. Cette dernière cause d'élévation de la température pourrait être supprimée avec avantage. Quoi qu'il en soit, malgré la pulvérisation, dont l'effet bien connu est de produire un refroidissement sensible du liquide pulvérisé, on voit que la température n'est pas abaissée, mais plutôt un peu trop élevée à la fin d'une séance de vingt-cinq à trente minutes de durée.

L'eau pulvérisée dans une séance de trente minutes a été de 750 à 800 grammes; d'ailleurs ce chiffre peut varier par ce fait que le débit de vapeur n'est souvent pas constant, ce qui tient à des différences journalières de pressions dans le générateur. Cette cause de modification dans les résultats obtenus pourrait encore être facilement supprimée.

La pulvérisation d'eau minérale, même chaude, refroidit notablement le jet de vapeur, ainsi que nous nous en sommes assurés, M. Léon Chabory et moi. En effet, le thermomètre placé à 50 centimètres du jet de vapeur seule, marque 44 degrés centigrades; dès que la pulvérisation se fait, on n'obtient plus que 41 degrés centigrades, soit 3 degrés en moins, ce qui est considérable.

A 1 mètre du jet, avec la vapeur seule, on a 40 degrés centigrades; si la pulvérisation fonctionne bien, il n'y a plus que 38 degrés centigrades.

Or, dans la grande salle d'aspiration, usitée actuellement, la température prise à 1 mètre au-dessus de l'échappement de vapeur a été trouvée par M. Léon Chabory de 38 degrés. C'est donc la même chose.

Au point de vue expérimental, il resterait encore à recueillir sur un condensateur la vapeur mêlée d'eau finement pulvérisée, et à faire analyser ce liquide pour en déterminer rigoureusement la composition chimique, et la comparer à l'analyse de l'eau minérale et à celle de la vapeur seule condensée. C'est là un point que M. Léon Chabory se propose d'étudier avec l'aide d'un chimiste expérimenté.

Quoi qu'il en soit, à 1 mètre de notre pulvérisateur, la température est encore élevée, mais très supportable, et l'eau est suffisamment pulvérisée pour qu'on puisse y respirer largement et sans difficultés. Le fait a été vérifié par nous et par notre excellent collègue des hôpitaux le docteur Blachez. Il n'en est pas de même quand on a affaire à de la vapeur seule, dont la température atteint 40 degrés.

En résumé, dans un espace limité, comme un cabinet de douches de vapeur, un malade peut être facilement soumis à des inhalations d'eau pulvérisée et de vapeur vésiculaire sans être incommodé par une trop grande élévation de température; il peut, selon sa susceptibilité, ou bien rester dans le jet de vapeur et d'eau pulvérisée, ou bien se tenir un peu de côté dans l'atmosphère vésiculeuse et très humide du cabinet, atmosphère qui est constituée en moins de trois minutes.

Nous croyons que cette méthode d'inhalation mérite d'attirer l'attention de nos confrères du Mont-Dore, et qu'en outre elle est applicable, dans un espace restreint, pour un, deux ou trois malades au plus.

Or je ferai remarquer en terminant, et j'insiste beaucoup

sur cette opinion partagée par mon ami le professeur Cornil, qu'avec les doctrines nouvelles sur la contagion de la tuberculose, il est très certainement *fort imprudent* de réunir dans une même salle un nombre considérable de malades atteints d'affections pulmonaires diverses, dont bon nombre sont des affections tuberculeuses.

CORRESPONDANCE

A MONSIEUR LE PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Note sur le traitement du choléra à Toulon.

Je n'ai pas à modifier bien sensiblement les appréciations que j'ai déjà faites des agents thérapeutiques employés contre le choléra dans une note communiquée au *Bulletin thérapeutique* par M. l'inspecteur Rochard, auquel je l'avais remise lors de sa visite à Toulon. Cependant les détails suivants, reposant sur une plus longue expérience, ne paraîtront peut-être pas hors de propos.

Et d'abord je ne puis qu'accentuer mon opinion sur les *opiacés*, leurs insuccès et même leur action nuisible à la période d'algidité nous les ont fait à peu près abandonner complètement. Je n'ai commencé les injections de chlorhydrate de morphine à petites doses que pour combattre l'épigastralgie, l'angoisse épigastrique, les crampes du diaphragme — nous ne dépassions pas la dose de 1/2 centigramme, de 1 centigramme au plus — et il était rare que nous eussions besoin de la répéter, en sorte que lorsque M. le docteur Netter, dans un journal de Nancy, nous accuse d'avoir créé, par l'abus de l'opium, cette forme particulière du *choléra non asphyxique*, dans laquelle l'individu est blême, avec un pouls sensible jusqu'au dernier moment, avec une température périphérique relativement élevée, etc., il nous suppose bien peu conséquent en admettant que nous avons continué l'emploi de cet opium après en avoir constaté les mauvais effets. Les crampes, l'anxiété épigastrique ont été, au contraire, toujours avantageusement combattues par la morphine, tandis qu'elles résistaient aux applications des sinapismes, aux frictions irritantes, aux applications métalliques. Dans deux cas rebelles, je me suis trouvé très bien de la faradisation; ces crampes épigastriques ont quelquefois aidé très rapidement à l'application du collodion sur l'épigastre et l'abdomen; mais cette pratique est loin d'avoir constamment réussi, et ne mérite pas les louanges que M. le docteur Thomas lui a données par suite d'une grande bienveillance confraternelle. Ces crampes du diaphragme ont une violence telle, que dans quelques cas elles menacent directement la vie. C'est en pareille circonstance que, chez un confrère, médecin militaire, j'ai dû, en désespoir de cause et au grand effroi des assistants, employer les inhalations de chloroforme, qui donnèrent un excellent résultat presque immédiatement. Je n'avais pas hésité à employer ce moyen parce que j'ai, comme beaucoup de médecins, constaté son efficacité dans les accès de coliques hépatiques et néphrétiques; que, lorsque la douleur est violente, s'accompagnant aussi de refroidissement périphérique, de petitesse de pouls, de cyanose, etc., dès les premières inhalations on voit revenir la chaleur, le pouls, etc.

Quant aux injections d'éther, je n'ai rien à modifier : elles ne m'ont donné aucun bon résultat pour combattre la réfrigération et exciter l'organisme; elles ont, au contraire, déterminé de la torpeur du système nerveux et paru avoir une action bien différente de celle qu'elles ont montrée à la suite de leur emploi dans les anémies post-hémorrhagiques avec tendance syncopale. Je n'ai constaté quelques bons effets des injections d'éther que dans les crampes rebelles des membres, crampes qui cédaient habituellement aux frictions diverses, au massage et surtout aux applications métalliques. Les *vomissements* ont toujours été diminués et même fréquemment arrêtés par les boissons glacées en petite quantité, et surtout par la chartreuse donnée par cuillères à café sucrées d'un petit fragment de glace. Quant à la *diarrhée*, ce sont les lavements vineux qui nous ont toujours donné les meilleurs résultats.

Pour combattre l'*algidité*, relever le pouls, j'ai eu recours aux injections hypodermiques de *sulfate d'atropine*, faites, ainsi qu'il a été dit, avec 1/2 milligramme, rarement 1 milligramme, et répétées toutes les quatre, six heures, de manière à injecter à peine, dans les vingt-quatre heures, 2 milligrammes à 2 milligrammes et demi d'atropine au plus. Ces injections (de nombreux médecins ont pu le constater) ont toujours relevé le pouls, ramené la chaleur périphérique, et d'une manière assez rapide pour qu'il n'y eût pas de doute sur la relation de cause à effet; même lorsque le pouls était insensible, il était bientôt facilement constatable. Cet effet s'est montré, sauf des cas très rares (dix cas au plus), à la suite des mille injections environ qui ont été faites. Chez quelques malades, une à deux injections ont suffi pour amener une réaction durable et salutaire. Chez d'autres, il a fallu les renouveler plus souvent et soutenir par elles la chaleur et le pouls, qui se relevaient pour baisser bientôt. Mais, lorsque la terminaison fatale devait arriver, l'atropine perdait graduellement son action et ses effets finissaient par devenir nuls. Telle est l'action que la clinique m'a permis de constater, et que je ne me charge pas de mettre en rapport avec les effets physiologiques de l'alcaloïde de la belladone.

Je renvoie aux notes du *Bulletin de thérapeutique* pour l'appréciation sur les inhalations d'*oxygène*. Je n'ai pas pu les continuer, alors que l'oxygène comprimé de M. Blin nous a fait défaut.

En résumé, voici ce que nous faisions d'une manière presque constante lorsque le malade nous était apporté déjà froid et algide : Il était immédiatement couché dans un lit chauffé et garni de moines, de suite il était frictionné et massé, et cette opération était généralement répétée toutes les demi-heures, les frictions étaient sèches ou rendues stimulantes par le chloroforme, l'essence de térébenthine, l'ammoniaque, etc., des plaques métalliques étaient appliquées sur les points contracturés, les mollets en particuliers; si elles ne cédaient pas, nous faisions une injection d'éther *loco dolenti*. — Pour les crampes du diaphragme, l'organe épigastrique, nous employions l'injection de morphine, la sinapisation, l'application de collodion; — dans deux cas nous avons eu recours à l'électricité et dans un aux inhalations de chloroforme.

Les vomissements étaient combattus par la chartreuse glacée, les boissons chargées d'oxygène, d'acide carbonique additionné de vin blanc, de bordeaux, de divers sirops, par le champagne glacé, la bière, etc., en tenant grand compte de l'appétence et du désir des malades, — quelques-uns se trouvaient très bien au contraire des boissons très chaudes, du thé punché, du café, etc.

Pour l'*algidité*, indépendamment des moyens externes, chaleur artificielle, frictions diverses, nous avons fini par nous en tenir aux injections d'atropine faites ainsi que je l'ai indiqué. — J'employais quelquefois concurremment, mais sans conviction, les potions excitantes à l'acétate d'ammoniaque, à la menthe, à la cannelle, etc.

J'ajoutais à ces agents l'oxygène lorsque je l'avais à ma disposition. Tel est le traitement qui a été le plus habituellement employé jusqu'au moment où vous m'avez fait l'honneur de m'écrire. Depuis j'ai employé les *injections intraveineuses*, mais avec des résultats peu encourageants. — Déjà mon collègue M. le docteur Thomas et M. Arnaud, médecin de première classe, avaient fait deux tentatives infructueuses, — pour ma part, j'en ai fait essayer trois sans plus de succès, — elles ont été faites sur mon invitation,

dans mon service, par M. le professeur Rouvier avec une minutie et des précautions qui ne permettent pas, dans la terminaison, de faire jouer un rôle au traumatisme opératoire. — Elles ont été pratiquées à l'aide du transfuseur de Collin, — les deux premières ont été faites sur des sujets qui n'avaient pas été améliorés par les moyens indiqués, — et cependant ces malades n'étaient pas arrivés à la dernière extrémité et n'étaient pas insensibles, cadavérisés, comme dans le cas célèbre du professeur Lorrain. L'injection chez ces deux malades a été faite avec la solution préconisée par M. Hayem, elle a été faite avec une extrême lenteur; on a mis en effet plus d'une demi-heure pour injecter environ 800 grammes de liquide maintenu avec soin à une température constante de 39 degrés, — à peine la moitié du liquide était-elle injectée que le pouls redevenait sensible, même d'une manière marquée, la cyanose disparaissait en partie et une demi-heure après la température périphérique augmentait d'une manière appréciable, — de 35 degrés, le thermomètre montait à 38 degrés. — Il y avait un tel changement que des espérances paraissaient légitimes; — mais cette amélioration n'a pas continué, malgré l'emploi des moyens thérapeutiques déjà signalés, l'algidité revenait et le malade succombait; le premier est mort six heures, le deuxième cinq heures après l'injection, — le troisième malade arriva à l'hôpital dans un état si grave, que je crus devoir lui faire pratiquer immédiatement l'injection veineuse, — mais dans ce dernier cas, suivant le conseil de M. le professeur Granet, de Montpellier, je fis au moment de l'injection ajouter à environ 1000 grammes d'eau à la température de 39 degrés, 40 gouttes d'ammoniaque. On injecta environ 800 grammes de cette solution chez un individu algide, sans pouls, sans voix. Ici encore nous avons vu le pouls devenir très sensible au milieu de l'injection, la chaleur se caractériser aux extrémités, les lèvres devenir presque vermeilles, quoique pendant l'opération le malade ait eu des vomissements très abondants. Mais une heure après la réaction s'arrêtait; l'algidité reparaissait et le malade succombait quatre heures après l'injection. Chose curieuse et particulière au malade qui a reçu l'injection ammoniacale, tandis que la plupart des cholériques accusent une vive chaleur intérieure, repoussent leurs couvertures et réclament à grands cris des boissons froides, ce dernier grelottait, se plaignait d'un froid intense qui n'a pu être diminué, ni par les applications extérieures, ni par les boissons les plus chaudes et les plus stimulantes.

J'aurais voulu faire de nouvelles tentatives, essayer le sérum d'animaux récemment sacrifiés comme le bœuf, le mouton, même la transfusion du sang avec tous ses éléments. Mais j'ai dû quitter après trois mois le service des cholériques, qui du reste était heureusement peu fourni. Je n'espère pas cependant beaucoup que l'injection intraveineuse viendra à bout du choléra. D'abord elle n'est pas aussi pratique qu'on veut bien le dire, ensuite les résultats qu'elle a donnés ne sont pas très brillants. J'ajoute que la théorie pouvait le faire prévoir. Il me semble en effet qu'on tient trop de compte, pour expliquer le refroidissement, la cyanose, la disparition du pouls, de la fréquence et de l'abondance des évacuations, on fait à mon humble avis trop d'hydraulique et on ne tient pas assez compte du système nerveux. Je ne viens pas certes nier l'influence des évacuations. Je ne doute point que par suite de ces évacuations abondantes, le sang ne perde une grande partie de son sérum, mais il sait bien le reprendre aux liquides qui remplissent l'interstice des organes et des tissus; ce qui est prouvé par l'amaigrissement rapide que présentent les cholériques. Ce qui est certain, c'est que le sang est loin d'offrir dans le choléra cette concentration indiquée dans la plupart des livres. Chez tous les individus injectés, il est sorti par la canule du trocart un sang très limpide, ne paraissant pas plus épais que dans l'état normal; avant l'opération, l'application de la bande au pli du coude déterminait le gonflement des veines aussi bien et presque aussi rapidement que chez un individu bien portant. Ce qui prouve que les évacuations n'ont pas un rôle absolument prépondérant, c'est le cas des individus qui ont eu un peu d'évacuations et qui sont presque immédiatement algides. Je sais bien qu'on a prétendu que dans ces *choléras dits secs* il y avait simplement *rétention* des évacuations; je sais aussi qu'on a indiqué les moyens de les reconnaître. En réalité, on ne trouve pas souvent à l'autopsie une accumulation de liquides suffisante pour expliquer l'algidité, la disparition du pouls, etc., par la transsudation souvent faite à la surface de l'intestin. Les crampes, et surtout les crampes du diaphragme par la douleur qui les accompagne, me paraissent jouer un rôle aussi grand. Que de fois nous avons vu arriver à l'hôpital des individus qui étaient encore chauds, sans cyanose, avec un pouls assez développé. Eh bien chez eux, sans qu'il se produisît de nouvelles évacuations, nous voyions des crampes violentes, surtout celles du diaphragme être suivies immédiatement de faiblesse du pouls, de refroidissement, de cyanose. Le fait du reste n'a rien de surprenant et se montre dans tous les cas où le grand sympathique souffre dans ses irradiations abdominales. Je n'ai pas besoin de rappeler le refroidissement, le pouls petit, la peau couverte d'une sueur visqueuse et même la cyanose qui se montrent dans les coliques hépatiques et néphritiques intenses, dans la péritonite, l'étranglement interne et externe, au moins à une certaine période, etc. C'est cet état qui a été si admirablement décrit sous le nom de *péritonisme* par le regrettable Gübler.

Si l'étiologie, la thérapeutique du choléra laissent encore tant à désirer, la symptomatologie et la physiologie pathologique sont loin d'avoir dit leur dernier mot. J'avais souvent pendant l'épidémie constaté les douleurs très vives accusées par certains malades le long de la colonne vertébrale, surtout à la région lombaire. Mais à mon grand regret aujourd'hui, je n'ai pas fait d'exploration méthodique, chose que n'a pas négligée mon collègue M. le docteur Thomas, qui dans les trois derniers cas qu'il a observés aurait toujours trouvé une hyperesthésie très marquée et une douleur très vive à la pression au niveau des apophyses vertébrales, particulièrement au niveau de la région dorso-cervicale. Mais je n'insiste pas sur ce point, désirant laisser à mon confrère l'exposition de ses intéressantes recherches. J'ai voulu seulement rappeler l'attention sur le rôle trop méconnu du système nerveux dans le mécanisme des symptômes, rapporté d'une manière exclusive à l'abondance des évacuations, mécanisme sur lequel est basée la thérapeutique et qui a poussé surtout à la pratique des injections intraveineuses. Je n'ai, du reste, pas la prétention de rien innover sur ce point. M. le professeur Morez l'avait déjà fait avec beaucoup de logique.

J'arrive maintenant à l'usage interne des *antiseptiques*.

Je n'ai pas besoin de dire que comme *préventifs*, ils ont encore besoin de faire leurs preuves, même et surtout le cuivre. Au cas du malheureux Thuillier, on peut en ajouter beaucoup d'autres. D'un autre côté les faits de Marseille et de Toulon ont montré que des syphilitiques, gorgés de mercure, prenaient très bien le choléra, et le cadavre sur lequel à Toulon le docteur Koch a fait sa première autopsie, provenait d'un individu mort en cinq heures et qui, atteint de cachexie paludéenne, prenait depuis plus d'un mois de 20 à 25 grammes de liqueur arsénicale de Bardin, par jour. C'est dans le liquide intestinal de ce sujet que l'on a constaté la présence de bacilles en virgule en quantité prodigieuse et pour ainsi dire exclusive.

Quant à l'iode vanté par quelques-uns comme le premier des antiseptiques, je citerai le cas de choléra rapidement mortel développé chez un individu qui prenait pour un rhumatisme noueux 40 gouttes de teinture d'iode d'une manière quotidienne. Quant à l'acide sulfhydrique, les observations de phthisiques rapidement cholérisés alors qu'il prenait les eaux sulfureuses, ne se comptent plus. J'ai en vain aussi essayé le

thymol et l'acide borique. Après quelques jours les sujets en expérience ont refusé de continuer et ils n'ont peut-être pas eu tort, car ils auraient fini par avoir des perturbations digestives qui sont la meilleure voie d'introduction du choléra.

Pour terminer l'action préventive des antiseptiques, je citerai le cas d'un individu qui prenait du *sirop phénique* de Vial pour une gangrène pulmonaire et qui n'en a pas moins été la proie du fléau.

Je n'ai pas cependant la prétention de préjuger l'avenir. Je crois à l'action préventive des antiseptiques, mais reste à trancher la *question du choix* de l'agent et celui du moment de l'administration, car on admettra bien qu'il faut que l'antiseptique pour agir soit dans l'intestin au moment où s'y trouve l'agent cholérique.

Contre la maladie développée je n'ai pas essayé les sels de cuivre parce que je les avais employés en vain, d'après les indications de Burk lui-même, en 1865, dans le service de M. Barrellier, alors médecin en chef de l'hôpital Saint-Mandrier, mais j'ai essayé deux fois sans succès le thymol très recommandé par les médecins italiens. Il n'est pas, du reste, facile de faire prendre à des malades qui ont le cœur sur les lèvres 10 à 12 paquets d'un gramme de thymol, enveloppé dans du pain azyme. L'acide borique est plus commode à administrer. Je l'ai employé trois fois. Il ne m'a guère donné de meilleurs résultats, et, si la guérison s'est montrée chez un malade, je ne puis guère la mettre à son actif, car elle a été tardive et a nécessité l'emploi d'une foule d'autres moyens.

Si j'espère qu'un jour l'action préventive des antiseptiques pourra être utilisée, je ne compte guère sur leur action curative, car, dans ce cas, lorsqu'on les administre, il est trop tard ; le mal est fait, et ils n'ont plus à combattre le principe cholérique, mais ses effets — et j'ai bien peur, comme je l'ai déjà écrit, que la triste thérapeutique des symptômes ne reste encore longtemps le seul traitement du choléra.

Je n'ai pas, malgré l'insistance de mes collaborateurs, fait de nouveaux essais avec les sels de strychnine. Ils ont depuis longtemps donné la preuve de leur impuissance. Mais j'ai fait un essai important avec la pilocarpine, qui est d'autant moins indiquée, que souvent les sueurs sont tellement abondantes, que l'on peut tordre les draps. J'ai essayé aussi deux fois les applications hydrothérapiques, le drap mouillé, mais je n'ai pas été encouragé à continuer.

En somme, cependant, les résultats n'ont pas été très mauvais. En comptant ensemble les malades graves, moyens, légers, nous n'avons perdu qu'un malade sur six, et en n'ayant égard qu'aux très graves, à ceux qui arrivaient algides, sans pouls, nous avons vu guérir un malade sur deux. Ce n'est pas très brillant, mais ce n'est pas désespérant non plus. D'ailleurs je n'ai pas la prétention d'attribuer ce résultat relatif, simplement à la thérapeutique mise en œuvre, mais avant tout à l'ensemble des soins dont les malades ont été comblés, au luxe du personnel, médecins, sœurs infirmières, qui les entouraient, aux encouragements de toutes sortes qu'on leur donnait, à l'influence morale des visites dans les salles des chefs de corps et particulièrement de notre préfet maritime, dont la présence quotidienne venait réconforter tous les cœurs. Au milieu de tant de marques d'intérêt, le malade, ouvrier, soldat, marin, ne se trouvait plus isolé; il oubliait qu'il était dans un hôpital, au milieu de conditions qu'il n'aurait pas certainement trouvées dans sa famille trop souvent affolée.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'expression des sentiments respectueux de votre très dévoué.

20 septembre 1884.

B. Cunéo,

Médecin en chef de la marine à Toulon.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences (Session de Blois, 1884.)

(Fin. — Voyez les numéros 37 et 38.)

SÉANCE DU 10 SEPTEMBRE 1884.

Application du support utérin dans la rétroversion et la rétroflexion : M. Landowski.— Traitement de la cystocèle vaginale; traitement des fractures du tiers inférieur du fémur par la position du membre dans l'abduction : M. Delthil. — Une maladie à manifestations multiples : M. Chaumier.— Présentation d'un malade atteint de dyspnée choréiforme : M. Ferrand. — Traitement des tumeurs érectiles par l'électrolyse : M. Delore. — Nodosités rhumatismales. Épanchements pleuraux consécutifs aux cancers du sein : M. Meunier. — Perte des réflexes tendineux dans le diabète sucré : M. Bouchard. — Aphasie transitoire toxique : M. Dunoyer. — Traitement de l'invagination intestinale par la dilatation au moyen de liquides gazogènes : M. Leroux.— Présentation d'instruments : MM. Chardin et Banque.

M. *Landowski* présente un support utérin qu'il emploie depuis deux ans avec succès dans la rétroversion et la rétroflexion. Ce pessaire est un anneau en métal malléable, muni d'une tige flexible prenant un point d'appui sur la symphyse pubienne. On cherche la meilleure forme à donner à l'instrument pour maintenir le col dans la position voulue, puis d'après le pessaire malléable on fait exécuter un pessaire en aluminium, que la femme peut mettre et retirer elle-même facilement.

— M. *Delthil* rappelle les différents traitements proposés pour la cystocèle vaginale, traitements qui n'ont donné que des résultats incomplets. Soutenir le bas fond de la vessie d'une part et d'autre part maintenir cet organe constamment vide pendant la durée du traitement, telle est la base de la méthode proposée par M. Delthil. L'auteur a obtenu deux guérisons rapides de cystocèle vaginale de la manière suivante : il introduisit dans le vagin un ballon à air assez volumineux et fit pratiquer deux fois par jour des injections tanniques. Il place en même temps une sonde de sinus à double courbure dans la vessie; la sonde était nettoyée deux fois par jour. On pratiqua chaque jour une injection d'eau boratée pour laver la cavité vésicale ; les derniers quinze jours on employa l'eau froide. Ces pratiques furent parfaitement supportées par les malades, et sous l'influence du traitement qui dura quarante-cinq jours, les malades, dans un état d'émaciation considérable au début, reprirent leur appétit et leur embonpoint. La tumeur n'a plus reparu.

M. *Delore* a obtenu des guérisons de cystocèles vaginales, par la cautérisation au fer rouge du cul-de-sac postérieur et du cul-de-sac antérieur ; il se produit des rétractions qui empêchent la hernie de se reproduire.

M. *Nicaise* dit que la cystocèle est par elle-même une affection bénigne, et que dans les cas de M. Delthil, elle était compliquée de cystite qui a affaibli les malades. Il a aussi obtenu des guérisons par la méthode indiquée par M. Delore.

— M. *Delthil*, dès 1869, avait indiqué comme traitement des fractures du tiers inférieur de la cuisse, la position du membre dans l'abduction; depuis il y a eu trois nouveaux cas de guérison parfaite par ce procédé, qui a l'immense avantage d'empêcher le raccourcissement du membre.

M. *Nicaise* a été aussi frappé de la difficulté de maintenir les fragments en rapport dans les fractures du tiers inférieur, et il a eu également recours souvent à la position dans l'abduction.

M. *Delore* est arrivé à des résultats semblables, en plaçant le membre dans l'élévation au moyen d'un appareil inamovible.

— M. *Chaumier* a observé, l'année dernière, dans la commune de Grand-Pessigny, une épidémie d'impétigo, et constaté la contagiosité de cette affection. Celle-ci peut revêtir des formes très diverses; pour lui, l'impétigo contagieux, l'impétigo vulgaire, l'eczéma impétigineux, la tourniole, le panaris, le furoncle sont de même nature. Il pense qu'il existe une maladie épidémique contagieuse, qui a passé inaperçue jusqu'à présent et dont les manifestations multiples ont été considérées comme autant d'affections particulières. M. Chaumier rapporte un certain nombre d'observations à l'appui de sa théorie.

M. *Verneuil* a eu un malade qui présentait en même temps des tournioles multiples, des plaques d'impétigo et des vésicules d'ecthyma, et il avait rapproché, dans ses cliniques, ces différentes affections. On a observé des épidémies de tourniole, de panaris par conséquent. M. Verneuil est tout disposé à admettre la parenté de ces maladies; il pense aussi que l'impétigo est la porte d'entrée la plus fréquente de la tuberculose.

— M. *Ferrand* présente un malade atteint de chorée respiratoire depuis six mois. Homme de vingt ans, cultivateur, pas d'antécédents; depuis quelque temps le malade souffrait légèrement du côté gauche. Les accidents dyspnéiques ont débuté brusquement et ont persisté depuis : ils cessent pendant le sommeil; il y a environ 70 inspirations par minute. Les mouvements respiratoires offrent un rythme particulier qui a varié depuis le début de la maladie; primitivement il y avait 8 inspirations rapides suivies d'une pause plus longue; aujourd'hui il n'y a plus que deux inspirations brusques suivies d'une pause, et de temps en temps une forte inspiration. Rien du côté du cœur et des poumons; pas de troubles du côté des organes des sens. Le malade est très affaibli parce qu'il ne peut se nourrir que difficilement, il ne peut plus marcher. Les divers traitements employés n'ont pas amené de résultats satisfaisants.

M. *Duboué* a vu quelques cas de phénomènes nerveux très curieux et ne pouvant être expliqués par des lésions des centres, coïncider avec un gonflement et une sensibilité de la rate. Il a guéri rapidement ces cas, qu'il croit être une manifestation de l'impaludisme.

M. *Bernheim* a observé des dyspnées nerveuses dans plusieurs cas et surtout chez des vieillards; il croit qu'il y a peut-être compression des nerfs du plexus pulmonaire.

M. *Duplouy* pense, comme M. Duboué, que l'on peut rapporter à l'impaludisme les phénomènes nerveux du malade de M. Ferrand, car il a eu aussi l'occasion de guérir par le sulfate de quinine des troubles dyspnéiques.

M. *Ferrand* a employé le sulfate de quinine pendant quelque temps sans résultat; il lui avait tout d'abord paru indiqué, car son malade habite un pays très fiévreux.

M. *Duboué* conseille l'emploi du bisulfate de quinine à la dose minimum de 1 gramme.

— M. *Delore* entretient la section du traitement des tumeurs érectiles par l'électrolyse. Il fait généralement plusieurs opérations successives. Ce procédé a l'avantage d'être très précis, d'avoir une action limitée, de revenir plusieurs fois sur le même point, mais il a l'inconvénient d'être assez douloureux. Lorsqu'il y a des cavités sanguines au milieu des tumeurs, et que celles-ci sont volumineuses, M. Delore emploie la ligature de la base de la tumeur et dissèque ensuite, puis cautérise par la pâte de Canquoin. L'électrolyse n'a pas donné des résultats satisfaisants pour le traitement des taches de vin.

MM. *Henrot* et *Duplouy* pensent que l'électrolyse agit surtout en cautérisant, et qu'on peut obtenir les mêmes effets avec l'ignipuncture.

— M. *Meusnier* a observé dans sa clientèle un fait semblable à ceux que M. Verneuil a signalés dans une séance précédente. Une dame, de soixante-douze ans, présentant plusieurs manifestations de diathèse rhumatismale, avait dans le creux poplité gauche deux petites tumeurs sous-cutanées immobiles et douloureuses à la pression. Bientôt de semblables apparurent en grand nombre sur tout le membre inférieur et le bras du même côté; les unes étaient assez mobiles, les autres paraissaient avoir des rapports avec le périoste. Le malade présentait en même temps des douleurs rhumatismales dans le genou et le pouce de la main gauche. Les petites tumeurs disparurent environ en six semaines.

— M. *Meusnier* rapporte deux cas d'épanchements pleuraux consécutifs à des cancers du sein. Une femme de quarante-cinq ans, atteinte depuis longtemps d'un cancer en cuirasse très douloureux, était aussi tourmentée par des crises de suffocation dues à un énorme épanchement pleural du côté du cancer. A l'autopsie, on ne trouva aucune production cancéreuse sur la plèvre. Une autre femme de cinquante-cinq ans, opérée en 1881, pour un cancer du sein droit, eut une récidive très douloureuse deux ans après; en même temps il se forma dans la plèvre du même côté un vaste épanchement: la malade ayant refusé toute opération ne tarda pas à succomber. L'autopsie n'a pu être faite. Dans les les deux cas l'épanchement pleural n'a pu être rapporté à un refroidissement. L'auteur pense qu'il y a eu propagation d'une inflammation de voisinage sous l'influence d'une intoxication diathésique.

M. *Demons* dit que les épanchements pleuraux consécutifs au cancer du sein ne sont pas rares; il a eu plusieurs fois l'occasion d'en observer; ils peuvent se produire en l'absence de tout cancer secondaire des plèvres, par suite de l'état cachectique des malades.

— M. *Bouchard*, dans le cours de ces trois dernières années, a observé, sur 66 diabétiques, dix-neuf fois la perte du réflexe tendineux. Ce symptôme a donc une certaine importance dans le diabète. La perte du réflexe tendineux se produit à une période avancée de la maladie; le retour du réflexe a lieu en même temps qu'une amélioration de la maladie. Au point de vue du pronostic, sur 47 cas où les réflexes avaient persisté il y a eu 2 décès; sur les 19 malades ayant perdu le réflexe il y a eu 6 décès; mais M. Bouchard n'a pu suivre tous ses malades, et il paraît évident que la perte du réflexe tendineux indique un état cachectique avancé. Au point de vue du diagnostic, la perte du réflexe tendineux peut être souvent très utile, et M. Bouchard a pu deux fois reconnaître à ce signe le diabète chez deux malades qui ne présentaient que des symptômes peu marqués. La perte des réflexes tendineux, ne s'observant que dans les cas graves à la fin de la maladie, ne peut venir à l'appui de la théorie de l'origine nerveuse du diabète. Ce symptôme s'observe aussi bien dans le diabète cachectique que dans le diabète grave sans antécédents; c'est un signe purement clinique.

— M. *Dunoyer* a observé un cas d'aphasie transitoire à la suite d'une intoxication par la santonine. L'aphasie n'a duré que quelques heures, après l'absorption de deux dragées de santonine, et s'accompagnait de vision jaune.

— M. *Picqué* donne lecture d'un travail de M. *Leroux* sur le traitement de l'invagination intestinale par la nutation de l'intestin au moyen de lavements d'eau de Seltz, ou par la production de gaz dans l'intestin en injectant successivement des solutions d'acide tartrique et de bicarbonate de soude.

— M. *Chardin* présente des appareils d'électricité médicale.

— M. *Ranque* présente un spéculum portant dans son intérieur une petite lampe à incandescence.

SÉANCE DU 11 SEPTEMBRE 1884.

Observation de néoplasme consécutif à un traumatisme : M. Pineau. — De l'ulcération diphthéroïde de la coqueluche : M. Delthil. — L'asthme chez les jeunes enfants : M. Chaumier. — De l'emploi des injections sous-cutanées de vératrine dans la médecine vétérinaire : M. Cagny.

M. *Picqué* dépose sur le bureau une observation de M. *Pineau* sur un néoplasme consécutif à un traumatisme.

— M. *Delthil* dit que l'ulcération du frein de la langue dans la coqueluche est généralement regardée comme un simple accident dû au frottement de la muqueuse sur les dents. Cette ulcération n'a pas appelé assez l'attention; elle peut siéger sur le frein de la langue, sur le plancher de la bouche, les lèvres, etc.; sa durée est de trois à huit jours; elle n'apparaît que du douzième au quinzième jour de la contagion et coïncide avec la fièvre et les vomissements. La fièvre disparaît avec elle. Généralement elle est unique; elle s'observe chez l'adulte comme chez les enfants. Sa forme est variable et son aspect rappelle les plaques diphthéritiques, aussi l'auteur lui donne-t-il le nom d'ulcération diphthéroïde. Cette ulcération peut quelquefois être profonde et laisser une cicatrice.

La plaque diphthéroïde serait une lésion spécifique de la coqueluche, comme le chancre est celle de la syphilis. On y trouve des micrococcus.

— M. *Chaumier* rapporte trois cas d'asthme chez de jeunes enfants; cette affection n'est pas très rare; elle peut devenir dangereuse en affaiblissant beaucoup les jeunes sujets; parmi les médicaments employés contre cette affection, l'iodure d'éthyle est celui qui a donné les meilleurs résultats.

— M. *Cagny* a expérimenté la vératrine sur des animaux malades. Quelques minutes après l'injection, l'animal est agité, a des évacuations et de la sueur. Dans la pneumonie la vératrine donne d'excellents résultats ; elle abaisse la température, et rend l'appétit à des animaux qui se mettent immédiatement à boire et à manger. Chez les ruminants, lorsque l'animal est malade et que la rumination cesse, les aliments forment dans la panse des masses indurées, la rumination est très difficile à rétablir et il se développe des accidents graves. La vératrine rétablit immédiatement la rumination et prévient les accidents. Cet alcaloïde rend aussi de grands services dans les cas de rétention des enveloppes fœtales, d'asthme et de surmenage.

— L'ordre du jour étant épuisé, M. *le Président* déclare les travaux de la section de médecine terminés.

— M. *Henrot* (de Reims) est nommé président de la section de médecine pour le Congrès de 1885, qui se tiendra à Grenoble.

Le Congrès de 1886 se tiendra à Nancy, sous la présidence de M. *Friedel*, élu vice-président pour 1885.

Troisième assemblée générale de l'Association néerlandaise contre le charlatanisme (*Vercenigins tegen de Kwakzalverij*) (1).

Amsterdam, 26 août 1884.

En entrant dans la salle, on voit s'étaler une grande collection d'annonces, de circulaires, de réclames volantes, de gravures, d'estampes, d'attestations et de brochures concernant des remèdes et des recommandations de charlatans, et des remèdes secrets.

Le *président*, le docteur W.-G. Bruinsma, dans un discours d'ouverture, a constaté l'augmentation du nombre des membres et l'appui prêté manifestement par d'autres Sociétés de différentes villes (étudiants, clubs, Sociétés de lecture, loges, etc.).

La Société ne combat pas contre des moulins à vent, comme quelques-uns le prétendent; elle a contribué à l'insuccès du *bitter de houblon*, des *pilules suisses de Brand* et des *produits des Alpes-Maritimes*. Elle a répandu en 1883 108 940 imprimés. On discute sur le rôle de la Société pour engager les journaux à refuser les annonces charlatanesques que plusieurs petits journaux refusent déjà. L'Association a décidé, après longue discussion, d'insérer dans son *Journal mensuel* des articles pour mettre en garde le public contre les annonces de panacées et de remèdes d'un genre charlatanesque.

(1) Nombre augmente rapidement : 1021 membres. Dépenses en 1883 : 2030 florins.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 22 SEPTEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

PROPRIÉTÉS ANTISEPTIQUES DU SULFURE DE CARBONE. Note de M. *Ckiandi-Bey*. — L'auteur soumet à l'appréciation de l'Académie les observations suivantes, qui lui ont été inspirées par ses recherches sur le sulfure de carbone :

1° Le sulfure de carbone est soluble dans l'eau, son degré de solubilité varie de 2 à 3 milligrammes de sulfure de carbone par 1000 grammes d'eau, à la température de 18 à 20 degrés. En battant du sulfure de carbone pur dans un flacon plein d'eau, on obtient une solution contenant environ 5 centigrammes de sulfure de carbone par litre.

2 Le sulfure de carbone à l'état de dissolution dans l'eau, et à plus forte raison à l'état pur, arrête toutes les fermentations, il tue les microbes; il est un antiseptique des plus énergiques; il est, en outre, doué d'une puissance de pénétration très considérable.

3° Le sulfure de carbone pur, en dissolution dans de l'alcool pur et neutre à 96 degrés, se décompose lentement et donne naissance à divers produits, notamment à de l'hydrogène sulfuré.

4° Aucun cas de paralysie des membres inférieurs ou supérieurs n'a jamais été constaté depuis vingt ans sur les ouvriers (plus de deux mille) constamment placés au milieu d'émanations de sulfure de carbone, leurs facultés viriles ne paraissent pas non plus avoir été atteintes; les contremaîtres et ouvriers attachés à poste fixe dans les usines ont presque tous une nombreuse famille.

5° Les vapeurs de sulfure de carbone respirées dans une certaine proportion déterminent des phénomènes analogues à ceux de l'éthérisation, sans autres malaises que des lourdeurs de tête de peu de durée. Elles rappellent, par leur odeur, le chloroforme.

6° Le sulfure de carbone, ingurgité à l'état de dissolution dans l'eau, présente une saveur sucrée et chaude, puis de la chaleur dans l'estomac, et au bout de trois quarts d'heure environ (expérience faite sur l'auteur lui-même en vue du choléra) des picotements sur la muqueuse du nez, analogues à ceux produits par l'acide sulfureux; le tout suivi de légères douleurs de tête, mais sans durée aucune.

7 Le sulfure de carbone pur appliqué sur la peau est un des révulsifs les plus énergiques, son action est presque instantanée, et la douleur produite est analogue à celle déterminée par de l'eau bouillante; mais elle cesse immédiatement par une simple insufflation d'air, qui vaporise le sulfure restant. Elle ne s'accompagne pas d'ulcérations.

De tous ces faits, l'auteur conclut que le sulfure de carbone est appelé à rendre de grands services, notamment pour combattre le choléra et toutes les maladies microbiennes, soit qu'on l'administre à l'intérieur (dissous dans de l'eau ou

sous forme de perles), soit comme révulsif énergique, soit enfin comme désinfectant pour les déjections des cholériques, les vêtements, les objets de literie, etc.

Ajoutons enfin que la solution de sulfure de carbone est d'un prix extrêmement minime, 1 centime environ les 10 litres.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 23 SEPTEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY, ANCIEN PRÉSIDENT.

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet l'ampliation du décret de M. le Président de la République approuvant l'élection de M. *Cornil* dans la section d'anatomie pathologique.

M. *le Secrétaire annuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Chappet* (de Lyon), une *Étude sur les climats;* 2° de la part de M. le docteur *Hugues* (de Boston), un volume ayant pour titre: *The knowdlege of the physician.*

Décès de M. Oulmont. — M. *le Président* fait part à l'Académie de la perte de l'un de ses membres titulaires dans la section d'anatomie pathologique, M. Oulmont, rappelle ses travaux et ses titres scientifiques et se fait l'interprète des regrets de la Compagnie.

Désinfection par l'acide sulfureux. — M. *Le Roy de Méricourt* communique une Note de M. le docteur Bourru, professeur d'hygiène à l'Ecole de médecine navale de Rochefort, sur l'emploi du gaz sulfureux comme désinfectant dans les hôpitaux de la marine. L'auteur a voulu répéter, avec M. Cazeaux, aide pharmacien, les expériences de M. le professeur Vallin, sur la pénétration de ce gaz et son action sur les tissus et les métaux; ses résultats sont tout à fait confirmatifs de ceux auxquels M. Vallin est parvenu. Il a désinfecté une chambre, mal close, de 51 mètres cubes, remplie de divers objets de literie, à l'aide de la combustion de 1kg,020 de soufre, soit 20 grammes par mètre cube, et quelques heures après la pénétration de tous les objets était complète; même résultat deux jours après dans une chambre très bien close, et dans laquelle l'agent désinfectant resta vingt-quatre heures. M. Bourru rappelle que depuis très longtemps cette pratique existe, sans incommoder les linges, et qu'il suffit de nettoyer les métaux pour leur rendre leur couleur et leur poli. L'administration de la marine d'ailleurs n'a pas manqué de l'utiliser, et à Rochefort, en particulier, on s'occupe en ce moment de la généraliser: on y installe un hangar spécial, une étuve à air chaud, humide et sec alternativement, du système de MM. Genest et Herscher, une chaudière à faire bouillir le linge sale contaminé et une étuve à désinfection par l'acide sulfureux ou par tout autre gaz ou vapeur.

Passant ensuite à la désinfection des locaux, M. Bourru fait connaître les résultats des dernières opérations pratiquées à l'hôpital de Rochefort: un pavillon d'isolement en bois a reçu, du 23 décembre au 21 mars, 35 varioleux; il fut ensuite désinfecté et réouvert deux mois après pour être occupé par des rubéoleux. Un peu auparavant, un autre pavillon semblable avait reçu des malades également atteints de rougeole, il fut aussi désinfecté et cinq jours après cette opération on dut le faire occuper par des blessés et des fiévreux; aucun d'eux ne fut atteint de rougeole. Enfin, au mois d'avril, la salle de clinique médicale présenta plusieurs cas simultanés de diphthérie cutanée; elle fut aussitôt évacuée et désinfectée; lorsque les malades y furent réintégrés deux mois après, la maladie n'y reparut pas. M. le docteur Pouvreau, dans sa thèse récente sur la rougeole dans les garnisons, fait aussi connaître qu'une caserne ayant eu onze chambres infectées de cette maladie, la maladie fut arrêtée net grâce à la désinfection, bien qu'elles eussent été habitées deux jours après seulement.

M. Bourru pense que cette même méthode peut être facilement appliquée aux navires, et il cite à ce sujet l'exemple de la *Moselle,* arrivée de Toulon à Rochefort au mois de juin dernier avec des sacs de riz transbordés de la *Sarthe;* ces sacs furent jetés à la mer et la cale désinfectée par le gaz sulfureux; d'ailleurs la division en compartiments étanches dans leurs parties profondes des nouveaux navires facilite cette opération, en permettant de garantir les machines. Quant au meilleur procédé pour obtenir le gaz sulfureux, M. Bourru pense qu'il faut donner la préférence à la combustion directe du soufre, plus facile à manier, moins inflammable et qui n'expose pas, comme le sulfure de carbone, à produire des composés oxygénés de carbone inutiles comme antiseptiques et antivirulents. M. Dujardin-Beaumetz a déclaré, il est vrai, que l'acide sulfureux, lorsqu'il était obtenu à l'aide de sulfure de carbone, n'altérait jamais les métaux; MM. Bourru et Cazeau ont obtenu dans leurs expériences des résultats contraires, ainsi qu'en témoignent plusieurs barreaux de fer et de cuivre sensiblement altérés après huit heures d'exposition. Ils se proposent enfin d'essayer le dégagement de l'acide sulfureux obtenu en traitant le bisulfite de sodium par l'acide chlorhydrique ainsi que l'a proposé M. Vallin dans son livre.

Rapports. — M. *Proust* lit un certain nombre de rapports sur les eaux minérales et M. *Méhu* fait une nouvelle hécatombe de 22 prétendus remèdes secrets et nouveaux.

REVUE DES JOURNAUX

Expériences sur l'action des sécrétions puerpérales, par M. Karewski. — Question négligée. Expériences faites dans le laboratoire de Virchow. Les recherches ont porté sur cinquante accouchées du premier au septième jour. Les lochies contiennent toujours des bactéries d'une grande variété de forme et de volume; cependant les bactéries en chaînette se trouvent surtout dans les lochies septiques.

L'injection de sang provenant des organes génitaux provoque, chez les lapins, une légère élévation de température.

L'injection sous-cutanée de sécrétions puerpérales *normales* produit, chez le même animal, une élévation de température plus considérable. Au niveau de l'injection se développe une infiltration diffuse qui s'étend rapidement sur le ventre, et atteint bientôt des proportions colossales. Aucun des animaux n'a survécu. Les animaux autres que le lapin (chiens, cabiais, etc.) supportent fort bien les injections de lochies normales. L'injection de lochies septiques produit des effets plus rapides encore. L'injection à une seconde série d'animaux, du sang des animaux de la première série directement inoculé avec les lochies, n'a jamais donné de résultat.

D'après l'auteur, les affections septicémiques se rattachent au développement d'un microbe sphéroïdal qu'on retrouve dans les organes chez tous les animaux. (*Zeitsch. für Geburtshülfe und Gynaek.*, t. VII, fasc. 2.)

Les bactéries du rouget des porcs, par M. E. Klein. — On se rappelle que, au commencement de l'année 1883, MM. Pasteur et Thuillier firent une communication à ce sujet à l'Académie de médecine. Contrairement aux idées de Klein, le microbe infectieux était un 8 de chiffre, analogue à celui du choléra des poules; mais moins visible; il est susceptible d'atténuation par le passage dans l'organisme du lapin ou des pigeons. Les premières expériences de vaccination des porcs avaient donné des résultats d'autant plus encourageants, que dans le cas particulier il n'était pas nécessaire d'obtenir une vaccination dont la durée devait dépasser un an.

Le mémoire de Klein est purement négatif: c'est le caractère de toutes les publications récentes de cet auteur. Il nie en bloc et en détails tout ce qu'avancent les deux auteurs français. Les lapins inoculés par M. Pasteur sont morts, non

du rouget, mais de la septicémie; les cultures, vraiment actives et spécifiques, contenaient la bactérie de Klein à côté du 8 de chiffre, mais elle a échappé à l'œil peu expérimenté des savants français; la réussite de la vaccination est un fait banal, etc., etc. Ce qu'il y a de plus extraordinaire, c'est que Klein étend ses critiques jusqu'aux travaux désormais classiques qui concernent le choléra des poules. (*Archives de Virchow*, t. XCV, p. 468.)

Du traitement de l'anus artificiel, par M. KÖRTE. — L'auteur estime que la résection primitive de l'intestin avec suture doit être rejetée dans les cas de hernie gangreneuse; pour lui l'anus artificiel est préférable. Pour guérir ce dernier, deux méthodes sont en présence: la suture secondaire, récemment préconisée; la méthode de Dupuytren.

M. Körte relate le résultat de son expérience sur l'emploi de l'entérotomie. 28 observations ont été recueillies chez Willms, à Béthanie : 2 observations sont personnelles. De ces 30 malades, 16 moururent, 14 furent rétablis, dont 2 avec fistule persistante. Généralement, l'accident était la suite d'un taxis trop brutal.

10 malades moururent immédiatement après l'opération (collapsus, péritonite), 2 de maladies intercurrentes, 3 d'infection provenant de la plaie, 1 d'inanition. Sur les 14 guéris, il y avait 10 fois formation d'éperon. Ces 10 furent traités par l'entérotomie, en observant les règles suivantes. L'entérotome ne doit être appliqué que lorsque tous les phénomènes d'irritation de la plaie et du péritoine ont disparu (six à huit semaines); l'éperon doit être très accessible (opération préparatoire s'il y a lieu); ne saisir qu'une légère portion de l'éperon à la fois; la pression doit être augmentée peu à peu; répéter l'application. Dès que l'éperon est disparu, on fait disparaître la fistule par le fer rouge ou par une opération plastique. La continuité du tube digestif fut obtenue dans *tous les cas;* aucun des malades ne mourut de l'application de l'entérotomie. La durée de la guérison est fort longue. (*Berlin. klin. Woch.*, 1883, n°s 50 et 51.)

Du sort des tissus implantés dans l'organisme, par M. ZAHN. — Les expériences instituées par l'auteur avaient pour but d'obtenir, par la transplantation de tissus fœtaux, des proliférations de tissus semblables comme structure et comme relation vis-à-vis des tissus voisins et de l'organisme tout entier, à des tumeurs proprement dites et spécialement à des tumeurs malignes.

Un instant ces tentatives semblèrent devoir être couronnées de succès, mais le décours ultérieur montra qu'il y avait illusion. Quelques-uns des tissus implantés restèrent vivants, établirent des relations intimes avec le voisinage, et se multiplièrent; mais les processus de prolifération n'étaient nullement *atypiques* (dans le vrai sens du mot). D'ailleurs cette croissance ne durait qu'un instant, et puis elle s'arrêtait; le tissu transplanté comme le tissu de nouvelle formation subissait une métamorphose régressive et disparaissait, ou bien il perdait son caractère embryonnaire et se transformait en tissu fini et persistant.

Ces recherches ont donc conduit à un résultat négatif. Néanmoins elles ont permis de constater des faits nouveaux : la possibilité pour les tissus fœtaux de se multiplier pendant quelque temps au sein d'un organisme étranger; le fait que cette multiplication se fait le mieux là où les conditions de nutrition sont bonnes et où les résistances sont moindres; le fait que les tissus de différentes espèces d'animaux se conduisent comme les tissus pathologiques. (*Archives de Virchow*, t. XCV, p. 369.)

De la segmentation des leucocytes et des cellules de la moelle osseuse, par M. J. ARNOLD. — La formation des leucocytes a lieu suivant le mode dit de *fragmentation indirecte* ou quelquefois *directe*. Il n'est pas possible de dire si la segmentation indirecte joue un rôle dans cette formation.

La multiplication des leucocytes a lieu vraisemblablement dans la rate, les ganglions lymphatiques, la moelle osseuse : toutefois elle peut se faire aussi dans d'autres organes et même dans le torrent circulatoire.

Les cellules à noyaux dits *polymorphes*, peuvent sans doute dégénérer, mais ce ne sont pas des formes nécessairement dégénérées comme on l'a prétendu : elles correspondent à à une phase de développement de la fragmentation indirecte qui se termine par la séparation.

En somme, l'hypothèse que les leucocytes ne se multiplient que par le mode de la fragmentation directe, les hématies par le mode de la segmentation indirecte, manque d'une confirmation suffisante. (*Archives de Virchow*, t. XCVII, p. 107.)

Recherches sur les germes de la putréfaction dans le sang d'animaux sains, par M. ZAHN. — Les recherches de Zahn confirment une fois de plus les idées de Pasteur sur ce point fondamental. — « Le sang d'animaux bien portants ne contient pas de germes de putréfaction..... la putréfaction n'apparaît qu'après la pénétration d'un air non filtré. » (*Archives de Virchow*, t. XCV, p. 401.)

De la présence de microorganismes dans les tissus vivants, par M. HAUSER. — Expériences faites au laboratoire d'anatomie pathologique d'Erlangen, sur le cœur, le foie, la rate, les reins, le testicule. Sur trente-six expériences, vingt-six fois la putréfaction — ou le développement de tout microbe — fit absolument défaut : dans les autres cas, la présence de moisissures pouvait être attribuée à des impuretés. (*Centralb. fur med. Wiss.*, 1884, n° 21.)

Multiplication des bactéries par l'injection de ferment végétal, par M. ROSSBACH. — Rossbach considère comme certain que les animaux vivants et parfaitement sains renferment dans le sang ou dans les tissus, des organismes inférieurs. Dans l'état normal ces organismes ne trouvent pas des conditions favorables de nutrition et de multiplication. Lorsque dans les maladies on voit paraître des bactéries en nombre considérable, on est porté à croire qu'elles viennent du dehors, et l'on attribue les accidents observés à leur multiplication et aux principes toxiques qu'elles produisent.

Il y a cependant des cas dans lesquels les organismes inférieurs se développent sans être introduits du dehors dans l'organisme infecté.

A la suite d'injections intraveineuses de papayotine, Rossbach a reconnu, dans le sang extrait du cœur avec toutes les précautions nécessaires, la présence de micrococcus en quantité innombrable. Après s'être assuré que le sang ne renfermait aucun organisme inférieur mobile, il injecte dans une veine une petite quantité de papayotine (0,05 à 0,1) en solution toute récente; la mort arrive en une ou deux heures et, même dans les cas où elle est le plus rapide, le sang pris dans le cœur durant l'agonie, renferme des bactéries sphériques et en forme de biscuit, très mobiles et se colorant bien par les préparations d'aniline.

Le ferment chimique, d'origine végétale et non organisé, a donc modifié les humeurs au point que les rares bactéries qui existent dans l'organisme à l'état normal sont devenues vivaces et fécondes jusqu'à se multiplier avec une excessive facilité. Il y a donc lieu de se demander si, dans les phénomènes d'infection vraie, le poison chimique ou le ferment ne joue pas un rôle considérable dont il faut tenir compte en même temps que du rôle des germes inoculés. (*Centralb. fur med. Wiss.*, 1883, n° 5.)

BIBLIOGRAPHIE

Médecine clinique, par le professeur G. Sée et le docteur Labadie-Lagrave. — **La phthisie bacillaire des poumons**, par le professeur G. Sée. — Paris, A. Delahaye et Lecrosnier, 1884.

La première impression que l'on éprouve en ouvrant ce livre est tout à l'honneur de celui qui nous le présente. Lorsque l'on voit un clinicien éminent, arrivé à l'apogée d'une carrière brillante, s'imposer la tâche d'écrire, avec l'assistance d'un seul collaborateur, dix-neuf volumes devant former une encyclopédie de médecine clinique, on ne saurait trop louer le zèle et le courage qui ont dicté à MM. G. Sée et Labadie-Lagrave, l'entreprise qu'inaugure aujourd'hui l'ouvrage que nous avons sous les yeux. Bien plus, le titre même de ce premier volume est à lui seul un programme. Se séparant avec éclat de deux de ses collègues, le professeur G. Sée affirme non seulement qu'il admet comme un progrès réel les découvertes incontestables et incontestées qui ont fait rentrer la phthisie pulmonaire dans la classe des maladies microbiennes, mais encore qu'il marche à l'avant-garde de ceux qui prétendent déduire de l'observation anatomo-pathologique des conséquences cliniques et même thérapeutiques. Nous aurons plusieurs réserves à faire au sujet de quelques-unes des conclusions qu'il annonce comme acquises à la science médicale, mais nous tenions, avant de commencer l'analyse de ce livre, à rendre hommage à la franchise et, — pourquoi ne pas dire le mot? — à la hardiesse avec laquelle il a été écrit.

M. G. Sée part de ce fait que la découverte physiologique qui illustre à jamais le nom de notre savant et affectionné maître M. Villemin, et la découverte anatomique de M. Koch ont montré que la tuberculose était inoculable et que l'inoculation expérimentale introduisait dans l'organisme un parasite caractérisé par des réactions histologiques permettant de l'isoler des autres microbes dont le rapprochent sa forme et ses dimensions. La phthisie est donc bacillaire et dès lors, toutes les fois que, dans les produits d'expectoration ou dans les sécrétions morbides d'un individu quelconque, on retrouvera l'élément caractéristique de la maladie, on pourra affirmer sa nature. D'autre part, le premier chapitre de l'ouvrage l'expose avec une concision saisissante, la doctrine parasitaire appliquée à une maladie aussi complexe dans son évolution, aussi multiple dans son étiologie, aussi variable quant à sa curabilité, nous ramène au vitalisme, mais à un *vitalisme expérimental* que ne peuvent contester les organiciens modernes qui sont tous histologistes. La phthisie paraît donc pouvoir se définir par l'élément étiologique qui lui donne naissance, par le bacille tuberculeux; et, si l'on peut arriver à déduire des lésions que déterminent dans l'organisme l'évolution et la prolifération de ce bacille tous les symptômes observés, toutes les formes de la maladie, on aura singulièrement simplifié l'une des questions jusqu'à ce jour les plus obscures de la pathologie spéciale.

Tout ce que nous venons d'écrire peut-il être admis sans réserves? Les faits doivent toujours primer les doctrines. Or depuis quelques années, les faits se multiplient pour démontrer au moins que dans tous les cas de phthisie confirmée on peut trouver, au moins à l'autopsie, le bacille tuberculeux. Mais il est une autre question qui s'impose avec non moins de force à l'attention du clinicien. Ce bacille, que l'on rencontre toujours et dont l'inoculation peut reproduire la maladie dont il est l'élément caractéristique, ce bacille ne se développe et ne se reproduit que dans certains organismes. Il en est sur lesquels son action est toujours stérile; il en est d'autres qui, après avoir été atteints par la maladie, guérissent plus ou moins rapidement, sans présenter cette déchéance progressive et pour ainsi dire fatale qui, chez d'autres sujets, permet ordinairement de caractériser cliniquement la phthisie pulmonaire. La question du terrain, c'est-à-dire de l'organisme sur lequel se greffe l'élément parasitaire, n'est-elle pas prédominante et ce bacille que l'on n'a jamais retrouvé dans l'air ambiant, qui ne vit et ne se transmet que par l'intermédiaire des sécrétions tuberculeuses, est-il bien la cause déterminante de la phthisie ou bien, puisqu'il ne se reproduit activement que sur des sujets déjà malades, ne doit-il être considéré que comme l'un des produits secondaires de la maladie, comme le signe de la misère physiologique consécutive à son évolution? Les spores des champignons ne fructifient d'ordinaire que sur des organismes végétaux déjà malades. En est-il de même en ce qui concerne la phthisie? A cette question primordiale, l'un des collègues les plus savants et les plus autorisés de l'auteur a répondu tout récemment dans un rapport à l'Académie de médecine (6 mai 1884), que devront lire et méditer tous ceux qu'intéressent ces hautes questions de pathologie générale. M. Hérard qui, l'un des premiers, avait contrôlé et confirmé, en 1865, les expériences de M. Villemin, mais qui hésitait au début à admettre la contagion de la phthisie et déclarait que les maladies virulentes pouvaient naître spontanément sous l'influence de causes débilitantes, M. Hérard accepte aujourd'hui sans réserves que la phthisie est virulente et contagieuse. S'appuyant sur les expériences les plus récentes, il montre que le bacille ne manque jamais dans les lésions jeunes; qu'il occupe la partie centrale des granulations; qu'il peut se cultiver et rester fécond après plusieurs cultures; qu'il est donc la *cause* et non l'*effet* de la maladie. Mais, d'autre part, il reconnaît qu'il ne se développe que sur les sujets prédisposés par le peu de résistance ou les ulcérations de leur épithélium pulmonaire, tandis que, chez les sujets vigoureux et vivant dans de bonnes conditions hygiéniques, il s'enkyste et constitue ces nodules fibreux et crétacés si fréquents dans les poumons. M. Hérard enfin, insistant sur la *réceptivité morbide* des tuberculeux, « proclame bien haut que la véritable base du traitement de la tuberculose réside dans les moyens capables de relever l'organisme débilité et de le mettre en état de résister à l'envahissement progressif et à la dissémination de l'agent infectieux ». Nous aurons à rappeler plus loin cette déclaration.

Donc, il existe un agent parasitaire et ce microbe est la cause première de la tuberculose. Pour le mieux faire connaître, M. G. Sée a cru devoir dans une première partie de son livre écrire avec quelques détails l'histoire biologique, non seulement du bacille tuberculeux, mais encore de tous les microbes susceptibles d'affecter l'organisme.

Nous ne le suivrons point dans cette étude, non plus que dans l'analyse des lésions anatomiques de la tuberculose; mais nous recommanderons tout spécialement la lecture de cette troisième partie (étude anatomique) qui, par sa concision et sa clarté, fait contraste avec bien des descriptions, plus complètes sans doute, mais infiniment moins faciles à suivre. Arrivant à la question étiologique et à l'influence exercée par les bacilles tuberculeux sur les organismes ambiants, M. G. Sée indique à plusieurs reprises les causes qui s'opposent à un développement trop rapide des microbes infectieux et par conséquent à une contamination trop fréquente. Il explique l'immunité dont nous jouissons par ce fait que les bacilles tuberculeux se développent plus lentement que les autres, ne s'accroissent que dans le sérum sanguin et le bouillon de viande, enfin nécessitent, pour vivre, une température de 30 degrés centigrades devant durer invariablement pendant des semaines. Nous comprenons difficilement, s'il en est toujours ainsi, que la virulence des crachats tuberculeux desséchés se maintienne pendant des mois entiers, c'est-à-dire malgré l'abaissement de la température. Mais le fait de cette virulence des crachats est indéniable. Aussi peu contestables sont les faits étiologiques passés en revue dans les chapitres suivants. On remarquera le soin avec lequel M. G. Sée s'est efforcé d'énumérer toutes

les causes invoquées pour expliquer la fréquence de la phthisie et les hypothèses toujours ingénieuses qu'il émet pour essayer de tout ramener à l'inoculation bacillaire.

On lui objectera sans doute que la fréquence extrême des phthisies héréditaires contredit la proposition qu'il émet en termes assez vifs lorsqu'il déclare que « la prédisposition n'est qu'un mot qui attend des preuves ». En identifiant la scrofule avec la tuberculose et en admettant que le bacille peut rester latent dans l'organisme et ne se développer que plus tard, l'auteur nous semble avoir répondu en partie, mais en partie seulement, à ceux — et nous sommes du nombre — qui continuent à croire à l'hérédité indirecte. Dès l'instant que l'on ne peut considérer comme applicables à tous les cas observés les expériences si précises et si intéressantes de MM. Landouzy et Hipp. Martin, il faut bien, suivant nous, reconnaître que dans certaines circonstances, la phthisie se transmet autrement que par un germe qui peut sommeiller des années. Dès l'instant surtout qu'on réfléchit à l'influence qu'exerçent sur la genèse des produits tuberculeux les causes de détérioration organique qui affaiblissent le terrain sur lequel ils évoluent, on ne peut se refuser à croire que le mot de *prédisposition* doit rester dans le langage médical.

Abordant le terrain clinique ou pour mieux parler séméiotique, M. G. Sée divise les phthisies en quatre classes : phthisies latentes, phthisies avérées, phthisies larvées et phthisies cavitaires vraies ou fausses.

Cette division, très rationnelle et surtout très clinique, nous fait passer en revue presque toutes les formes que peut affecter la phthisie. Un intérêt tout particulier s'attache à l'étude des formes dites latentes et des formes que M. G. Sée désigne sous le nom de phthisies larvées, c'est-à-dire revêtant la physionomie d'autres maladies. A dire sincèrement notre avis, nous aurions aimé, dans quelques-uns de ces chapitres, voir la physiologie ou, pour parler plus exactement, la séméiotique envisagée à un point de vue général, moins développée et la partie vraiment phthisiologique de l'œuvre ressortir avec plus d'étendue et de détails. L'auteur, en consacrant de si nombreuses pages aux phénomènes normaux et pathologiques que l'on constate par la percussion et l'auscultation, nous entraîne souvent sur un terrain qu'il parcourt d'ailleurs avec une assurance magistrale, mais sur lequel, sans les excellents résumés qui terminent plusieurs chapitres, il serait possible de s'égarer de temps à autre. Nous aimons à redire cependant que l'étude des phthisies chloro-anémiques, dyspeptiques, hémoptoïques, catarrhales, etc., est très intéressante à lire. Nous aurons cependant à leur sujet une réserve à faire. A maintes reprises M. G. Sée affirme que le seul diagnostic certain résulte de l'analyse histologique de l'expectoration. « Toutes les phthisies latentes, dit-il (p. 197), ne cessent d'être obscures, c'est-à-dire ne se révèlent que par un seul moyen, c'est la constatation des bacilles dans l'expectoration », et plus haut (p. 153) citant les cas où l'examen thermométrique, parfois cependant si concluant, paraît insuffisant, il ajoute : « Si actuellement un cas de ce genre se présentait à mon observation, la présence d'un crachat me suffirait pour faire le diagnostic par la présence du bacille. » Nous reconnaîtrons très volontiers que la présence du bacille est un signe *positif*, certain, qui, mieux que tout autre, confirme le diagnostic. Mais, dans ces phthisies latentes, et surtout à leur début, combien est-il de malades qui n'expectorent point ou dont l'expectoration reste longtemps sans caractères spéciaux. M. G. Sée ne nous cite-t-il pas lui-même (p. 265) une observation où il fallut trois investigations successives pour arriver au diagnostic microscopique? Et M. Grancher, si habile cependant, si autorisé en pareille matière, n'a-t-il point affirmé que très fréquemment les signes stéthoscopiques étaient des plus nets alors que des examens répétés ne parvenaient pas à déceler dans les expectorations l'élément caractéristique de la maladie?

N'insistons pas d'ailleurs sur un argument qui n'a qu'une valeur relative. Dans ces nombreux chapitres consacrés au diagnostic de la phthisie, il y a tant d'intéressants enseignements à recueillir — nous citerons en particulier ce qui est dit au sujet de la valeur des phénomènes inspiratoires, — que tous les médecins sauront retrouver, parmi les développements physiologiques et séméiotiques, les notions vraiment médicales utiles à tout clinicien.

Nous arrivons au chapitre que l'auteur paraît avoir traité avec une prédilection toute spéciale et qui, en effet, résume, au point de vue pratique, l'intérêt de son œuvre. Nous voulons parler de la thérapeutique. Si la phthisie est virulente, s'il est vrai, comme l'affirme M. G. Sée, qu'elle soit exclusivement bacillaire, la méthode antiseptique devra seule convenir. Mais quel est l'antiseptique capable d'aller tuer le microbe sans altérer profondément l'organisme sur lequel il s'est greffé? Ici encore nous n'avons qu'à louer l'idée générale du traitement antivirulent. Il faut, dit M. G. Sée, empêcher les parasites de vivre ou de se multiplier ou de franchir les limites du cantonnement pulmonaire... Il faut que l'agent prescrit dans ce but soit reconstituant de l'individu; il faut que ce qui fait du mal à ces êtres néfastes fasse du bien à notre organisme; en d'autres termes, l'agent virulent doit être un moyen trophique... il faut, s'il n'est pas trophique, qu'il soit en même temps un modificateur de la muqueuse ou de l'innervation broncho-pulmonaire, c'est-à-dire un *médicament respiratoire*... Mais il est, à côté de ces médications, une série d'agents qui s'adressent soit à la nutrition de l'individu, soit aux symptômes de la maladie. Ce sont des agents accessoires, sans doute. Que de fois ne convient-il pas de s'en contenter?

Partant de ce point de vue que le *diagnostic microphytaire* devance toutes les autres méthodes d'investigation, pendant des mois et souvent des années (p. 397), M. G. Sée ajoute la plus grande confiance aux médications *nécrophytiques*. Malheureusement les plus actifs parmi ceux-ci, en particulier les sels de mercure et l'eau oxygénée, sont inefficaces. Restent les préparations iodées et l'arsenic. Un long et intéressant chapitre est consacré à l'iodothérapie, mais nous n'y avons pas trouvé de conclusions bien précises au sujet du mode d'emploi des diverses préparations que l'on peut conseiller.

Vient ensuite l'étude de la médication arsenicale, puis celle des médicaments d'épargne (graisses, huiles, lait, alcool, etc.), des substances ozonisantes et pulmonaires, enfin des aliments minéraux. L'ouvrage se termine par l'étude du traitement des formes larvées, puis des formes initiales et enfin des périodes finales de la maladie.

Nous aurions aimé pouvoir examiner avec quelques détails ce que M. G. Sée pense de toutes les méthodes de traitement qu'il passe successivement en revue et surtout discuter longuement le rôle des révulsifs qu'il condamne avec une sévérité qui nous surprend. Nous aurions voulu pouvoir aussi discuter non seulement l'appréciation qu'il donne de tous les médicaments que l'on peut prescrire, mais encore et surtout, l'idée maîtresse qui l'a guidé et qui lui a fait rejeter du traitement de la tuberculisation pulmonaire un si grand nombre de médications que nous persistons à croire utiles dans certains cas déterminés. On comprendra les raisons diverses qui nous empêchent d'allonger outre mesure ce compte rendu analytique. Nous ne voulons pas cependant le terminer sans faire remarquer, au point de vue du traitement, ce que nous disions en parlant de l'étiologie. Si, tout en admettant le point de départ de l'auteur, tout en reconnaissant que la phthisie est virulente et d'origine bacillaire, on reste cependant convaincu que le terrain, le milieu de culture où doit évoluer le microbe peut être modifié de façon à entraver sa prolifération, on pourra conserver l'espoir d'agir efficacement par une série de moyens qui n'ont d'autre but que de relever l'organisme débilité et de le

mettre à même de résister à l'envahissement progressif du bacille. Ceux qui pensent que les congestions pulmonaires et les bronchites qui succèdent peut-être à l'invasion de l'agent infectieux, mais dont l'évolution rend le poumon plus vulnérable, peuvent être arrêtées à l'aide de révulsifs cutanés ou de médicaments internes, se préoccuperont moins du microbe que du malade et chercheront, comme l'a fait d'ailleurs M. G. Sée dans la dernière partie de son livre, des indications tirées non seulement de la cause étiologique, mais encore et surtout des modalités cliniques de la phthisie.

Mais, quoi qu'il en puisse être de ces manières diverses d'envisager un sujet qui ne peut laisser indifférents ceux qui ont foi dans la puissance de l'art qu'ils exercent, nous tenons à déclarer, en terminant, que ce nouveau livre renferme bien des idées neuves et originales exposées avec un réel talent.

L. LEREBOULLET.

VARIÉTÉS

LA VIE SEXUELLE DANS LES INDES NÉERLANDAISES.

Nous relevons dans les *Archives de Virchow* (t. XCV, p. 365), d'après une analyse de Diemer, les détails suivants, tirés d'un ouvrage du docteur Van der Burg (*Der Geneesheer in Nederlandsch Indië*. Batavia, 1883), qui a longtemps pratiqué dans le pays.

La femme indigène est pubère bien avant l'Européenne. Les poils de l'aisselle et du pubis sont arrachés avec précaution, ainsi que la barbe de l'homme. Les instincts sexuels des filles reçoivent immédiatement satisfaction : à cet effet, on fait intervenir les *dœkœ*, vieilles femmes dont le métier consiste, entre autres, à empêcher la conception. Il semble qu'en effet elles réussissent, par des manipulations à travers les parois abdominales (jamais par le vagin), par des frictions, pressions et massages, à produire des déplacements et flexions de l'utérus qui rendent la femme incapable de concevoir, sans autre inconvénient que de provoquer de légères douleurs des lombes, des reins et de la vessie pendant quelques jours. Lorsque la jeune fille se marie et désire devenir mère, l'utérus est remis en place par le même procédé. On dit que ces singulières matrones sont appelées en consultation par des femmes européennes, et dans le même but; mais le résultat serait moins certain que lorsqu'il s'agit do vierges.

Lors de l'accouchement, ces dœkœ servent de sages-femmes et massent méthodiquement l'abdomen, comme il arrive chez tous les peuples primitifs.

Lorsque l'accouchement traîne en longueur, le mari, toujours présent, cherche à attirer l'enfant par la ruse : il se place les jambes écartées au-dessus de la parturiente et s'éloigne en courant, afin que l'enfant suive le mouvement. D'autres fois on fait sonner des pièces de monnaie dans un vase de cuivre, on présente à la vulve une petite casserole de riz préparé, toujours pour attirer l'enfant. Dans les cas graves, la dœkœ fait laver dans l'eau froide les pieds de la plus vieille femme de l'assistance, et administre à sa cliente ce breuvage peu appétissant. Si rien ne réussit, on va chercher une sage-femme européenne.

L'accouchement terminé, la femme est arrosée d'eau tiède et repose plusieurs heures sans dormir; les assistants empêchent le sommeil en la tirant continuellement par les cheveux. Le placenta est enterré avec des herbes odoriférantes, souvent aussi on le place, entouré de fleurs et de fruits, sur un petit radeau de bambou, entre des chandelles allumées. Le petit radeau ainsi paré descend le fleuve : c'est une offrando pour les caïmans qui logent les âmes des ancêtres.

La singulière coutume de la *couvade* existe encore dans les Moluques et à Bornéo. La femme retourne immédiatement à ses occupations; le mari, qui sait fort bien simuler la faiblesse et la maladie, se fait soigner, et la pauvre femme, à moitié défaillante, est obligée de rétablir sur ses jambes, grâce à une nourriture réconfortante, le mari fainéant.

La pudeur est un sentiment à peu près inconnu. Cependant on évite soigneusement les témoins des rapprochements sexuels ou même des caresses du pays, c'est-à-dire d'une sorte de flairement du visage (*tioem*) qui ressemble au baiser. Mais les indigènes des deux sexes ont une liberté de langage dont tout Européen non habitué ne peut que rougir. Les enfants assistent aux accouchements; les sujets les plus scabreux sont gravement discutés devant eux. Aussi l'instinct sexuel est-il très précoce, et le coït entre frère et sœur de cinq à six ans n'est-il que trop fréquent. L'onanisme est relativement rare : par contre, toutes les formes de déviations des rapports sexuels sont connues.

La prostitution est tellement répandue, qu'il est plus facile de dénombrer les honnêtes femmes que les filles publiques. Chez certaines peuplades de Sumatra, l'adultère est puni de mort : par contre, les jeunes filles peuvent se permettre toutes les libertés. Un Batak veut que sa femme ait beaucoup d'attraction sur les hommes et ait montré son influence comme jeune fille; il cite à ce propos le proverbe : « Il n'est pas de gâteau friand si les mouches n'en veulent pas. » On sait que, dans bien des tribus, l'échange des femmes est une habitude. Les Orang-Sekah (de Bliton), qui habitent sur des bateaux, ont un usage analogue. Lorsqu'un homme de cette tribu reçoit la visite d'un étranger, il le laisse avec sa femme et va se porter à l'avant du bateau, où il chante une mélopée traînante en s'accompagnant du tambourin : cette mélopée s'appelle *coatjong*.

Le droit du seigneur (*jus primæ noctis*) existe encore chez plusieurs peuplades, généralement au bénéfice du père de la fiancée.

L'idée que la vue des rapprochements sexuels excite à l'imitation, porte le Javanais à pratiquer le coït dans ses champs do riz, afin d'inciter par son exemple le riz à la fécondation. Le même usage existe dans les Moluques pour les arbres fruitiers.

La circoncision se fait d'une façon très grossière et est fréquemment le point de départ de graves accidents.

Signalons encore les moyens employés par les indigènes pour augmenter la sensation voluptueuse du coït. On emploie très communément (même parmi les Chinois) des petites nattes tressées en crin que l'on place derrière le gland, et qui ont pour usage d'exciter les organes sexuels de la femme. D'autres emploient dans le même but les cils de chèvre ou de mouton, ou bien enduisent la verge de diverses substances aromatiques et irritantes. Les Dajaks percent le pénis tout près du gland avec un morceau de bois ou d'os pointu, y adaptent des boules de bois ou de petits éperons, afin de provoquer, au moyen d'uno excitation (!!!) plus forte des parois vaginales, des contractions plus énergiques du constricteur du vagin.

Des pénis ainsi armés font partie de certaines collections anatomo-pathologiques, de celle de Vienne, par exemple.

Les Chinois sont très libidineux et ont habituellement un harem dès qu'ils ont quelque aisance. Leurs enfants, très précoces, sont fort adonnés à la masturbation, même en public. Si l'on attire sur ce fait l'attention des parents, ils répondent en riant : *Diâ poenja soeka bagitoe* (il trouve cela si gentil!).

STATISTIQUE DU CHOLÉRA EN BELGIQUE.

Nous extrayons de l'*Annuaire statistique de la Belgique* les données suivantes sur les épidémies cholériques observées dans ce pays en 1832-1833, 1848-1849, 1854, 1859 et 1866.

La comparaison de ces données avec celles analogues que nous avons pu nous procurer sur les épidémies de choléra en France tend à établir que lo fléau a suivi dans les deux pays des marches essentiellement différentes.

En effet, pour chacune des épidémies de choléra, dans le département de la Seine, on a enregistré (1) :

En 1832, 2350 décès sur 100 000 habitants;
En 1849, 1766 décès sur 100 000 habitants;
En 1853 et 1854, 826 décès sur 100 000 habitants;
En 1866, 270 décès sur 100 000 habitants;
En 1873, 37 décès sur 100 000 habitants.

En Belgique, nous avons :

En 1832, 210 décès sur 100 000 habitants;
En 1849, 525 décès sur 100 000 habitants;
En 1854, 90 décès sur 100 000 habitants;
En 1859, 117 décès sur 100 000 habitants;
En 1866, 899 décès sur 100 000 habitants.

(1) Ces renseignements sont empruntés aux tableaux statistiques fournis par le ministère de l'agriculture et du commerce, de 1832 à 1866, et au rapport de M. le docteur Worms, sur l'épidémie cholérique de 1873.

Ainsi, dans le département de la Seine, nous constatons une décroissance continue dans la mortalité proportionnelle pour chaque épidémie. Que nous rapportions cette décroissance à l'amélioration des conditions hygiéniques ou aux progrès réalisés dans la thérapeutique, cela ne nous explique pas suffisamment l'atténuation remarquable du choléra dans le département de la Seine, alors surtout qu'en Belgique, où les conditions hygiéniques sont excellentes, la marche des épidémies est tout autre.

Une des théories émises sur les lois qui gouvernent les épidémies en général est qu'une grande épidémie est toujours précédée par une ou deux invasions beaucoup moins violentes, qui en sont en quelque sorte les avant-coureurs. Les faits que nous constatons en Belgique viennent à l'appui de cette théorie. En effet, nous voyons l'épidémie relativement bénigne de 1832 précéder celle beaucoup plus redoutable de 1849, et les trois épidémies de 1854, 1859 et 1866 augmenter progressivement d'intensité.

Bornons-nous donc à constater que dans le département de la Seine la mortalité décroît proportionnellement aux nombres : 235, 176, 82, 27, 3, et qu'en Belgique la mortalité varie comme les nombres : 21, 52, 9, 11, 89. (*Revue générale d'administration.* — Ministère de l'intérieur.)

LE CHOLÉRA.

En reproduisant le rapport de M. le docteur Proust, que nous analysons plus haut (p. 637), le *Journal officiel* reproduit, semaine par semaine, les chiffres de mortalité et de morbidité de l'épidémie cholérique. Voici ces chiffres :

Pendant la semaine du 16 au 22 août, 15 départements ont été envahis, 107 localités ont été atteintes et il y a eu 595 décès.

Pendant celle du 23 au 29 août, 14 départements envahis, 123 localités atteintes et 521 décès.

Durant la semaine du 30 août au 5 septembre, même nombre de départements envahis, mais le chiffre des localités atteintes est tombé à 86 et le chiffre de la mortalité à 328. La diminution du nombre des localités est donc de 37, et du chiffre de la mortalité de 193, c'est-à-dire plus du tiers.

Enfin, pendant la quatrième semaine, du 6 au 12 septembre, il y a encore eu une légère diminution :

Nombre des communes atteintes, 74; diminution, 12.

Nombre des décès signalés, 321; diminution, 7.

Pendant la dernière semaine, c'est-à-dire jusqu'au 19 septembre, les chiffres ont été les suivants :

Nombre de communes atteintes:

Du 16 au 12 septembre			74	Diminution, 13.
Du 13 au 19 septembre	Déjà atteintes	44	61	
	Nouvellement atteintes	17		

Nombre de décès signalés:

Du 6 au 12 septembre	321	Diminution, 111.
Du 13 au 19 septembre	210	

Le nombre des départements où se trouvent les 61 communes atteintes s'élève à douze; ce sont : l'Ardèche, l'Aude, les Bouches-du-Rhône, la Drôme, le Gard, la Haute-Garonne, l'Hérault, les Pyrénées-Orientales, le Var, Vaucluse, l'Yonne et la Seine. Le département de la Seine figure dans ce tableau pour 4 décès cholériques, dont 2 à Saint-Denis et 2 à Aubervilliers.

— La capitale, jusqu'à ce jour presque indemne, semble aujourd'hui atteinte dans ses quartiers excentriques. Les quelques cas signalés jusqu'à présent n'ont été suivis d'aucun autre qui ne puisse être légitimement rapporté aux maladies saisonnières. A Aubervilliers et à Saint-Ouen, c'est-à-dire aux portes de Paris, le choléra n'a fait que deux victimes ; malheureusement il vient d'éclater aussi dans l'arrondissement de Clichy où deux cas foudroyants sont signalés aujourd'hui.

Quant à la province, l'épidémie va toujours en s'atténuant. Le département des *Pyrénées-Orientales* reste le plus éprouvé. On a encore compté à Perpignan 8 décès cholériques du 23 septembre au 24 à la même heure. Des cas nouveaux sont signalés dans plusieurs communes.

En *Italie*, la mortalité diminue, mais assez lentement. Dans la journée du 23 septembre, 444 cas cholériques, dont 21 à la Spezzia et 264 à Naples : 213 décès, dont 6 dans la première ville et 216 dans la seconde.

En *Espagne*, l'épidémie paraît prendre les mêmes allures qu'en France, c'est-à-dire se disséminer sans prendre beaucoup de gravité.

— Le Président de la République française, sur la proposition du ministre de l'intérieur, vient de décerner des médailles d'or de 1re classe pour actes de dévouement et de courage, pendant l'épidémie qui a sévi dans l'Ardèche, à MM. Leclercq (François), interne de la Faculté de Lyon, chargé du service médical à Ruoms; Perrusset (Georges), interne de la Faculté de Lyon, chargé du service médical à Lavilledieu; Merley (Pierre-Antoine), étudiant en médecine, chargé du service médical à Saint-Pons.

— La *Gazette de l'Allemagne du Nord* annonce que l'administration militaire a décidé, entre autres mesures à prendre contre les épidémies cholériques, qu'il va être fondé, par les soins de l'administration de l'hygiène de l'empire, avec l'autorisation de M. de Bismarck, un cours spécial, dirigé par le docteur Koch, et ayant pour objet de mettre un certain nombre de médecins en mesure de reconnaître immédiatement le choléra asiatique, et d'empêcher sa propagation en détruisant le germe de la maladie dès l'apparition du premier cas.

Des médecins, ayant à leur disposition tous les accessoires et tous les médicaments nécessaires, seront répartis dans toutes les provinces de l'empire, et appliqueront, dès que l'occasion s'en présentera, l'enseignement que va leur donner le docteur Koch. Ce cours a été commencé le 15 septembre. (*Le Temps*, 21 septembre.)

Constantinople. — Conseil sanitaire international. — On écrit de *Constantinople*, le 21 septembre :

L'incident provoqué par l'introduction de sept médecins ottomans supplémentaires dans l'Office sanitaire international (voy. *Gaz. hebd.*, n° 37, p. 620) va probablement être aplani par une transaction. Les nouveaux délégués ottomans seraient admis dans les réunions spéciales du Conseil sanitaire comme membres honoraires et à titre provisoire, et seulement pour le cas spécial actuel.

Nécrologie : Oulmont. — Notre regretté confrère, dont nous n'avions pu annoncer la mort qu'à la dernière heure dans le précédent numéro, avait publié des travaux fort estimés, dont quelques-uns remontent aux premiers temps de la pratique, notamment ses recherches sur la *pleurésie chronique* (1844); on lui doit des mémoires sur les *altérations de la veine cave supérieure* (1855), sur une *épidémie d'angine couenneuse* à l'hôpital Saint-Antoine. Il s'était fait connaître en thérapeutique principalement par des études sur l'aconit.

— Le choléra vient de faire une nouvelle victime dans le corps médical. M. le docteur Castillon vient de succomber à Bessèges (Gard).

Mortalité a Paris (38e semaine, du 12 au 18 septembre 1884). —Fièvre typhoïde, 46.— Variole, 1.—Rougeole, 21.—Scarlatine, 2. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 23. — Dysentérie, 4. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 41.— Phthisie pulmonaire, 212.— —Autres tuberculoses, 24. — Autres affections générales, 57. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 56. — Bronchite aiguë, 14. — Pneumonie, 38. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 62; au sein et mixte, 36; inconnu, 6. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 69; de l'appareil circulatoire, 61; de l'appareil respiratoire, 49; de l'appareil digestif, 52; de l'appareil génito-urinaire, 21; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 4. — Morts violentes, 39. — Causes non classées, 5. — Total : 968.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITE DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE
L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 2 octobre 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LA PROPHYLAXIE DU CHOLÉRA. CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : La prophylaxie du choléra.

« La contagion du choléra est d'ordre essentiellement contingent », tel a été le mot de la fin de la discussion sur le choléra à la dernière séance de l'Académie et, de fait, il a semblé aux auditeurs que cette opinion de M. Jules Guérin résumait en grande partie leurs impressions et qu'un mystère assez profond régnait encore sur les conditions dans lesquelles cette affection naît, se transmet et se propage. Les faits si singuliers rapportés par M. Le Roy de Méricourt et qui ont pour garantie de leur véracité son autorité toute particulière, satisferaient également les partisans des idées contagionistes, de même que les adversaires de ces idées, si l'on n'avait à considérer que les caractères pathogéniques et pathognomoniques des épidémies cholériques; car il est vraiment impossible de s'expliquer, scientifiquement parlant, les bizarreries et les singularités de l'épidémie observée dans la mer Noire, à bord de l'escadre française, par le savant médecin de la marine. Toutefois les observations présentées à cet égard par M. Rochard dans son brillant discours n'en restent pas moins vraies, et le mieux qu'on puisse faire en pareille occurrence, c'est de ne pas trop s'attarder aux disputes scholastiques et de tirer de la majorité des faits constatés l'opinion moyenne qui s'en dégage.

Or, en ce qui concerne la discussion actuelle sur le choléra à l'Académie, il s'agit bien moins, en ce moment, de savoir si une épidémie de choléra est susceptible de se montrer avec des caractères plus ou moins appropriés au terrain sur lequel elle doit évoluer, si elle aura présenté, sur tels ou tels organismes, dans tel ou tel milieu, des degrés plus ou moins différents, que de rechercher quels sont les moyens que l'Europe peut mettre en œuvre pour se préserver de ce fléau exotique. Nous avons déjà, dans divers articles publiés ici à l'occasion de l'épidémie actuelle, indiqué, d'une part, comment les divers modes de transmission du choléra conduisaient à une prophylaxie dont l'efficacité ne saurait être réelle

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

La lèpre et le ministère sacerdotal en Russie. — Un chef-d'œuvre de la police des mœurs d'Odessa. — La Société de médecine de Varsovie et les praticiens populaires. — L'hôpital russe de Jérusalem. — Une rencontre désagréable et ses résultats.

Un prêtre d'une colonie du pays de Tersk est atteint de la lèpre; grave affaire pour ses paroissiens, convaincus que la lèpre est une maladie contagieuse; cette frayeur donna lieu à de sérieuses difficultés. Comment s'adresser à un prêtre lépreux? comment baiser une main couverte de tubercules et de croûtes hideuses? Et pourtant nos colons étaient de fervents orthodoxes, qui tenaient à s'acquitter des pratiques rigides et minutieuses de leur culte. Une solution semblait toute naturelle : envoyer le pope dans une maison de santé et le remplacer par un autre; la première partie du programme a été exécutée, mais l'administration est intervenue lorsqu'il s'est agi de la seconde; elle a refusé de nommer un autre pasteur pour cette paroisse, sous prétexte que la loi ecclésiastique ne considère pas la lèpre comme un obstacle à l'exercice du saint ministère; les ouailles du malade resteront jusqu'à sa guérison sous le coup d'un interdit accidentel. Il y a beaucoup de pays où un pareil malheur serait supporté sans trop d'amertume.

— Il n'est probablement pas de question plus délicate et plus difficile à résoudre à notre époque que celle de la police des mœurs. Les deux mots salubrité liberté et individuelle se trouvent en opposition constante. Ceux qui veulent la suppression de la réglementation et de la surveillance médicales prétendent qu'elles sont inutiles et ne préviennent rien ; la syphilis se moque des quarantaines et se propage

qu'autant qu'elle s'inspire des plus récentes acquisitions scientifiques, qu'elle a recours seulement aux procédés dont la valeur est le mieux reconnue et qu'elle est appliquée avec méthode, promptitude et autorité. Nous n'avons pas à revenir encore sur ce sujet; les faits se chargeront de retracer plus tard l'histoire de cette épidémie à ce point de vue, lorsqu'on aura pu les recueillir et les éclairer, en partie grâce à l'enquête que l'Académie a sollicitée et qu'elle va très prochainement préparer par l'envoi d'un questionnaire approprié. Nous n'avons pas à revenir non plus sur la nature des mesures sanitaires que les diverses nations s'efforcent d'appliquer en pareil cas, sur la méthode qu'elles suivent et sur l'importance de l'organisation préalable des services d'hygiène et du soin de la salubrité publique; les renseignements que nous avons publiés, il y a quinze jours, suffisent pour apprécier ce côté de la question. Mais il nous semble qu'il y a maintenant quelque intérêt à compléter cette sorte de revue critique en examinant comment les rapports de l'Europe avec l'Extrême-Orient sont et devraient être réglementés à l'égard du choléra et dans quelle mesure il paraît nécessaire de les soumettre à des restrictions spéciales, dans un intérêt sanitaire. Ce complément de nos précédents articles sur le choléra touche d'ailleurs au point essentiel du débat académique de mardi, qui portait principalement sur la valeur des quarantaines. Or nous croyons, comme M. Rochard, comme presque toute l'Académie, que l'histoire de toutes les épidémies cholériques, de leur origine comme de leur marche, suffit à établir dans une mesure quelconque le grand fait de la transmission contagieuse, et à justifier dès lors le maintien des mesures quarantenaires.

Certaines personnes prétendront que le choléra s'est implanté à demeure en Europe, qu'il y a pris droit de cité, en quelque sorte, surtout dans les pays riverains de la Méditerranée; mais la très grande majorité du corps médical n'est pas de cet avis et les preuves abondent pour reconnaître qu'une fois l'épidémie actuelle définitivement éteinte, si, par impossible, toutes communications venaient à être supprimées avec l'Inde et l'Extrême-Orient, nous n'aurions, en aucune manière, raison de redouter l'importation du choléra sur les rivages européens.

Les arrivages de l'Inde et de l'Extrême-Orient doivent donc être surveillés. Par la voie de terre, c'est-à-dire par la Russie et la Turquie d'Asie, rien n'est plus facile et tout le monde est d'accord aujourd'hui pour admettre, avec M. Brouardel, que, la prophylaxie y étant des plus simples à organiser, il suffit qu'on y veille avec un certain soin pour que le danger soit de ce côté relativement restreint; du reste, on n'y constate aucune opposition de la part des pays directement intéressés. Tout autre est la situation lorsqu'il s'agit de la voie de mer, la plus importante à coup sûr, et qui offre pour les épidémies cholériques en particulier, des facilités de transmission de plus en plus grandes à mesure que diminue la durée des trajets maritimes et que les relations internationales sont plus fréquentes. L'Europe a un intérêt manifeste à ce que des services sanitaires y fonctionnent avec régularité et une suffisante indépendance. C'était l'œuvre qu'avaient entreprise les conférences internationales de Paris, de Constantinople et de Vienne et qui avait été en partie réalisée lorsque l'influence prépondérante de l'Angleterre en Égypte est venue l'annihiler. En effet, d'une part, le Conseil maritime et quarantenaire d'Alexandrie est aujourd'hui présidé par un jeune délégué consulaire anglais et 14 voix sont acquises dans le Conseil à l'influence anglaise, soit parce que les membres sont Anglais, soit parce qu'ils sont fonctionnaires salariés du gouvernement anglo-égyptien; d'autre part, le Conseil sanitaire du Caire a été supprimé pour faire place à une direction des services sanitaires de l'hygiène publique relevant du ministère de l'intérieur et confiée, sous la direction nominale d'un fonctionnaire égyptien, à un médecin anglais, qui aura ainsi la haute main sur tous ces services. En fin de compte, l'administration sanitaire tout entière de l'Égypte, internationale et nationale, appartient à l'influence anglaise, et le cabinet de Saint-James ne se fait pas faute d'y appliquer les doctrines dites antiquarantenaires qui ont cours dans les sphères officielles du Royaume-Uni.

Quoi qu'on en ait dit, l'opinion des divers Etats européens ne s'est pas modifiée en ce qui concerne l'utilité des quarantaines maritimes et la nécessité d'instituer en Egypte une police sanitaire offrant de réelles garanties. On a trop souvent l'habitude de se payer de mots et de considérer comme absolues les doctrines professées par ses adversaires; les polémiques qui se sont élevées dans les journaux spéciaux et dans diverses réunions depuis la conférence de Vienne ont pu faire croire qu'aucune entente n'était possible entre les pays intéressés à cet égard. L'année dernière encore, à Amsterdam, n'entendait-on pas déclarer que le désaccord est complet et qu'il existe en Europe deux partis organisés, celui des défenseurs des quarantaines et celui des ennemis de cette mesure prophylactique? Nous ne pensons pas que les dissentiments soient si tranchés parmi les hygiénistes, le récent

---

malgré les mesures gothiques et tracassières à l'aide desquelles on essaye de l'enrayer; ces mesures, immorales en elles-mêmes, sont l'origine de vexations et d'abus de toute nature. On oppose à ces doctrines les statistiques et la tradition. Malheureusement, dans l'espèce, les statistiques sont si difficiles à établir, qu'elles ne prouvent rien ou prouvent tout ce qu'on veut. La tradition est en faveur de la prophylaxie: on tenait peu de compte dans les siècles passés de la liberté individuelle; la pauvre fille que la séduction et souvent la misère conduisaient de chute en chute jusqu'à la Salpêtrière ne comptait plus dans la société; c'était une criminelle à laquelle on imposait ici-bas l'expiation d'une vie d'abjection et de débauche.

Depuis le commencement du siècle les choses se sont beaucoup améliorées, il reste pourtant dans les dispositions actuelles plus d'un souvenir de celles qui les ont précédées. Puis l'exécution!... On ne saurait dans tout ce qui touche aux mœurs apporter trop de perspicacité, de tact, de mesure; il serait difficile d'affirmer que les agents soient toujours à la hauteur de leur tâche: il y a quelques années, un magistrat français imposait à une jeune fille vertueuse une visite humiliante sur la simple dénonciation d'un drôle ou d'un mauvais plaisant qui avait négligé de se nommer. Les policiers subalternes procèdent, dit-on, parfois d'une façon plus sommaire et plus brutale. Dans certaines grandes villes de Russie on trouve des abus analogues à ceux qui de temps en temps ont ému chez nous l'opinion publique. Ainsi, à Odessa, les agents des mœurs Berman et Bronchtein arrêtent deux jeunes filles sous prétexte qu'elles se livrent à la prostitution, et comme si leur attestation n'était pas suffisante, le médecin Sifer — son nom mérite de passer à la postérité — certifie qu'elles sont toutes les deux atteintes d'une affection vénérienne.

Sur quelles données était basé son diagnostic? c'est ce que l'on ne dit pas. Les personnes suspectes furent emprisonnées, soumises à l'examen de la commission de salubrité, et l'on

Congrès de La Haye en a été le premier, bien qu'il paraisse difficile de reporter l'entente sur le terrain pratique en raison des considérations politiques et économiques qui viennent singulièrement la compliquer.

Les adversaires des quarantaines en effet, c'est-à-dire dans l'espèce le gouvernement anglais, ne font aucune difficulté de reconnaître qu'un service d'inspection et de contrôle sanitaire est nécessaire contre les provenances des Indes et de l'Extrême-Orient, et cela est si vrai, que ce service existe et fonctionne avec une grande précision et une rigueur très appréciable dans toutes les possessions anglaises et sur le littoral de la Grande-Bretagne; mais ils se refusent à vouloir subir les mesures plus complètes que les pays étrangers croient devoir prendre chez eux et contre eux. L'Angleterre, il est vrai, a pour elle son excellente loi d'hygiène publique de 1875, véritable modèle à imiter, et d'après laquelle lorsqu'une maladie infectieuse se présente dans une maison, aucune entrave n'est apportée aux mesures de prophylaxie immédiatement appliquées; l'Angleterre a aussi, pour elle, comme nous le disions récemment, l'organisation remarquable de ses services de salubrité et les grands efforts d'hygiène publique et surtout d'hygiène privée qui y ont été poursuivis avec tant de persévérance depuis un certain nombre d'années. Mais elle ne s'oppose en aucune manière à prendre des mesures sanitaires contre les arrivages des pays suspects, et, si elle réduit ces mesures au minimum, c'est d'abord parce que les conditions do son climat et son éloignement lui créent des conditions particulières d'immunité et ensuite parce qu'elle se considère comme étant constamment prête à repousser, autant que les progrès actuels de l'hygiène permettent de l'espérer, toute épidémie exotique apparaissant sur son territoire. Dans ces conditions, elle ne croit pas nécessaire de retenir en suspicion sur son littoral les personnes bien portantes, mais elle ne fait nulle difficulté de prendre des précautions et d'exercer même ses rigueurs contre les malades et les objets contaminés. Toutefois elle ne saurait admettre que les autres nations puissent être obligées d'exiger des garanties en harmonie avec les nécessités de leur situation topographique et les conditions de leurs services sanitaires; c'est pourquoi elle ne craint pas de braver l'Europe en détruisant l'œuvre de préservation que celle-ci s'efforce depuis tant d'années d'organiser en Egypte.

Les partisans des quarantaines, de leur côté, acceptent volontiers que les progrès de la science et les améliorations introduites dans les installations quarantenaires doivent amener de profondes modifications dans le régime sanitaire international. Si tous ne vont pas jusqu'à déclarer qu'on puisse parfaitement maintenir les quarantaines, comme l'exigent les données scientifiques et les intérêts sociaux, en réduisant la période d'observation à vingt-quatre heures et en faisant une désinfection générale et bien efficace de toutes les choses susceptibles, la plupart croient qu'il est encore prudent de laisser aux autorités locales le soin de prescrire elles-mêmes la durée de l'observation. Tous sont d'ailleurs prêts à souscrire à l'opinion qu'exprime en ces termes le *Dictionnaire anglais du commerce :* « Lors même que l'évidence qui prouve l'importation des maladies contagieuses serait moins décisive qu'elle ne l'est; lors même que les opinions des médecins seraient moins partagées, cela ne justifierait pas l'abolition des mesures quarantenaires. Ce n'est point une affaire où l'on puisse introduire des innovations à la légère ; dans le doute, il est convenable d'incliner vers les précautions. Quelquefois peut-être a-t-on exagéré la sévérité des mesures; nous croyons qu'on l'a relâchée plus souvent hors de propos. Les plaintes au sujet des quarantaines sont presque exclusivement causées par le défaut d'établissements convenables destinés à ces mesures. » Nous devons en conclure que les deux partis en présence ne devraient faire nulle difficulté de préparer tout au moins les installations appropriées aux mesures qu'ils reconnaissent également nécessaires, c'est-à-dire l'isolement des malades, la désinfection des objets contaminés, l'assainissement des objets et bâtiments suspects, et qu'ils pourraient aisément se faire des concessions suffisantes pour que les services d'inspection et de contrôle soient entourés de garanties, fonctionnent avec régularité et que les mesures complémentaires admises par telle ou telle nation soient aussi peu gênantes que possible pour les voyageurs et pour les transactions commerciales.

Tel est le but que cherchent à réaliser les diverses nations européennes qui se sont associées à la demande formulée par le gouvernement italien, l'année dernière, à l'effet de réunir une nouvelle conférence sanitaire internationale. M. Mancini, en réponse à une interpellation qui lui fut adressée, il y a trois mois, au Parlement italien, fit connaître que l'Angleterre seule avait exigé qu'une sorte d'accord préalable fût établi sur les divers points qui seraient soumis à cette conférence et de nouvelles démarches diplomatiques avaient dû être entreprises pour savoir si l'Europe passerait outre à cette prétention intéressée, lorsque le choléra a éclaté à Toulon.

---

reconnut qu'elles n'étaient pas malades, que les agents avaient commis une inexplicable erreur : toutes les deux étaient vierges.

— Il existe encore en Russie et en Pologne des praticiens de campagne d'une instruction plus que modeste, on les désigne toujours par le vieux nom allemand de feldschers. Ils sont instruits par l'Etat, qui leur délivre un diplôme, et probablement payés en partie par lui. L'institution semble en décadence dans les pays slaves comme dans le reste de l'Europe. La Société de médecine de Varsovie en a proposé dernièrement la suppression; afin de n'apporter aucun trouble dans l'état de choses existant, on laisserait les feldschers actuels exercer comme auparavant, mais on fermerait les écoles destinées à les former, on ne délivrerait plus de diplômes, de telle sorte que l'institution s'éteindrait d'elle-même sans secousses. Il est plus facile de détruire une chose caduque que de la remplacer; quand on aura supprimé les praticiens populaires, il y aura toujours des malades dans les campagnes, et la modestie de la situation de ceux qui les soignent en éloignera toujours les médecins qui ont dépensé beaucoup de temps, de fatigue, d'argent pour acquérir une instruction scientifique sérieuse dans les Universités. Il est pourtant difficile de proposer d'abandonner à la nature le paysan qui souffre. Le feldscher est peu instruit sans doute; il est présomptueux, hardi comme tous les ignorants, mais enfin tel qu'il est, il a fait quelques pansements, fréquenté l'hôpital; il rend à l'occasion quelques services. Si vous ne mettez personne à sa place, des guérisseurs sans titre ni mandat la prendront, traiteront par des herbes dont ils ne connaissent même pas le nom, par des amulettes, des conjurations, moyens ordinaires des sorciers de tous pays; ils feront moins de bien et plus de mal que les premiers. La Société a prévu cette éventualité : il existe aujourd'hui dans l'empire russe 4000 feldschers, qui touchent annuellement des paysans environ 1 200 000 roubles.

On sait qu'à la conférence anglo-égyptienne de Londres, le plénipotentiaire allemand voulut appeler, à deux reprises, l'attention de ses collègues sur la situation nouvelle créée en Egypte à cet égard par le gouvernement de la Grande-Bretagne ; une fin de non-recevoir absolue fut opposée par le président de la conférence, lord Granville. Mais le gouvernement allemand ne se fait pas faute de déclarer que le jour où les empiètements de la puissance anglaise sur l'administration de l'Egypte seraient enfin de nouveau soumis à la conférence, il ne manquera pas d'exiger, avec le consentement déjà acquis des autres nations, que la police sanitaire des bords du Nil, de la mer Rouge et plus particulièrement celle du canal de Suez soient l'objet de ses délibérations, de manière à aboutir à une convention réglant définitivement cette question. Il se pourrait même qu'une conférence spéciale fût prochainement réunie à cet effet dans une capitale de second ordre, comme Bruxelles ou une ville neutre comme Genève.

Le document le plus complet et le plus autorisé que nous possédions sur l'état de la police sanitaire en Egypte est assurément le rapport adressé à M. le ministre du commerce par M. le docteur Mahé, notre savant médecin sanitaire à Constantinople, sur la mission médicale dont il avait été chargé l'année dernière afin de rechercher l'origine de l'épidémie cholérique qui a débuté à Damiette. Pour peu qu'on lise ce remarquable mémoire ainsi que le rapport dont il a été l'objet de la part de M. le docteur Fauvel, on ne tarde pas à reconnaître qu'il est urgent d'arriver à la réalisation des réformes sanitaires en Egypte et principalement en ce qui touche le service du canal maritime. M. Mahé, après une scrupuleuse enquête sur place, propose les principales modifications suivantes : 1° la réorganisation du Conseil sanitaire d'Alexandrie, de manière à obtenir son indépendance du gouvernement égyptien, aussi complète que possible, son fonctionnement réel et efficace, en un mot, son internationalité ; 2° la réorganisation du système actuel de police sanitaire du canal maritime, en imprimant au service si important de ce côté un caractère exclusivement international et indépendant du gouvernement local ; le personnel de ce service devrait être exclusivement européen ; il relèverait d'un médecin-inspecteur qui dépendrait lui-même du Conseil d'Alexandrie, tout en ayant le pouvoir de trancher d'urgence toutes les questions et toutes les difficultés imprévues ; 3° la promulgation d'un code pénal sanitaire approuvé par les conseils généraux des puissances représentées en Egypte et dont l'application serait confiée à une commission mixte composée des consuls et des hauts employés de l'administration sanitaire du canal ; 4° l'établissement d'un vaste lazaret dans la mer Rouge, à proximité de Suez, à Djebel-Tor, lazaret exclusivement destiné au service quarantenaire des navires ordinaires, à l'exclusion des navires à pèlerins du Hedjaz, qui feraient quarantaine à El-Widj ; 5° enfin la revision du tarif des droits sanitaires à percevoir dans les ports égyptiens, sur la base, par exemple, des taxes qui sont appliquées dans les ports de Turquie actuellement, de manière à proportionner les ressources financières aux besoins du service.

Il est incontestable que l'Europe seule peut imposer de telles réformes ; est-il impossible de les réaliser ? Nous ne le pensons pas, si l'Angleterre daigne reconnaître que ses doctrines ne s'y opposent pas en réalité et qu'elle a tout intérêt à soumettre ses propres navires à une véritable surveillance, de moins en moins onéreuse, plutôt que d'être obligée de subir elle-même les entraves bien autrement rigoureuses que les puissances européennes sont obligées de leur faire subir chez elles. Que le service sanitaire international soit sérieusement organisé en Egypte et dans le canal, il ne tardera pas à n'être pas plus gênant que la simple inspection admise en Angleterre, et alors les arrivages de l'Inde et de l'Extrême-Orient ne seront plus soumis dans les ports européens qu'à de simples mesures sanitaires complémentaires, au plus grand profit de la santé publique et sans préjudice important pour les intérêts commerciaux. En d'autres termes, tout le monde est d'avis d'améliorer les quarantaines et les installations quarantenaires et de réduire leur durée ; mais auparavant et pour que leurs inconvénients soient réduits à leur plus simple expression, il faut que le canal de Suez cesse de laisser passer sans aucune garantie toutes les provenances contaminées. La diplomatie rendra un immense service à la santé publique en soustrayant l'Egypte à une domination égoïste, qui est un danger personnel pour l'Europe et en instituant un service international de prophylaxie aux portes d'entrée du choléra.

Dr M.

Contributions pharmaceutiques.

FLACONS BLEUS OU BLANCS, RONDS OU CARRÉS.

Dans une pharmacie bien organisée, il devrait toujours y avoir deux espèces de flacons : 1° des flacons cylindriques de

---

Avec cette somme il serait possible de porter à 220 le nombre des hôpitaux de district, qui n'est aujourd'hui que de 90, et de les doter d'un personnel sédentaire instruit, formé dans des écoles qui remplaceraient celles des feldschers. On ne saurait dire à distance jusqu'à quel point cette idée est applicable en Russie et en Pologne ; le journal qui résume la séance de la Société de médecine de Varsovie la considère comme ingénieuse et pratique.

M. Elisiew a eu l'occasion, dans le cours d'un voyage qu'il a fait récemment en Orient, d'étudier l'organisation des hôpitaux destinés aux pèlerins russes qui font le voyage de Jérusalem. Il en existe un dans cette ville, fondé sous les auspices du Comité des pèlerinages et administré par les agents qu'il nomme. Cet hôpital, un des plus grands et des mieux placés de Jérusalem, est bien bâti ; il peut recevoir environ soixante pèlerins. Ses ressources sont à peu près suffisantes, mais elles pourraient être plus sérieuses avec une meilleure répartition de l'impôt prélevé sur les pèlerins. Chacun d'eux est obligé de verser au visa de son passeport une somme de 15 kopeks pour l'hôpital russe de Constantinople ; or cet hôpital reçoit quelques ouvriers, des Juifs, des Bulgares ; les pèlerins n'y entrent presque jamais, la plupart d'entre eux ignorent même qu'il existe. L'hôpital de Jérusalem est administré par un comité consultatif. Le service médical est fait par un médecin russe assisté d'un pharmacien résident, d'infirmiers arabes et de sœurs de charité. Comme dans beaucoup d'établissements de même ordre, la situation du médecin est fausse et subalterne : ballotté entre le comité de pèlerinage et le comité consultant, il n'a presque aucune initiative soit pour l'hygiène de l'établissement, soit pour le choix du personnel, soit pour l'alimentation des malades. Son rôle se borne à ses visites dans les salles et à la consultation de l'ambulatorium. On s'est bien gardé comme toujours quand on a construit les bâtiments de prendre l'avis des médecins, de telle sorte que, s'ils ne laissent rien à désirer au point de vue architectonique, on ne saurait en dire autant pour tout ce qui touche l'hygiène et

verre blanc pour les médicaments destinés à l'usage interne; 2° des flacons carrés bleus pour ceux qui sont destinés à l'usage externe. Cette différence de forme diminue considérablement les chances d'erreur dans l'administration des remèdes. Pendant la nuit, au simple toucher, on reconnaît de suite le genre de médicament dont on a besoin.

Quand le ministre du commerce rendit obligatoire l'étiquette orange : *médicament pour l'usage externe*, je trouvai cette précaution, tout utile qu'elle était, insuffisante pour prévenir les accidents. J'aurais voulu qu'on étendît l'obligation aux formes des vases. Je communiquai cette idée à la Société de pharmacie de Paris. Bussy, qui était alors directeur de l'Ecole de pharmacie, combattit ma proposition, alléguant qu'il y avait un grand nombre de petites officines ou d'officines éloignées des grands centres que cette obligation mettrait dans l'embarras. Imposer aux pharmaciens deux espèces de verrerie, c'était, disait-il, apporter de nouvelles entraves au commerce. J'eus beau mettre ces mesquineries au-dessous de l'intérêt public, Bussy entraîna la Société à passer à l'ordre du jour, tout en reconnaissant cependant que c'était une méthode à recommander à tous ceux qui pourraient l'appliquer. Déjà un certain nombre de pharmaciens ont suivi ces conseils, et c'est dans l'espoir de leur amener des imitateurs que je reviens sur ce sujet.

Si chaque praticien voulait bien faire appel à ses souvenirs, il serait frappé du nombre de personnes qui ont pris une cuillerée de liniment, de collyre ou de gargarisme pour une cuillerée de potion, et il comprendrait l'avantage de pouvoir éviter l'erreur par le simple exercice du toucher, ou pendant la nuit, ou de la part des personnes qui ne savent pas lire. Parmi les erreurs de ce genre dont j'ai été témoin, il en est une que je n'oublierai point. Je fus réveillé par M. B..., magistrat, pour aller porter secours à sa mère, à laquelle on venait de donner une grande cuillerée de laudanum de Sydenham pour une de sa potion habituelle au sulfate de quinine. Je pus expulser de l'estomac, par un vomitif, une certaine partie du poison, et M. C. Paul, survenu, lui fit sur le creux de l'estomac une injection sous-cutanée d'atropine. L'état était des plus graves : il n'y avait que quelques respirations par minute, et M. Chauffard, médecin de la famille, ne put répondre de la vie que trois ou quatre heures après l'accident.

La fiole était pourtant munie de l'étiquette réglementaire couleur orange : *médicament pour l'usage externe;* mais, à la faible lueur de la veilleuse, la garde ne l'avait pas aperçue. Si le laudanum se fût trouvé dans un flacon carré, l'erreur n'eût pas eu lieu; la garde en saisissant le flacon se fût bien aperçue qu'elle ne tenait pas la fiole ronde de la potion.

En outre, on peut remarquer en passant que le pharmacien avait commis une imprudence en délivrant 125 grammes de laudanum quand l'ordonnance du médecin n'en portait certainement pas plus de 30. Ce sont là de ces complaisances que souvent nos clients nous réclament, et qui quelquefois se retournent contre eux.

Quoi qu'il en soit, il nous paraît ressortir de cette triste aventure la nécessité pour le pharmacien d'avoir des flacons appropriés à l'usage des médicaments.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Cardiopathies d'origine spinale. Note présentée à l'Association française (Congrès de Blois), par M. J. Tessier (de Lyon).

Le cadre des affections cardiaques complètement indépendantes de l'endocardite valvulaire rhumatismale ou des diverses dégénérescences du myocarde s'élargit chaque jour; la part du système nerveux dans le développement de ces cardiopathies n'est même plus à démontrer.

Après avoir établi l'existence de pareilles lésions dans le cours de certaines maladies de l'estomac ou du foie, M. Potain nous les a montrées se développant sous l'influence de l'excitation des nerfs périphériques; nous y avons ajouté de notre côté les cardiopathies consécutives aux lésions douloureuses de l'intestin ou des organes du petit bassin. Il y a plus, les affections de la moelle peuvent dans certains cas entraîner des accidents constituant par leur persistance de véritables maladies du cœur et en présentant tous les dangers.

Il est bien entendu que nous ne parlons ici ni des troubles fonctionnels qui, comme dans le goître exophthalmique, peuvent par le surmenage du cœur aboutir à une lésion définitivement constituée, ni des accidents bulbaires si communs dans le cours de certaines myélites, ni même de ces insuffisances aortiques fréquentes dans l'évolution de l'ataxie locomotrice, et qui dépendent non pas de l'ataxie proprement dite, mais du processus diathésique qui a entraîné la sclérose

---

l'aménagement; puis le pharmacien exécute les prescriptions comme il veut; il se moque des recommandations du chef de service, qui n'a aucun moyen de contrôle sur lui. Les infirmiers sont recrutés un peu partout; ils sont d'une ignorance absolue; ils ne peuvent même faire les pansements les plus simples, de sorte que l'aide qu'ils prêtent au médecin est purement virtuelle. Il est rare que plus de trente lits soient occupés à la fois. C'est au moment de la Nativité, de Pâques et de la Pentecôte que le nombre des entrants atteint son maximum. Les pèlerins commencent à arriver vers la mi-décembre. Il n'en vient presque pas pendant l'été et l'automne. On a surtout affaire à des fièvres palustres et à des affections gastro-intestinales. Les pyrexies de la Terre-Sainte ont un caractère larvé spécial qui trompe presque toujours le médecin qu'un long séjour dans le pays n'a pas familiarisé avec elles; elles ont la forme d'une névralgie : sciatique, prosopalgie, etc.

D'autres individus entrent pour des accidents de l'appareil respiratoire qui ressemblent à la bronchite, même à la pneumonie franche; on observe également du catarrhe gastro-intestinal avec hémorrhagies. Ces phénomènes sont tous de même nature; ils tiennent à l'intoxication paludéenne; aucun médicament n'a d'action sur eux, sauf le sulfate de quinine qui les guérit toujours.

Les rhumatismes de différentes formes sont également fréquents; la chose s'explique sans difficulté quand on tient compte des oscillations brusques de température qu'on rencontre à Jérusalem. Il n'est pas rare que le thermomètre marque dans la journée de 30 à 40 degrés centigrades; la nuit il descend, dans certaines saisons, à 8 ou 10 degrés; puis les conditions hygiéniques des pèlerins sont mauvaises; les changements de nourriture, de climat, la fatigue causés par des excursions et des exercices religieux multipliés favorisent de temps en temps le développement parmi eux d'épidémies de fièvre typhoïde graves.

— Une petite scène de comédie a eu son dénouement

des cordons postérieurs. Notre cadre est plus limité, mieux défini par cela même, car il ne comporte que des lésions qui paraissent relever directement de l'altération ou de l'excitation prolongée d'une portion de l'axe rachidien.

La possibilité d'accidents de ce genre était d'ailleurs facile à prévoir; car n'était-il pas logique de supposer que, si des maladies d'organes lointains étaient susceptibles d'entraîner la production d'affections cardiaques transitoires ou permanentes par suite d'une *excitation nerveuse réfléchie* au niveau de la *région cervicale*, à fortiori une irritation ou une lésion portant directement sur ce centre de réflexion serait capable d'entraîner des conséquences analogues.

C'est ce que la clinique d'une part, l'anatomie pathologique de l'autre nous ont démontré.

Parmi les faits que nous avons observés, il en existe de deux ordres : 1° *des troubles trophiques des valvules; 2° des accidents de dilatation cardiaque.*

Parlons d'abord des premiers. M. le professeur Pierret a montré que dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive, lorsque certaines parties de l'axe spinal étaient touchées, des troubles trophiques divers (sudation profuse, taches ecchymotiques, diarrhée, mal perforant, etc.) avaient coutume de se produire. Deux autopsies pratiquées l'année dernière dans mon service du Perron m'ont prouvé qu'à côté de ces altérations de nutrition, il fallait en signaler une nouvelle : *la raréfaction avec perforation du plancher aortique.*

Les deux dessins schématiques que j'ai l'honneur de présenter à la section rendent assez bien compte de la nature de cette altération. Il ne s'agit nullement ici d'un processus athéromateux; la crosse de l'aorte elle-même était indemne dans ces cas; c'est bien un véritable trouble de nutrition qui détermine la résorption des éléments anatomiques, et aboutit à crever la valvule. Dans un de ces deux faits le plancher aortique comptait sept perforations, dont une longue de 7 millimètres. Mais il fait remarquer que ces altérations ne sont pas exclusivement réservées à la myélite systématique des cordons postérieurs.

On peut les retrouver dans d'autres affections chroniques des centres nerveux. Friedreich les a vues, *sans s'y arrêter*, chez de jeunes malades qui ont succombé à cette sclérose associée des cordons postérieurs et des cordons latéraux qu'il a décrite sous le nom d'*ataxie héréditaire;* nous les avons rencontrées très accentuées chez une épileptique jeune, enlevée rapidement par une tuberculose aiguë, enfin nous les avons vues, à un degré ébauché, mais très intéressant, chez une malade, morte de *paralysie agitante* et chez laquelle l'autopsie nous révéla avec une sclérose radiée de la moelle un amincissement tel des valvules aortiques, qu'on ne saurait trouver de meilleur terme de comparaison pour les caractériser qu'une mince feuille de papier de riz imbibée d'eau (1).

Ces faits ont plus que la valeur d'une curiosité anatomique, ils ont leur importance pratique, car ils servent à interpréter le mécanisme de certaines insuffisances aortiques survenues brusquement sous l'influence d'un effort en apparence modéré, et chez des malades qui semblaient avoir les dehors de la santé, ou bien dans l'évolution d'une maladie chronique du système nerveux, alors même qu'elle pouvait paraître peu avancée. Je possède actuellement dans mon service un exemple très remarquable d'un accident de cette nature. Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans, alors affecté d'ataxie locomotrice commençante, qui, sous l'influence d'une marche forcée, pendant une nuit froide fut pris au terme de sa course d'une suffocation brusque avec sensation douloureuse dans la poitrine, et production d'un bruit de souffle violent qu'il percevait lui-même et que ses voisins entendent très bien, quelquefois même à distance, dans la salle d'hôpital. Ce bruit de souffle, comme nous l'avons pu constater depuis, avait très nettement le caractère d'*un piaulement diastolique;* ce qui, en tenant compte des anamnestiques, nous autorisait bien à affirmer l'insuffisance aortique par déchirure valvulaire. On sait d'ailleurs que les dernières recherches de Schroder (de Vienne) ont bien établi la valeur diagnostique de ce piaulement diastolique de la base.

Passons à un second ordre de phénomènes : la *dilatation d'origine spinale.* Ici je n'ai qu'une observation bien positive à fournir, les autres faits que j'ai observés ne me paraissant pas encore assez nets pour servir à une démonstration rigoureuse, et j'aime mieux n'insister que sur un fait bien authentique afin de ne pas obscurcir le tableau.

Voici, en quelques mots, l'histoire d'un malade visé dans mon observation:

M. X..., négociant à Z..., dans le département du Rhône, est victime d'un accident de chemin de fer en 1882. Dans un tamponnement, il reçoit une violente contusion à la nuque, contusion qui fut suivie d'une *périarthrite cervicale*, laquelle nécessita un long traitement sous la direction de M. Ollier et des applications répétées de pointes de feu. Pendant la durée de son traitement, M. X... fut ausculté à plusieurs reprises, et jamais on ne constata rien d'anormal dans ces examens. Au bout de sept ou huit mois, le malade ayant ressenti quelques palpitations accompagnées d'un certain état de dyspnée, on recommença l'exploration du cœur et l'on reconnut très clairement dans la région précordiale l'existence d'un bruit de souffle, souffle qui paraissait bien siéger au premier temps,

(1) Nous avons établi ailleurs (Société nationale de méd. de Lyon, 1883) que les perforations aortiques ne peuvaient être considérées ni comme le fait de l'âge avancé, ni comme des lésions congénitales. — Nous ne faisons que signaler ces recherches pour ne pas nous exposer à des redites inutiles.

---

devant le tribunal de paix de Nemirov en Podolie. Un certain M. Rizo habitant la localité appelle près de sa femme malade le docteur Chapiry. La première personne qu'aperçut le médecin fut une dame dont l'aspect, qui lui rappelait pourtant de doux souvenirs, ne lui allait plus qu'à demi à l'heure actuelle. La conversation s'engagea entre eux sur un ton qui n'était pas précisément idyllique; puis la dame éleva la voix, son interlocuteur se mit au même diapason; la malade, effrayée au dernier point, se bouchait les oreilles et se tordait dans son lit. Son mari fit observer respectueusement au docteur qu'il l'avait appelé pour sa femme et non pour une autre, le pria de vouloir bien l'examiner ou d'aller vider ailleurs sa petite querelle. M. Chapiry était si en colère, qu'il ne tint pas compte de l'avertissement et continua. Le client, impatienté lui-même, le renouvela d'une manière que le jugement qualifie de peu convenable. Tous les deux s'appelèrent devant le magistrat; résultat : 100 roubles d'amende pour le docteur et 75 pour le client. Dr L. Thomas.

Faculté de médecine de Nancy. — *Concours pour la place de chef des travaux anatomiques.* — Un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira à Nancy le 19 janvier 1885. Les aspirants se feront inscrire au secrétariat de la Faculté, *trente jours au moins avant l'époque fixée pour l'ouverture du concours.* Chaque candidat, en se faisant inscrire, produira son acte de naissance, son diplôme de docteur, et, s'il y a lieu, ses états de service dans l'Université.

Société médicale des hôpitaux. — La Société reprendra le cours de ses séances le vendredi 10 octobre.

Ordre du jour : M. Dieulafoy : Des injections sous-cutanées d'acide phénique dans le traitement des fièvres palustres. — M. Dujardin-Beaumetz : Hématémèses très abondantes provoquées par un ulcère simple de l'estomac, traitées avec succès par la transfusion. — Discussion du rapport de M. Vallin sur la prophylaxie de la tuberculose.

mais dont la signification était assez difficile à bien préciser. L'opinion du professeur Bondet fut alors sollicitée. M. Bondet n'eut pas de peine à constater la présence de ce bruit de souffle, il remarqua qu'il était accompagné d'une assez notable augmentation de volume du cœur, et il n'hésita pas à rattacher ces accidents au traumatisme dont M. X... avait été la victime.

L'année suivante, M. X... fut appelé à faire ses vingt-huit jours, le médecin qui l'examina reconnut de son côté la lésion cardiaque, et fit réformer le malade comme atteint de *rétrécissement aortique*. Puis, à la fin de l'année, M. X... ayant intenté un procès à la compagnie du chemin de fer, je fus chargé de rédiger une consultation qui devait être soumise au tribunal, et dans laquelle j'étais prié d'exposer non seulement les résultats détaillés de mon observation, mais d'établir, si possible, la filiation des principaux signes physiques, pour arriver à en formuler la véritable portée.

J'examinai donc le malade avec la plus scrupuleuse attention et à plusieurs reprises : à l'état de repos, à la suite d'une fatigue, avant et après le repas.

Je recueillis des tracés cardiographiques et sphygmographiques, dans ces différentes circonstances et, comme conclusions de ces examens répétés, j'admis « *l'existence d'une dilatation cardiaque simple, portant principalement sur les cavités droites et imputable au traumatisme spinal, avec amélioration possible et même probable après la guérison complète des altérations de la région cervicale, et après la cessation des ennuis causés au malade par le procès en cours* ».

L'événement justifia entièrement mes prévisions. Mon diagnostic reposait sur les signes suivants : très léger abaissement de la pointe, qui était surtout déviée en dehors, augmentation de la matité précordiale dans le sens transversal, bruit de galop droit, faux-pas du cœur assez fréquents, enfin absence de tout signe caractéristique d'une lésion valvulaire; de plus les tracés sphygmographiques s'opposaient absolument à l'admission d'un rétrécissement aortique. D'autre part, les tracés cardiographiques, qui présentaient, au milieu de la courbe correspondant à la systole ventriculaire, une dépression très nettement accusée, me confirmaient encore dans l'opinion que j'avais de la nature du bruit de souffle et m'autorisaient à assigner à celui-ci une *origine extra-cardiaque*. Enfin je n'hésitais pas à rattacher cette lésion cardiaque au traumatisme spinal, car, au moment où le malade éprouva pour la première fois de la dyspnée, des palpitations, il offrit en même temps, du côté de la face, des oreilles et du cou, *des troubles vaso-moteurs* constitués par des rougeurs avec chaleur fort prononcée, *troubles qui trahissent évidemment l'intervention d'une excitation spinale*.

Notre pronostic s'est aussi réalisé de point en point. J'ai revu plusieurs fois ce malade; avec l'amélioration de son état général, la disparition de tout phénomène inflammatoire du côté du cou, la dilatation cardiaque s'est atténuée, le souffle ne se perçoit qu'à de rares intervalles; la fatigue, il est vrai, lui occasionne encore de la dyspnée, des intermittences et un peu d'oppression. Mais, le cardiographe en main, on peut apprécier le degré exact des conséquences de la fatigue, puisque, au bout d'un quart d'heure de repos, le tracé recouvre à peu près les caractères du tracé normal.

Telle est cette observation, qui a son importance non seulement au point de vue de la pathogénie des affections du cœur, mais qui n'est pas sans intérêt pour le médecin légiste.

En résumé, voici une double série de faits qui me paraissent dignes d'intérêt et démontrer la participation de la moelle dans le développement des cardiopathies : 1° troubles valvulaires trophiques d'une part; 2° dilatations cardiaques de l'autre. On sera sans doute forcé d'élargir encore le cadre; déjà nous entrevoyons d'autres modalités des lésions cardiaques d'origine cérébro-spinale, mais les notions que nous possédons ne sont pas encore assez précises pour être nettement formulées aujourd'hui; elles feront l'objet d'une communication ultérieure.

Hygiène et médecine publique.

Considérations sur la mortalité des enfants du premier âge dans la ville de Rouen, notamment pendant l'été, mémoire lu au Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences, à Blois, par M. le docteur Ch. Deshayes.

La statistique nous apprend que le département de la Seine-Inférieure, et notamment ses deux grandes villes, Rouen et le Havre, ont le triste privilège d'occuper un des rangs les plus élevés sur les tables de la mortalité générale du pays. Alors que certaines villes d'Europe ont vu cette mortalité s'abaisser, grâce, il faut bien le dire, à l'application mieux comprise des lois de l'hygiène; alors que Genève, Londres et Bruxelles n'offrent plus qu'une mortalité de 16, 21 et 24 pour 1000, nous en sommes encore à Rouen et au Havre au chiffre minimum de 33.

Est-ce à dire que nous restons, dans notre département, complètement réfractaires au progrès; que nos habitations, nos rues, nos fosses d'aisances, nos écoles n'aient point été, depuis quelques années surtout, de la part d'une municipalité intelligente et dévouée à l'intérêt public, l'objet de réformes sérieuses? Nullement. Pourquoi donc à Rouen, pour ne citer que le chef-lieu du département, la mortalité reste-t-elle si élevée? C'est que les causes en sont multiples, et que l'état sanitaire d'une grande ville vieille de deux mille ans ne se modifie pas, ne se transforme pas d'une année à une autre.

Nous aurions donc mauvaise grâce, nous serions coupables, chacun dans la mesure de nos responsabilités, de ne pas voir ce qui est :

On meurt beaucoup trop à Rouen, telle est la vérité;

On peut y mourir moins; il est des maladies *évitables*, contagieuses, qu'on peut combattre ou diminuer tout au moins, voilà ce qu'il faut dire.

A un autre point de vue, au point de vue patriotique, et ce n'est pas en France que le patriotisme fait défaut, ne sommes-nous pas forcés de reconnaître que la France est inférieure aux autres grandes nations, à l'Amérique, à l'Angleterre et à la Prusse, sur le terrain de la repopulation?

Car enfin, s'il est permis de mettre en doute les statistiques locales, il est une autre vérité que personne ne conteste, c'est la lenteur de l'accroissement de la France.

Le doublement de la population en France a besoin de 198 ans pour se faire, alors que celui de la Russie s'opère en 56 ans.

Ne nions donc pas l'évidence, et cherchons ensemble les moyens de nous relever.

Or, en tête des causes qui déterminent notre état d'infériorité aux autres nations, il faut placer la mortalité considérable des enfants du premier âge.

La loi Roussel, depuis 1874, en a sauvé beaucoup; mais combien encore il reste à faire sur ce terrain, et c'est sur quoi je désire maintenant appeler votre attention.

L'été exceptionnellement chaud que nous venons de subir a été la cause évidente d'une mortalité vraiment effrayante chez les enfants du premier âge à Rouen.

En juillet et en août, le thermomètre s'est élevé, dans certains jours : à l'ombre, à 32 degrés, et au soleil, à 45 degrés.

Aussi avons-nous eu un très grand nombre de cholérines chez les enfants. Il est de toute évidence que les enfants résistent moins bien aux grandes chaleurs qu'au froid. Pourquoi?

Les habitants des pays chauds savent combien sont dangereux les refroidissements, ceux surtout qui portent sur l'abdomen, d'où l'usage d'appliquer sur le ventre des flanelles

et des lainages. Or ici je ne crois pas qu'on puisse attribuer au refroidissement les diarrhées cholériformes.

Chacun de nous connaît l'influence de l'âge sur la puissance de résistance au froid, et W. Edwards a montré que de tous jeunes animaux pouvaient, sans mourir, être refroidis jusqu'à 17, 14 et 13 degrés; il en est tout autrement de la chaleur, et s'il est vrai que la chaleur favorise les manifestations de la vie, une chaleur extrême est contraire au rouage de l'organisme de l'enfant.

W. Edwards a posé la règle suivante : « Si l'on abaisse la température du corps de deux individus de même espèce d'un égal nombre de degrés, le plus jeune en souffrira le moins, et sa santé se rétablira plus parfaitement. »

L'expérience nous apprend que le contraire a lieu pour la chaleur, dans nos climats tout au moins, et que plus l'enfant est jeune, moins il offre de résistance.

Il est bon de ne pas confondre ici le refroidissement, si dangereux pour le nouveau-né, avec la résistance au froid.

Ces faits sont du reste acquis depuis longtemps à la science.

Quelle que soit, dit Gavarret (CHALEUR ANIMALE, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*), l'énergie de la résistance de l'homme à l'échauffement dans les milieux à température élevée, son économie est profondément troublée par cette lutte, ses fonctions sont altérées; il y aurait danger réel à le maintenir trop longtemps dans des conditions semblables. Tout démontre que son organisation lui fournit bien plus de ressources pour se défendre longtemps et avec succès contre des températures extérieures très basses que pour supporter l'influence d'une atmosphère dont la température dépasse d'un grand nombre de degrés celle de son propre corps.

Or qu'avons-nous vu par ces températures surélevées? Un grand nombre d'enfants, non seulement du premier âge, mais aussi de quatre, cinq et six ans, *déprimés* par la chaleur. Plusieurs d'entre eux présentaient, la nuit surtout, des phénomènes anormaux et de caractère inquiétant : les uns, agités, ont le pouls fréquent, sans élévation du thermomètre; on les croirait, tout d'abord, sous l'imminence de convulsions et d'un état méningitique.

Le médecin, peu habitué à observer ce genre de symptômes, est tenté d'avoir recours aux antispasmodiques, au bromure de potassium, etc.

Ce n'est pas de l'asphyxie, mais un état nerveux particulier. Vient-on à renouveler l'air de la chambre, aussitôt le calme de se rétablir. Un grand bain de courte durée le matin au réveil complétera le retour de l'équilibre.

Voilà pour la classe aisée; mais qu'adviendra-t-il de l'enfant de la classe ouvrière et surtout indigente?

Faut-il redire ici ce que tant de fois déjà ont démontré les Sociétés protectrices de l'enfance, l'Académie de médecine et tous les hygiénistes, à savoir que le séjour confiné des grandes villes, les logements insalubres, l'encombrement des habitants, la mauvaise qualité du lait sont les causes principales de l'athrepsie des enfants des villes, de même que l'athrepsie est la porte ouverte à tous les maux, et surtout à la cholérine ?

Tout récemment je signalais à la mairie de Rouen une habitation de la rue Saint-Julien, au n° 109, qui donne asile à trente-cinq ménages : chaque ménage a plusieurs enfants. La maison, qui a coûté 11 000 francs au propriétaire, lui donne un revenu de 5 600 francs. La cour n'est jamais lavée. Dire l'état de saleté et de puanteur de cette cour est indescriptible. Aussi tous les enfants de cette maison ont-ils payé leur tribut à la cholérine.

Déjà, en 1876, j'écrivais dans ce journal les lignes suivantes : « Que le lait de la mère, qui est de beaucoup préférable, soit remplacé par du bon lait de vache, naturel, non frelaté; que les mères de famille et les nourrices perdent cette néfaste habitude, qui pour elles toutes est la règle, et qui consiste à nourrir les nouveau-nés, tantôt par de l'eau de gomme, du gruau, de l'orge ou des panades, tantôt, au contraire, par des soupes très épaisses et indigestes; qu'une hygiène bien entendue, la propreté, l'aération, viennent en aide, et une nouvelle génération grandira plus nombreuse et plus valide. »

En ce qui me concerne, je me suis efforcé de répandre ces données dans les classes ouvrières, et je voudrais voir partout les commissions d'hygiène organiser périodiquement dans les centres manufacturiers des causeries, lectures ou conférences sur ce sujet.

Pourquoi ne pas faire pour les enfants ce que les Sociétés agricoles font pour les animaux et pour les engrais chimiques?

Que le pharmacien, que la sage-femme, que l'instituteur apprennent donc les premières données de l'hygiène.

On a reproché au biberon en caoutchouc, à la tétine mal nettoyée, d'occasionner les cholérines. Je n'en crois rien. Assurément le sein des paysannes du Blésois vaudra toujours mieux qu'une tétine, mais en vérité là n'est pas le danger.

Les vraies causes, ce sont celles que j'ai citées plus haut.

Il est encore cependant une autre plaie de notre organisation sociale sur laquelle je veux également attirer votre attention, et qui résulte, pour l'enfant du pauvre, du manque de soins médicaux, ou tout au contraire d'une médication intempestive.

En vain multiplie-t-on bureaux de bienfaisance et dispensaires, la femme de l'ouvrier préfère l'officine : ce que j'écrivais en 1876 est resté vrai en 1884.

Dès la plus légère indisposition, l'enfant est conduit à l'officine des pharmaciens, lesquels s'empressent de faire supprimer le lait pour y substituer une série de potions et de breuvages toujours inutiles, souvent dangereux; alors aussi les purgatifs entrent en jeu, calomel et autres, jusqu'à ce que l'épuisement complet s'ensuive, et que, prévoyant une mort prochaine et inévitable, la mère ou la nourrice s'adresse enfin au médecin, dans la crainte que celui-ci ne refuse un certificat de décès.

Qu'on le sache bien, cette médicamentation des enfants en bas âge, non seulement par les pharmaciens diplômés, mais encore par leurs élèves et leurs aides, est des plus pernicieuses, et devient une cause puissante de mortalité.

J'en dirai autant des sages-femmes, et tant qu'une loi sévère et très rigoureusement appliquée ne viendra pas mettre un frein à ces abus, les enfants mourront par milliers.

Pour ma part, je déplore amèrement cette ingérence des pharmaciens, sachant par expérience combien est difficile et délicate la direction médicale des nouveau-nés.

En résumé, cette mortalité, cause principale de la dépopulation, tient surtout à l'hygiène mal comprise, mal dirigée des nouveau-nés.

Un mot encore sur la constatation des décès, et je termine.

A Rouen, comme probablement ailleurs, les certificats de décès sont délivrés par le médecin traitant : rien de plus simple lorsqu'il s'agit d'une famille riche ou bourgeoise. La mort étant survenue, ou bien le médecin va réellement à domicile constater le décès, ou assez souvent, quelques heures après avoir annoncé une fin imminente, il délivre à son cabinet le certificat de décès sur l'attestation d'un des parents, voisins ou domestiques du mort. Dans cette dernière hypothèse, en affirmant que le décès est constant, il commet bien une légère infraction à la loi, laquelle est formelle, et réclame la constatation *de visu et tactu;* mais on peut dire que, en pareille circonstance, les intérêts de la société ne se trouvent jamais compromis. Les rigoristes, à la vérité, et on ne saurait trop l'être en pareille matière, pourraient arguer de cas non douteux de morts apparentes, d'inhumations précipitées, etc.; mais de pareilles erreurs sont rares à notre époque.

Il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de la classe pauvre, des indigents inscrits ou non inscrits au bureau de bienfaisance. S'il s'agit des indigents proprement dits, des

familles réellement inscrites, les irrégularités commencent; mais quoique fatales, elles sont, disons-le vite, encore très rares. En effet, le plus souvent, l'enfant malade a passé par la consultation. Il a reçu la ou les visites du médecin et de la sœur, et, s'il succombe, le décès est régulièrement constaté.

Mais à côté des indigents inscrits il est toute une classe de pauvres non inscrits, non enregistrés, n'ayant aucun droit officiel aux secours gratuits. Les dispensaires, me dira-t-on, les hôpitaux leur sont ouverts : c'est vrai; mais la mère de famille, chargée d'enfants, se déplace difficilement; l'hospice est loin, elle n'aime point y aller.

Qu'advient-il si l'enfant meurt? Pour obtenir un certificat de décès, elle ne peut s'adresser au médecin consultant de l'hospice ou du dispensaire, ni au médecin du bureau de bienfaisance, déjà trop chargé.

Au médecin du quartier? C'est ce qui a lieu ordinairement. Mais celui-ci, qui n'a point visité l'enfant malade, peut refuser ses services. Ne serait-il pas plus simple, en pareil cas, que la famille pût s'adresser au commissaire de police du quartier, lequel délivrerait un bon de visite, à l'exemple de ce qui a lieu pour les visites de nuit?

Il faut bien avouer que, sous tous ces rapports, l'organisation de la médecine publique en France est par trop primitive. D'autre part, n'est-il pas barbare, je vous le demande, de voir que des familles chargées d'enfants et n'ayant, le plus souvent, qu'une ou deux pièces étroites, se trouvent par le fait du décès d'un des leurs obligées de manger, de coucher et dormir avec leur mort? C'est assez et déjà trop que d'avoir à constater leur promiscuité en bonne santé. Pourquoi des villes importantes comme Rouen et le Havre ne créeraient-elles pas un ou plusieurs obitoires (maisons mortuaires), où les familles pauvres, gratuitement ou moyennant une légère rétribution, auraient la faculté de venir déposer leurs morts jusqu'au moment de l'inhumation?

Ce que l'humanité indique, ne croyez-vous pas que l'hygiène le réclame plus encore? Vienne une épidémie de choléra, de variole, de scarlatine ou de diphthérie, qu'il s'agisse, en un mot, d'une maladie contagieuse, et voilà toute une maison menacée.

Avec l'obitoire rien de semblable, car on aura soin de l'approprier, c'est-à-dire de le désinfecter, *intus et extra*. Objectera-t-on que ce sont encore là des créations nouvelles, des dépenses imprévues?

Nous répondrons par cette belle maxime de notre savant collègue et ami le docteur Rochard :

« Pour les sociétés, le gaspillage de la vie humaine est le plus ruineux de tous. Toute dépense faite au nom de l'hygiène est une économie. »

En conséquence, nous formulons les vœux suivants :

1° Que la falsification du lait ou son adultération soit sévèrement punie;

2° Que défense absolue soit faite aux pharmaciens de délivrer aux enfants un médicament actif, sans ordonnance de médecin, sous peine d'amende;

3° Que tous les décès soient régulièrement constatés à domicile, et, en cas d'indigence, sur un bon du commissaire ;

4° Enfin qu'il soit créé dans les grandes villes un ou plusieurs obitoires.

CORRESPONDANCE

L'opium contre le choléra.

M. le docteur Netter (de Nancy) nous écrit, au sujet de l'article de M. Cunéo (*Gazette hebdomadaire*, n° 39, p. 642), pour déclarer qu'il n'a pas entendu accuser notre savant confrère de Toulon de créer, par l'*abus* de l'opium, une forme non asphyxique de choléra. Il soutient seulement qu'une *dose ordinaire* d'opium, donnée au début contre la diarrhée commençante, peut amener des effets narcotiques après un temps très éloigné de l'administration du remède. Il est porté à attribuer cete apparition tardive du narcotisme à la diminution de la filtration rénale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 29 SEPTEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

Traitement du choléra. — Rapport de M. *Richet*. — Des nouvelles communications adressées à l'Académie pour le concours du prix Bréant, aucune ne présente de valeur réelle, tout au moins au point de vue pratique. Les unes ne méritent même pas d'être mentionnées; les autres, telles que celles de M. Netter ou de M. Alliot, ne sont fondées que sur des idées théoriques, et proposent ou de revenir à une médication déjà ancienne consistant à administrer des torrents de boissons aux cholériques ou à traiter ceux-ci par la pilocarpine.

État sanitaire de l'isthme de Panama. — Rapport de M. *Régnier*. — M. Larrey lit quelques extraits de ce rapport tendant à montrer : 1° que les conditions climatériques de l'isthme de Panama n'ont aucune action fâcheuse sur l'organisme des Européens; 2° que l'état sanitaire y est aussi satisfaisant que possible, grâce aux sages et prévoyantes mesures prises par l'administration des travaux du canal, et que la mortalité n'y est pas plus considérable que dans nos climats.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 30 SEPTEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY, ANCIEN PRÉSIDENT.

M. le docteur *Oulmont*, médecin des hôpitaux, informe l'Académie que son oncle M. le docteur Oulmont a légué à celle ci une rente annuelle de 1000 francs, destinée à constituer un prix qui devra être décerné, en son nom, à l'interne lauréat de la médaille d'or. Dans le cas où le concours de l'internat disparaîtrait, cette rente serait distribuée en un prix de thérapeutique. M. Oulmont lègue, en outre, à l'Académie son portrait sous forme de médaillon en bronze.

M. le docteur *Dumontpallier* envoie le rapport qu'il a rédigé, au nom de la Société médicale des hôpitaux de Paris, sur *la revaccination obligatoire dans les lycées et collèges*. (*Commission de vaccine.*)

M. *Couvy*, professeur honoraire de l'Ecole de pharmacie de Montpellier, adresse une *Note* manuscrite et des documents relatifs à l'*emploi du soufre comme parasiticide contre le choléra et sur la cause qui produit l'épidémie cholérique*.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Dransart*, une brochure sur *le traitement de la myopie progressive* ; 2° de la part de M. le docteur *Curci* (de Messine), deux mémoires imprimés ayant pour titre : *Sull' azione biologica dell' acido asinico* et *Sull' azione del piombo et sul saturnismo*.

M. *Legouest* présente, au nom de M. le docteur *Paoli*, médecin principal d'armée, un livre intitulé : *Les accidents de l'organisme et leurs soins*.

M. *Larrey* fait hommage, de la part de M. le docteur *Gavoy*, médecin-major de l'hôpital militaire de Versailles, un *Pli cacheté*, contenant la description d'un *cérébrotome* et celle d'un *stéthoscope amplificateur*. M. *Larrey* fait aussi don du tome VI de la 8e série des *Mémoires de l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse*.

Choléra. — M. *Rochard* reprend la discussion sur le choléra par un brillant discours dans lequel il s'attache à relever les diverses assertions émises il y a quinze jours par M. Jules Guérin; il faut d'ailleurs constater que celui-ci, malgré certaines restrictions, a reconnu que le choléra peut se transmettre, d'où il suit que sa transportation a besoin d'être surveillée par des mesures quarantenaires. — M. Guérin s'est prononcé en faveur de l'unicité du choléra sporadique et du choléra asiatique; mais le premier n'est-il pas une maladie bénigne, un mal d'aventure qui ne se montre que sous forme de cas isolés, tandis que le second évolue

toujours sous forme d'épidémies envahissantes? Faut-il invoquer une certaine similitude de symptômes, comme si elle pouvait impliquer la similitude des causes? Rien ne ressemble au tétanos comme l'empoisonnement par la strychnine, rien ne simule mieux le choléra que certaines formes de fièvre pernicieuse; au sortir d'une attaque de choléra sporadique, les malades passent pour ainsi dire de l'état brusque à l'état de santé à peu près parfait, tandis qu'avec le choléra indien, comme l'a montré Chauffard, lorsque la terminaison est heureuse, la convalescence n'en reste pas moins très longtemps douteuse et sujette à des alternatives et à des complications dangereuses, comme à la suite de toutes les maladies infectieuses. — M. Guérin prétend que le choléra n'est jamais importé et qu'il naît sur place, sous l'influence d'une certaine constitution médicale; les preuves abondent contre cette manière de voir, et il n'est pas une seule épidémie de choléra dont l'observation ne plaide en faveur de l'importation, que la maladie soit venue par la voie de terre ou par la voie maritime; M. Rochard en énumère un très grand nombre, dont plusieurs d'après les récits de médecins anglais, notamment du docteur Smart; l'épidémie actuelle à Toulon, dont la marche ressemble point pour point à celles qui ont frappé antérieurement cette ville, n'échappe sans doute pas à cette loi, bien que le mode d'importation n'ait pu encore être constaté; en tout cas il est prouvé qu'aucune constitution médicale n'y existait auparavant. — On ne saurait donc admettre, avec M. Jules Guérin, qu'il soit inutile de chercher à barrer le passage contre l'invasion de cet ennemi exotique et qu'il faille se borner à observer rigoureusement les lois de l'hygiène, à disséminer les malades et à traiter activement la diarrhée prémonitoire; si les quarantaines terrestres et les cordons saninaires sont impraticables au milieu de populations agglomérées, il n'en est pas de même des quarantaines maritimes, qu'il faudrait pouvoir établir d'une façon sérieuse et efficace aux portes d'entrée du choléra, dans la mer Rouge, suivant un mode uniforme et conformément à un Code international. Il serait, d'autre part, imprudent de vouloir disséminer les malades en cas d'épidémie, hors des localités atteintes; si une pareille mesure est possible pour des réunions d'individus dont on est le maître, comme les troupes de la marine et de la guerre et les équipages de la flotte, qui n'ont à Toulon, grâce à leur dissémination, qu'une mortalité de 9 par 1000 (au lieu de 24 par 1000 dans la population civile) il n'en est plus de même pour la population misérable d'une ville, qui va alors s'entasser aux alentours dans de déplorables conditions de salubrité. M. Rochard serait aussi d'avis de supprimer, même par la force, le pèlerinage de la Mecque, qui est une menace perpétuelle pour l'Europe.

M. *Jules Guérin* réplique qu'il n'a pas vu dans l'argumentation de M. Rochard un seul argument capable d'ébranler ses convictions et de constituer une preuve à l'appui de la doctrine défendue par celui-ci. Ce qui caractérise, suivant lui, la science moderne, ce qui la distingue de l'ancienne, c'est le soin de faire la preuve de ce que l'on avance; or le discours de M. Rochard ne contient pas de preuves, ni en ce qui concerne la différence du choléra nostras et du choléra asiatique, ni en faveur de l'importation de la maladie, et encore moins pour la défense des mesures quarantenaires. Il maintient que dans toute épidémie cholérique il y a des cas ébauchés, des diarrhées prémonitoires, des cholérines qui annoncent l'invasion de l'épidémie; pendant tout le cours de celle-ci peuvent se montrer également, à côté des cas foudroyants, des cas ébauchés, atténués, semblables à ceux du début et qui montrent qu'il s'agit bien de la même maladie, comme le démontreraient, suivant M. Jules Guérin, les faits observés à Toulon, à Marseille, à Aix, etc. Depuis quarante ans, il travaille à saper les fondements des vieilles doctrines qui ont donné naissance aux quarantaines, aux cordons sanitaires, aux lazarets; il reconnaît cependant que l'on a fini par abandonner peu à peu la plus grande partie des mesures prohibitives aussi vaines que vexatoires, et que l'on est arrivé, comme dernier refuge, à se contenter des quarantaines maritimes. Les contacts maritimes auraient-ils donc une plus grande gravité, au point de vue de la contagion, que les autres contacts? Au reste, ce qui démontre l'inanité des caractères différentiels entre le choléra nostras et le choléra asiatique, c'est la difficulté que la Commission officielle nommée pour aller étudier le choléra à Toulon a éprouvée à distinguer le choléra de Toulon du choléra de l'Inde. Les hésitations si longues de cette Commission, qui n'a pu se décider qu'au bout de plusieurs jours, sont la plus éloquente des preuves.

M. *Rochard* laisse à M. Brouardel le soin de répondre en ce qui concerne l'épidémie de Toulon et l'utilité des quarantaines, il ne veut retenir dans les objections de M. Jules Guérin que ce qui est relatif aux cas de choléra bénin observés pendant que l'épidémie sévit pendant toute sa rigueur. Il ne fait nulle difficulté de reconnaître qu'il en est du choléra comme de la fièvre typhoïde, de la fièvre jaune, etc., et qu'il est de l'essence même de toutes ces grandes maladies de présenter des formes frustes, atténuées, bénignes pour tels ou tels individus, dans telles ou telles conditions de milieu. — Ce que vous admettez comme possible pendant la durée de l'épidémie, interrompt M. *Jules Guérin*, je l'admets aussi avant et après l'épidémie.

M. *Brouardel* tient à rappeler que les hésitations que M. Jules Guérin reproche à la Commission envoyée à Toulon par le gouvernement pour étudier l'épidémie qui s'était déclarée dans cette ville et pour en déterminer le caractère n'ont pas été aussi longues qu'on veut bien le dire, puisqu'au bout de trois jours, la Commission était fixée. Pour répondre au gouvernement qui avait intérêt à savoir si le choléra de Toulon se propageait, il fallait attendre que des faits de propagation se fussent manifestés, et c'est lorsque cette manifestation a eu lieu, que la Commission a pu seulement renseigner le gouvernement sur ce point essentiel. Quant à la diarrhée prémonitoire, la Commission a interrogé à ce sujet tous les médecins de Toulon, la plupart anciens médecins de la marine, ayant déjà vu le choléra; tous ont déclaré que l'épidémie de Toulon n'avait pas été précédée de diarrhée. En ce qui concerne les quarantaines, jamais la Commission n'a défendu les quarantaines terrestres, par la raison que ces quarantaines sont inutiles et dangereuses. Lorsqu'un cordon sanitaire est placé autour d'une ville infectée, il est impossible d'empêcher les hommes qui forment ce cordon d'entrer en contact avec les habitants de la ville et d'être infectés à leur tour; ils deviennent donc des foyers de contagion et partout où de pareils cordons ont été placés il a fallu, au bout de quelque temps, les reporter plus loin, devant la marche de plus en plus envahissante de l'épidémie. Un navire, au contraire, est toujours facile à isoler et l'on peut toujours l'empêcher de propager la maladie; on pratique ainsi l'isolement à l'aide de substances non contaminables, tandis qu'avec le cordon sanitaire il s'agit toujours de matières susceptibles.

M. *Jules Guérin* déclare avoir été le premier à montrer devant l'Académie que les causes infectieuses n'ont jamais une action identique et absolue et se produisent avec des apparences diverses. Aujourd'hui M. Rochard admet ce progrès autrefois contesté; il faut bien en effet l'admettre pour le choléra, aussi bien que pour la fièvre typhoïde, le charbon, et en général toutes les maladies infectieuses. D'autre part, M. Jules Guérin maintient qu'il y a eu à Toulon des cas de choléra ébauchés qui ont précédé l'invasion de l'épidémie et qui l'ont annoncée. Si les médecins de Toulon et la Commission n'ont pas vu ces cas, c'est parce qu'ils étaient imbus de doctrines fausses, qui les ont empêchés de voir. Il répond enfin à M. Brouardel que sans les mesures quarantenaires maritimes et terrestres et les autres mesures de fausse prophylaxie

auxquelles on a eu recours pour combattre l'épidémie actuelle, l'Europe n'aurait pas été en proie à un aussi grand affolement, si préjudiciable au commerce du monde. Il ne croit que dans une certaine mesure à la contagion du choléra ; au reste, les conditions de la contagion des maladies sont extrêmement variables ; les maladies les plus habituellement contagieuses, comme la rougeole, la variole, la scarlatine, etc., ne le sont pas toujours, car les médecins qui donnent des soins à des individus atteints de ces maladies sont rarement atteints eux-mêmes. Suivant lui, le choléra ne serait pas une maladie absolument contagieuse, mais plutôt une maladie infectieuse. — Il y a longtemps que nous le disons, objecte M. *Brouardel*.

Puisque M. Jules Guérin déclare n'avoir confiance que dans les faits scrupuleusement constatés, dit M. *Le Roy de Méricourt*, je rappelle les suivants à l'Académie : en 1854, à bord d'un vaisseau mouillé dans la mer Noire et en communication par des courriers avec Constantinople où régnait le choléra, sans qu'il y ait eu aucun cas de diarrhée, mais seulement de fièvre typhoïde, un typhique fut atteint subitement de la maladie et dans la journée plusieurs cas se succédèrent ; on essaya aussitôt de renouveler l'air en appareillant, mais il fallut bientôt revenir au mouillage, les hommes tombaient comme foudroyés dans leur service. Aucun n'eut de diarrhée prémonitoire. Une autre fois, la frégate la *Calypso* fut chargée de prendre à terre 402 cholériques militaires, aucun des hommes employés à cette besogne ne fut atteint. Sur les vingt vaisseaux de l'escadre, il n'y eut que les matelots qui contractèrent l'affection ; ni un officier, ni un médecin ne furent malades. Enfin, l'un des bâtiments, dont l'équipage avait perdu 85 hommes sur 530, fut chargé de rapatrier un bataillon de zouaves ; celui-ci fut décimé par le choléra, pas un marin ne fut frappé, malgré la promiscuité complète entre les matelots et les malades. Il convient donc d'être très réservé sur les modes de propagation du choléra. — Cela prouve que la contagion de cette affection est un fait essentiellement contingent, déclare M. *Jules Guérin*.

REVUE DES JOURNAUX

Quelques remarques sur l'étiologie de la malaria, par M. Marchand. — Marchand a fait quelques recherches sur ce sujet mis à l'ordre du jour par les beaux travaux de Laveran. Suivant lui, il reste dans le sang, pendant le premier stade de l'accès intermittent, de petits bâtonnets caractéristiques, armés à leurs extrémités et parfois à leur milieu de petits renflements ; ces bacilles seraient mobiles spontanément et flexibles.

L'auteur n'ose pas affirmer que de pareils bâtonnets n'existent pas dans le sang d'individus bien portants ou atteints de maladies différentes. Il fait remarquer, d'autre part, que dans certaines circonstances, la destruction des globules rouges peut donner lieu à des formations très semblables à celles qui ont été décrites par les observateurs. Laveran aurait été victime d'une erreur de ce genre. (*Archives de Virchow*, t. LXXXVIII, fasc. 1.)

La théorie parasitaire de la fièvre intermittente, par M. Corre. — Dans cette revue critique, Corre fait le procès de la théorie parasitaire de la fièvre palustre et spécialement de la doctrine de Laveran. Il rappelle que chaque auteur a son parasite, que le sang examiné est toujours en contact avec l'air qui a pu y introduire quelques-uns de ses innombrables microbes avant d'arriver sur le champ du microscope ; que les inoculations sur les animaux (réfractaires à la maladie), sont sans valeur ; que les phénomènes observés chez les animaux mis en expérience ne diffèrent guère de ceux que produirait chez les mêmes animaux l'injection d'eau impure.

Dans un autre ordre d'idées, Corre nous apprend que lui et d'autres observateurs ont trouvé dans les lieux réputés les plus dangereux au point de vue de la malaria, l'air et l'eau pauvres en corpuscules organisés. Beaucoup de médecins et des plus habiles et des plus compétents, ont recherché dans le sang des impaludés des éléments spéciaux qui pussent expliquer la nature de la maladie, mais sans succès. Enfin il attire l'attention « sur la non-contagiosité, qui est un argument décisif contre la doctrine de l'infectieux animé ». Cette dernière raison ne paraîtra pas suffisante.

« Quel est donc l'agent malarien ? Je ne saurais répondre à cette question, dit Corre, mais je puis déclarer que, selon ma conviction, la cause de la fièvre intermittente réside dans certaines conditions telluro-météorologiques qui engendrent un principe contaminateur *de nature chimique.* » (*Arch. de méd. nav.*, 1882, n° 7.)

Méthode pour le diagnostic des lésions fonctionnelles de l'estomac, par MM. Gluzinski et Jaworski (de Cracovie). — Après que l'on s'est assuré la veille que l'estomac ne contient pas de restes d'aliments, on fait avaler le matin, un blanc d'œuf dur avec 100 grammes d'eau distillée. Au bout de cinq quarts d'heure, on ajoute 100 autres grammes et l'on retire par aspiration le contenu de l'estomac.

Si les fonctions s'accomplissent normalement, le liquide est clair ou opalescent, mais sans matières solides ; sa réaction est neutre ou à peine acide et le violet de méthyle n'y décèle pas d'acide chlorhydrique ; filtré, il ne donne aucune réaction de peptone ou de syntonine ; le microscope n'y décèle ni organismes ni cellules.

Dans les cas où c'est l'acte de la digestion lui-même que l'on doit supposer troublé, il faut aspirer le contenu stomacal au bout d'une demi-heure. En pareil cas, si la digestion se fait normalement, la moitié seulement des parcelles d'œuf existent ; les bords sont rongés par le suc gastrique. Filtré, le liquide est nettement acide et l'on peut démontrer la présence de l'acide chlorhydrique, de la syntonine et des peptones (cette dernière réaction peu accusée).

Lorsque les fonctions ne s'accomplissent pas normalement, les résultats de l'examen sont fort différents.

Les parcelles d'œuf n'ont pas disparu ; elles sont rougies et gonflées lorsqu'il y a excès d'acide gastrique, compactes et sans changement lorsque l'acide fait défaut.

Le liquide est trouble, coloré, parsemé de flocons jaunâtres. Au bout de cinq quarts d'heure, comme au bout d'une demi-heure, le liquide aspiré est très acide ou pas acide du tout. Souvent la réaction des peptones est encore excessivement accusée, l'examen histologique démontre la présence de corpuscules de mucus colorés par la bile, des noyaux de cellule ou d'organismes de la fermentation. Si l'on détermine, d'autre part, la capacité vitale et la contractilité de l'estomac (d'après la méthode de Jaworski), on se formera une très bonne idée de l'état de l'organe examiné.

Les auteurs ont la prétention de faire pénétrer leur méthode dans les cliniques : elle nous paraît bien compliquée, bien longue et bien incertaine. (*Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 33.)

Travaux à consulter.

Traitement des affections de la plèvre par la résection des côtes, par M. A. v. Pujky. — Cinq observations. L'auteur distingue la thoracocisssion de la thoracoplastique : la première opération ne comportant que la résection d'un petit morceau de côte, la seconde représentant l'opération d'Estlander. La première serait indiquée dans la pleurésie suppurée, dans le pneumothorax des phthisiques, dans l'opération des hydatides du poumon ; la seconde, dans l'empyème chronique, avec compression du poumon et épaississement des feuillets pleuraux, et dans l'extirpation des néoplasmes. (*Archiv für klin. Chirurgie*, t. XXX.)

Des antidotes, par MM. Brunton et Cash. — En administrant à des grenouilles des sels de potasse, on arrive à les rendre, jusqu'à un certain point, réfractaires soit à l'action de la vératrine, soit à celle du baryum. (*Centralb. für med. Wiss.*, 1884, n° 31.)

De l'immunité relative des montagnards vis-a-vis de la tuberculose, par M. Adam. — Dans les montagnes de la Silésie, déjà à partir de 500 mètres d'altitude, la population autochtone est rarement atteinte de phthisie, ce qui ne tient pas seulement à la raréfaction de l'air, mais encore à sa pureté, au travail en plein air, à la bonne eau, etc. Même dans les contrées les plus salubres, la mortalité par phthisie augmente par les mariages entre tuberculeux, par l'immigration, par l'industrie. (*Verhand. des 12. schlesischen Bädertages*, 1884.)

De la conjonctivite blennorrhagique des enfants, par M. Hirschberg. — Six observations chez des fillettes. Au point de vue du traitement, l'auteur recommande : de protéger le second œil lorsqu'il n'est pas atteint; de maintenir jour et nuit de la glace sur l'œil en suppuration; si la glace n'est pas supportée, ou s'il y a des fausses membranes, de placer dès le début des compresses tièdes chlorées; dès que la tension de la muqueuse a diminué, d'employer les solutions astringentes : plomb, 2 pour 100; nitrate d'argent, 2 à 2 1/2 pour 100. (*Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 33.)

Emploi des antiseptiques en ophthalmologie, par M. Sattler. — Expériences faites sur les micrococcus du sac lacrymal et les bactéries du jequirity. Dans ce cas spécial, l'eau chlorée dépasse de beaucoup tous les autres antiseptiques; vient ensuite le sublimé, la résorcine et l'hydroquinone, la solution aqueuse concentrée d'acide salicylique. Au contraire, l'acide borique, l'alcool, l'iodoforme et l'eau oxygénée n'agissent que peu ou point. (15e *réunion de la Société d'ophthalmologie à Heidelberg*, 1883.)

Un cas d'ulcère rond du vagin, par M. Zahn. — Découvert à l'autopsie d'une femme de soixante-seize ans. L'ulcération siégeait à la partie supérieure et postérieure; comme forme et comme relation avec le voisinage, elle se comportait absolument comme l'ulcère de l'estomac. Elle dépendait vraisemblablement, comme ce dernier, d'une altération des vaisseaux et peut-être de l'action de certains acides, dont la présence dans la sécrétion vaginale peut être soupçonnée. Cas rare : les observations publiées se rapportent généralement au cancer. (*Archives de Virchow*, t. XCV, p. 388.)

Contribution a l'histologie du foie, par M. Miura. — Travail du laboratoire d'histologie de Berlin. Confirme l'existence du réseau péri- et intralobulaire décrit par Nestrowsky. Ce réseau est-il un plexus nerveux, comme le prétend ce dernier auteur, ou bien est-ce le tissu élastique d'Asp? M. Miura penche pour cette dernière hypothèse. (*Archives de Virchow*, t. XCVII, p. 142.)

Observations anatomo-pathologiques, par M. Baumgarten. — Ce mémoire contient un grand nombre d'observations curieuses; un cas de kyste simple de l'ovaire avec métastases (cas rare et peut-être unique dans la science); un cas de kyste de l'ovaire avec dégénérescence tuberculeuse des parois, extirpation, guérison; deux cas de section spontanée des ovaires dans l'abdomen; un cas de syphilis miliaire de la rate avec quelques considérations sur le diagnostic différentiel entre les gommes et les tubercules; un cas de syphilis miliaire congénital de la rate; un cas de syphilis congénitale de l'intestin (autre observation curieuse et infiniment rare); un cas heureusement terminé de déglutition d'une grosse épingle. (*Archives de Virchow*, t. XCV, p. 1.)

Le sous-nitrate de bismuth dans les maladies de peau, par M. Peterson. — Recommande chaudement ce remède, spécialement pour les chancres mous. L'ulcère, préalablement lavé au sublimé, puis séché, est recouvert de bismuth et d'un peu de coton salicylé. La plaie devient rapidement pâle et sèche, la sécrétion s'arrête et la cicatrisation commence. Dans la balanite, l'action est encore plus rapide. Dans les affections cutanées, l'effet produit est moins net, et cependant encore avantageux. (*St-Petersb med. Woch.*, 1884, n° 21.)

De l'acétone et produits analogues, par M. C. le Nobel. — Expériences pratiquées à l'Institut physiologique de Leyde, intéressantes en ce qu'elles mettent en relief le peu de signification de l'acétone. Ce produit varie suivant le jour et l'heure; il n'est en rapport ni avec la quantité de sucre, ni même avec l'intensité de la réaction du perchlorure de fer. Souvent l'auteur a vu des malades avec des quantités extraordinaires d'acétone, n'être pris d'aucun accident grave, et réciproquement. L'urine en question contient souvent de l'albumine. (*Archiv für experim. Pathologie*, t. XVIII, p. 6.)

La chirurgie antiseptique et le nouvel arsenal chirurgical, par M. Th. v. Heydenreich. — On sait qu'Esmarch a banni de la clinique de Kiel tout ce qui peut être défavorable à l'antisepsie : couteaux à manche de bois, tables à amputations ordinaires, etc. L'auteur signale les aménagements usités à Moscou : tous les instruments sont nickelés; les manches sont en métal creux ou en quatre branches de fil de fer. Description de la table à opération de Schwabe (de Moscou) en métal et en toile imperméable. (*St-Pet. med. Woch.*, n° 23.)

Du traitement du carcinome du sein, par M. E. Kuster. — L'auteur a opéré, de 1871 à 1882, 131 seins carcinomateux, et a obtenu les résultats suivants : sur 15 opérations *partielles*, il ne trouve que 2 guérisons définitives. Sur les 117 opérations *totales* avec raclage de la cavité axillaire, il compte 16 guérisons définitives. (*Archiv für klin. Chir.*, t. XXIX.)

Des abcès de la moelle, par M. Nothnagel. — Un malade soigné pour dilatation des bronches est atteint subitement de douleur en ceinture de la région abdominale, de paralysie de la vessie, de paraplégie et d'anesthésie des extrémités inférieures, avec disparition des réflexes. La présence des bronchectasies éveilla l'idée d'un abcès de la moelle. L'autopsie confirma ce diagnostic. « La partie inférieure de la moelle dorsale et lombaire est tuméfiée en chapelet; les parties centrales sont transformées en pus gris verdâtre entourées d'une mince couche de moelle saine. » (*Wien. med. Blätter*, 1884, n° 10.)

Influence des bains sur la circulation oculaire, par M. Katzaurov. — Observations sur l'effet des bains complets et des pédiluves chauds. L'anémie légère produite est bientôt remplacée par une congestion plus marquée, qui peut être un véritable danger. La conclusion est que les bains ne doivent jamais être employés pour produire des dérivations oculaires. (*Wratsch*, t. II, 1884.)

Origine des bruits musicaux de l'orifice aortique, par M. Grœdel. — Sur 96 cas observés à la célèbre station de Nauheim, où se rendent tous les cardiaques de l'Allemagne, M. Grœdel a rencontré trois malades chez lesquels les bruits pathologiques étaient perceptibles à distance. Les trois étaient atteints d'insuffisance aortique; à la place du souffle classique du deuxième temps, on entendait un son d'un timbre musical qui débutait carrément, disparaissait peu à peu, et durait de la fin d'une systole jusqu'au début de la systole suivante.

D'après le professeur Leichtenstern, ce phénomène se produit lorsque les valvules aortiques sont dans un état tel, que le sang refluant peut encore leur imprimer des vibrations régulières et égales. Or ceci n'est possible que dans deux conditions :

1° Dans la dilatation simple de l'entrée de l'aorte, entraînant une insuffisance relative des valvules aortiques;

2° Dans l'insuffisance réelle, lorsque les valvules sont encore en état de vibrer d'une façon régulière.

Grœdel confirme cette vue ingénieuse du professeur de Cologne, et cite une autopsie à l'appui. (*Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 16.)

L'action curative du jequirity, par M. A. Vossius. — Les dangers que crée l'emploi de ce médicament sont tels, qu'il devrait être défendu. Il ne guérit ni le pannus, ni les granulations; il fait courir les plus grands dangers à la cornée. — Quelques bservations personnelles. (*Berl. klin. Woch.*, 28 avril 1884.)

Traitement abortif de la diphthérie, par M. Cœster. — Séduit par les beaux résultats (?) que donne le traitement aborti par le calomel dans la fièvre typhoïde, Cœster en a étendu l'emploi à la diphthérie. Il administre journellement de 0gr,20 à 0gr,60 en deux doses, suivant l'âge et la force du petit malade. Localement, compresses d'eau froide, badigeonnages à l'eau de chaux mêlée de solution de soude caustique. Sur deux cent quatre-vingt-dix-huit cas traités ainsi en dix ans, l'auteur n'a eu que douze morts à déplorer.

BIBLIOGRAPHIE

Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et du nez, par MM. C. Miot et J. Baratoux. 1re et 2e partie. In-8° de 291 pages, 129 figures.—Paris, 1884. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

En publiant les deux premières parties de leur ouvrage, MM. Miot et Baratoux nous donnent l'occasion d'apprécier eur méthode et la tendance de leur enseignement particulier. L'anatomie et la physiologie de l'oreille et du nez, les troubles vaso-moteurs et les phénomènes réflexes des nerfs de ces régions constituent le préambule « théorique » indispensable à l'étude des maladies de ces organes.

Ces notions font partie du domaine public de l'anatomie, et les auteurs les ont résumées avec clarté. Les auteurs ont avec raison ajouté des indications techniques sur l'autopsie des oreilles et sur les préparations micrographiques des divers tissus de ces organes; ils ont aussi retracé le développement de l'oreille. Ces documents sont bien suffisants pour préparer à la pratique de l'otologie et de la rhinoscopie; cependant nous n'avons pas rencontré dans certains chapitres, dont le titre nous attirait, le développement que nous eussions désiré. C'est ainsi que l'étude des réflexes est trop succincte, le fonctionnement physiologique de la trompe d'Eustache méritait, à notre avis, une étude d'ensemble; enfin les recherches fort intéressantes faites par Wrelden, Troetsch, Wendt, Parrot, etc., sur l'état fœtal de la caisse et du tympan, sur le coussinet gélatineux et le mécanisme de sa disposition, offraient l'occasion d'un chapitre intéressant, non seulement au point de vue du développement de l'oreille, mais même au point de vue médico-légal. Je suis persuadé que ces dernières notions retrouveront une place lorsque les auteurs décriront les lésions congénitales de l'oreille, et ces compléments sont peut-être déjà préparés.

La deuxième partie, « otoscopie et rhinoscopie », renferme l'exposé des diverses méthodes, des procédés multiples de l'arsenal otoscopique et rhinoscopique; il est à peine nécessaire de dire que ces divers sujets sont traités au point de vue clinique et par des médecins expérimentés dans leur art et aussi dans l'exposition des procédés opératoires. Les spéculums de l'oreille sont déjà si nombreux, qu'il n'est pas nécessaire d'indiquer les moindres modifications; celles-ci ont cependant quelquefois acquis une importance imprévue; c'est ainsi que l'otoscope de Burton, dont le maniement pratique offre peu d'avantages, est au contraire un excellent appareil pour faire la photographie du tympan. Ce mode de reproduction, qui a été étudié par le docteur Steiner, mérite d'attirer l'attention des spécialistes comme moyen précis de constatation des modifications du tympan ou de la caisse à ajouter aux autres modes d'exploration. Ceux-ci sont d'ailleurs exposés par les auteurs en des chapitres particuliers, parmi lesquels je citerai l'exploration de l'oreille interne et de l'acuité auditive au moyen des audiomètres, un bon résumé (en forme de tableau) de la valeur séméiologique de la perception crânienne, enfin une étude de la réaction du nerf auditif observée par l'exploration électrique de l'oreille interne, pratiquée méthodiquement avec des courants induits ou continus, dont l'intensité est facile à mesurer avec les appareils galvanométriques qui sont utilisés en électro-thérapie. L'application des téléphones et de l'appareil à chariot à la mesure de l'acuité auditive mérite d'entrer définitivement dans la pratique de l'otologie à titre de procédé dont l'installation est simple, du moins chez un spécialiste. J'ajouterai même que la plupart de ces moyens, en apparence complexes dans leur description, se simplifient dans la pratique, et les jeunes générations médicales qui nous succèdent semblent de moins en moins réfractaires à l'usage de ces manipulations, qui demandent à la physique des renseignements plus faciles à contrôler que ceux qui nous sont fournis par le toucher direct et la simple vue. Le praticien profitera de ces perfectionnements alors même que son expérience personnelle lui en rendrait les applications moins fréquentes en les restreignant aux cas d'étude difficiles ou aux constatations indispensables pour l'appréciation exacte de la valeur des procédés thérapeutiques.

A. Hénocque.

Du cancer précoce de l'estomac, par M. le docteur Marc. Mathieu, aide de clinique de la Faculté de Lyon. Thèse. — J.-B. Baillière, 1884.

Sous le nom de *cancer précoce*, M. M. Mathieu décrit le cancer observé chez les sujets âgés de moins de quarante ans. Ces cas sont certainement exceptionnels. Lebert, dans le dernier travail qu'il a publié sur le cancer, en relève trois cas sur trois cent quatorze. Cependant des observations relativement récentes ont montré que cette excessive rareté du cancer chez les jeunes sujets était peut-être plus apparente que réelle. Il paraît bien certain que plusieurs cas ont dû passer méconnus, précisément en raison des opinions admises, qui faisaient repousser à priori toute idée de cancer chez les jeunes sujets.

Deux observations de M. le docteur Bard, professeur agrégé de la Faculté de Lyon et médecin des hôpitaux, communiquées à la Société des sciences médicales (*Lyon médical*, 1884), ramenèrent les esprits vers cette question. Sur l'avis de son maître, M. M. Mathieu en fit le sujet de sa thèse, et nous offrit le travail intéressant que nous avons sous les yeux.

Ce travail contient : 1° des recherches bibliographiques qui relèvent, sur un nombre considérable de cas de cancer, trente observations de la maladie étudiée chez des sujets au-dessous de quarante ans; 2° une étude générale du cancer considéré surtout au point de vue des différences qu'il peut présenter sur ce que nous appellerons les *jeunes* sujets; 3° une série de trente observations, toutes intéressantes et quelques-unes fort remarquables; 4° une étude clinique dans laquelle on résume les caractères différentiels de ce cancer précoce.

Le cancer de l'estomac, chez les jeunes sujets, a-t-il des symptômes spéciaux, une allure particulière qui le distinguent des cancers observés chez les sujets plus âgés? C'est ce que M. Mathieu étudie consciencieusement, non pas qu'il reconnaisse dans ces cas des signes caractéristiques qui ne se rencontrent pas chez les sujets plus avancés en âge; mais il fait remarquer que les particularités du syndrome clinique consistent en des anomalies de fréquence et d'intensité des principaux symptômes de la maladie, telles que la conservation souvent très prolongée de l'appétit, le peu d'intensité de la douleur dans la plupart des cas, et quelquefois, au contraire, sa vivacité excessive, la rareté des hématémèses et des cas où l'on peut sentir facilement la tumeur. L'ascite est fréquente et se manifeste à une époque voisine du début. L'apyrexie est habituelle, l'état cachectique moins prononcé; enfin la maladie marche avec beaucoup plus de rapidité que chez les sujets plus âgés, la moyenne de la durée étant d'environ trois mois.

Le diagnostic est donc particulièrement difficile, même en supposant le médecin dégagé de toute idée préconçue.

Sous ce rapport, les observations sont particulièrement intéressantes. L'auteur les divise en trois séries :

Dans la première, les erreurs de diagnostic s'accumulent, la maladie est attribuée à une tout autre cause qu'une lésion du tube digestif. La présence de l'ascite, sa précocité font souvent croire à une cirrhose; ailleurs c'est une péritonite chronique, une tuberculose abdominale, etc.

Dans une seconde série, la maladie est bien localisée au tube digestif, mais le cancer n'est pas soupçonné. Les cas de

vomissement avec grossesse, d'ascite, de cachexie, ont surtout donné lieu à beaucoup d'erreurs et à de malheureuses interventions.

Dans la troisième série enfin, le diagnostic est souvent établi à une certaine période de la maladie. Nous trouvons dans cette troisième série une observation dans laquelle la guérison a été obtenue par l'ablation de la tumeur occupant le pylore et une partie du jéjunum (professeur Czerny, *Langenberck Archiv*, 1881).

L'auteur termine en donnant comme moyen d'éclairer le diagnostic le lavage de l'estomac, qui permet d'étudier au microscope les matières recueillies, et souvent de reconnaître, grâce aux mouvements imprimés à l'estomac, des tumeurs qui auraient passé inaperçues.

On voit tout l'intérêt qui s'attache à ce travail, où l'érudition et les études cliniques s'associent pour nous présenter une excellente monographie.

B.

Index bibliographique.

Médecine et thérapeutique rationnelles, par le docteur H. Coiffier (du Puy). Paris, 1884. J.-B. Baillière et fils. — Ce livre, dédié aux médecins praticiens, renferme trois parties : la première, consacrée aux *recherches thérapeutiques*, expose l'essai d'une méthode destinée à diriger le médecin dans le choix des médicaments; la seconde, qui contient les *recherches pharmaceutiques*, a été inspirée par les nombreuses falsifications que subissent les médicaments, et par le désir de fournir aux médecins une méthode simple et facile leur permettant de vérifier promptement les produits délivrés par les pharmaciens. Ce chapitre renferme d'intéressants procédés d'analyse pratique au moyen d'un petit nombre d'essais, exigeant seulement quelques réactifs qui sont toujours à la disposition des médecins. Enfin la troisième partie, sous le titre de *Recherches cliniques*, est composée d'un certain nombre de notes ou remarques diverses sur différents points de médecine et de chirurgie pratiques.

De l'épilepsie dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. Bromuration pendant la grossesse, par le docteur R. Béraud. Thèse de Paris, 1884. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — De cette étude des rapports qui existent entre la gestation ou l'accouchement et l'épilepsie, l'auteur arrive à conclure que l'épilepsie utérine des anciens doit être rattachée à l'éclampsie, et que la grossesse, pas plus que l'accouchement n'est une cause d'épilepsie véritable. Le plus souvent, au contraire, l'épilepsie préexistante à la grossesse est favorablement influencée par elle; cette action modificatrice se montre, il est vrai, passagère et limitée à la durée de la gestation, l'épilepsie offrant dans sa marche ultérieure les mêmes caractères qu'elle avait présentés avant la grossesse. Inversement, l'influence des attaques d'épilepsie sur l'évolution de la grossesse est nulle; elle ne détermine ni avortements ni accouchements prématurés. Quant au travail de la parturition, il ne modifie en rien l'épilepsie antérieure, mais il n'est nullement entravé par l'attaque convulsive s'il vient exceptionnellement à se produire pendant une crise. D'autre part, l'épilepsie ne semble pas prédisposer la femme grosse à l'éclampsie. L'auteur étudie encore deux questions qui présentent un intérêt tout particulier relativement à la conduite que doit tenir le médecin en présence de la jeune fille ou de la femme épileptique : il démontre que le mariage, loin de guérir l'épilepsie, a pour effet de l'aggraver, contrairement à l'opinion accréditée; enfin, il établit sur des faits que la bromuration pendant la grossesse, incontestablement utile à la mère, est sans action nuisible sur le fœtus.

Nouvelles méthodes pour la détermination des éléments du lait et de ses falsifications, par le docteur Quesneville, professeur agrégé à l'Ecole supérieure de pharmacie. Thèse de Paris, 1884. Ve Renou, Maulde et Cock. — Très intéressant travail dans lequel l'auteur est parvenu à substituer aux procédés chimiques une méthode rationnelle permettant d'arriver, par des moyens purement physiques, à la détermination des éléments principaux du lait et de ses falsifications. Il a été obligé, pour parvenir à ce résultat, de modifier le mode de lecture de la densité prise au densimètre, et a démontré qu'en ramenant la lecture au niveau de la surface du liquide on peut obtenir, en quelques minutes, avec un densimètre, la densité d'un liquide aussi exactement que par la méthode du flacon. Il a reconnu que le lait, qui dans tous les pays se présente avec une composition moyenne sensiblement la même, obéissait à certaines lois susceptibles de le caractériser pur, et par là même, de dévoiler ses falsifications; un lait peut se caractériser, en effet, par le rapport qui existe entre le poids de son extrait, rapporté à 1 litre, et les chiffres caractéristiques de sa densité. C'est ce rapport que l'auteur a nommé la *Caractéristique* du lait. Il a également déterminé un procédé nouveau de séparation complète et de dosage de la crème, au moyen de la liqueur ammoniaco-sodée à la température de 40 degrés, et a établi des tables permettant de calculer : le beurre, le mouillage, l'extrait, l'écrémage. Les trois opérations nécessaires pour obtenir les données du problème sont : la détermination de la densité du lait, la détermination du volume de la crème, enfin celle de la densité du lactosérum; elles exigent en tout un quart d'heure.

Madère étudiée comme station d'hiver et d'été, par le docteur Julius Goldschmidt. Paris, 1884. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — Consciencieuse étude des conditions géographiques, topographiques et climatologiques dans lesquelles se trouve l'île de Madère, ainsi que de l'influence de ces conditions multiples sur la population et sur les maladies. L'auteur envisage plus spécialement le séjour à Madère au point de vue de l'hygiène et du traitement des phthisiques, aux diverses périodes de l'évolution de la tuberculose; il confirme l'opinion assez généralement accréditée qui fait de Madère la station la meilleure et la plus efficace pour combattre la tuberculose et même en obtenir la guérison définitive. A ce travail s'ajoute un certain nombre de pages utiles à consulter, et qui renferment tous les renseignements nécessaires relativement au voyage, aux moyens de transport, au séjour dans les hôtels, aux conditions d'existence dans l'île, et en particulier à Funchal, sa capitale.

De l'extirpation totale de l'utérus par le vagin dans les cas de cancer, par le docteur Jules Doche, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux. Paris, 1884. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — L'auteur préconise l'intervention opératoire par la méthode de Récamier, pratiquée avec succès d'abord par M. Demons, puis par MM. Dudon et Maudillon à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Il établit d'ailleurs avec soin les indications et contre-indications résultant de l'étendue, de la forme de la maladie, de la mobilité utérine, et particulièrement de la propagation du cancer aux organes voisins, ou de l'existence de ganglions abdominaux dégénérés; il est d'avis que l'on doit restreindre beaucoup les cas opérables si l'on ne veut compromettre l'avenir d'une opération destinée à fournir de précieux résultats. Le manuel opératoire, les instruments nécessaires, le pansement consécutif sont l'objet de descriptions minutieuses et, par suite, réellement utiles. Dans une dernière partie, renfermant sept observations intéressantes, l'auteur compare les résultats fournis par la méthode de Freund et celle de Récamier, et recherche la durée moyenne de la survie et la fréquence des récidives; il n'hésite pas à se prononcer en faveur de l'opération de Récamier, c'est-à-dire de l'extirpation totale par le vagin. L'extirpation partielle doit être presque entièrement abandonnée.

VARIÉTÉS

Instruments de chirurgie du deuxième ou troisième siècle.

Nous avons, il y a deux ans (*Gaz. hebd.*, 1882, p. 219), entretenu nos lecteurs d'une trousse de chirurgien découverte par M. Toulouze, près des fossés du vieux Saint-Marcel, et qui est rapportée par l'auteur au temps de Galien. Tout récemment l'*Union médicale* (nos du 10 juillet et du 25 septembre) a donné la description et le dessin de nouveaux instruments découverts également par M. Toulouze : d'abord de *biberons* exhumés dans le Ve arrondissement (Panthéon); puis d'instruments de bronze trouvés dans des fouilles sur l'emplacement d'une ancienne voie romaine en face de la

rue Clovis et de la rue Cardinal-Lemoine. Ces instruments sont :

1° Une tige longue de 14 centimètres, dont une extrémité est olivaire et l'autre recourbée en crochet : c'est évidemment un stylet, analogue aux nôtres, qui servait tout à la fois à sonder les plaies et à écarter les tissus ou accrocher les corps étrangers. La tige de ce stylet est creusée en spirale dans la partie médiane et sur à peu près la moitié de sa longueur. Cette entaillure peut n'être qu'une ornementation; mais plus probablement elle était destinée à rendre la préhension de la tige plus assurée dans les cas où une traction devait être exercée;

2° Un petit cure-oreille en bronze;

3° Une pince à épiler, mais qui se réduisit en poussière, et qu'il fut impossible de reconstruire.

On a trouvé au même lieu quelques fibules (agrafes), des ossements de bœuf, de sanglier, de mouton ou mouflon, et quelques fragments de poterie qui portaient des *sigilla* paraissant indiquer qu'ils ont appartenu à des médecins.

M. Toulouze, avons-nous dit, rapporte ces instruments, ainsi que la trousse, à l'*époque de Galien*, en l'identifiant avec le troisième siècle. Galien étant mort dans les premières années de ce siècle, peut-être en 201, le mot *époque* pourrait induire en erreur; il doit donc s'entendre ici du *temps galénique*, c'est-à-dire de celui où l'influence de Galien était encore vivante.

D.

RÉORGANISATION DU COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE. — INSTITUTION D'UN COMITÉ DE DIRECTION DES SERVICES D'HYGIÈNE.

Le décret suivant vient d'être rendu, en date du 30 septembre, par le Président de la République, sur la proposition du ministre du commerce :

Art. 1er. — Le comité consultatif d'hygiène publique de France institué près du ministère du commerce est chargé de l'étude et de l'examen de toutes les questions qui lui sont renvoyées par le ministre, spécialement en ce qui concerne : la police sanitaire maritime, les quarantaines et les services qui s'y rattachent; les mesures à prendre pour prévenir et combattre les épidémies et pour améliorer les conditions sanitaires des populations manufacturières et agricoles; la propagation de la vaccine; le régime des établissements d'eaux minérales et le moyen d'en rendre l'usage accessible aux malades pauvres ou peu aisés; les titres des candidats aux places de médecins inspecteurs des eaux minérales; l'institution et l'organisation des conseils et des commissions de salubrité; la police médicale et pharmaceutique; la salubrité des logements, manufactures, usines et ateliers; le régime des eaux au point de vue de la salubrité. Le comité indique au ministre les questions à soumettre à l'Académie de médecine. Il est publié, chaque année, un recueil des travaux du comité et des actes de l'administration sanitaire.

Art. 2. — Le comité consultatif d'hygiène publique est composé de vingt-trois membres. Sont de droit membres du comité : 1° le directeur des affaires commerciales et consulaires des affaires étrangères; 2° le président du conseil de santé militaire; 3° l'inspecteur général, président du conseil supérieur de santé de la marine; 4° le directeur général des douanes; 5° le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique; 6° le directeur du commerce intérieur au ministère du commerce; 7° l'inspecteur général des services sanitaires; 8° l'inspecteur général des écoles vétérinaires; 9° l'architecte inspecteur des services extérieurs du ministère du commerce. Le ministre nomme les autres membres, dont huit au moins sont pris parmi les docteurs en médecine. En cas de vacance parmi les membres nommés par le ministre, la nomination est faite sur une liste de trois candidats, présentée par le comité.

Art. 3. — Le président et le vice-président, choisis parmi les membres du comité, sont nommés par le ministre.

Art. 4. — Un secrétaire ayant voix délibérative est attaché au comité. Il est nommé par le ministre. Un secrétaire-adjoint peut, si les besoins du service l'exigent, être attaché au comité; il est également nommé par le ministre; ses fonctions sont gratuites. Le chef du bureau de la police sanitaire et industrielle assiste, avec voix délibérative, à toutes les séances du comité et de ses commissions.

Art. 5. — Le ministre peut autoriser à assister aux séances du comité, avec voix consultative et à titre temporaire, soit les fonctionnaires dépendant ou non de son administration, soit les docteurs en médecine ou toutes autres personnes dont la présence serait reconnue nécessaire pour les travaux du comité.

Art. 6. — Des auditeurs peuvent être attachés au comité avec voix consultative. Ils sont nommés par le ministre, sur les propositions du comité et pour une période de trois ans toujours renouvelable. Leurs fonctions sont gratuites.

Art. 7. — Le ministre peut nommer membres honoraires du comité les personnes qui en font partie.

Art. 8. — Le comité se réunit en séance au moins une fois par semaine. Il se subdivise, pour l'étude préparatoire des affaires, en commissions dont le nombre et la composition sont arrêtés par le président. Ces commissions se réunissent sur la convocation du président.

Art. 9. — Il est institué près du ministère du commerce un comité de direction des services de l'hygiène composé du président du comité consultatif d'hygiène publique, de l'inspecteur général des services sanitaires, et du directeur du commerce intérieur. Le chef du bureau de la police sanitaire et industrielle assiste, avec voix consultative, aux séances de ce comité.

Art. 10. — Les membres du comité consultatif d'hygiène publique et du comité de direction des services de l'hygiène ont droit, pour chaque séance à laquelle ils assistent, à un jeton d'une valeur de 15 francs. Le secrétaire du comité consultatif d'hygiène publique ne reçoit pas de jetons de présence : il touche une indemnité annuelle, qui est fixée par arrêté du ministre.

Art. 11. — Sont rapportés les décrets susvisés du 23 octobre 1856, 5 novembre 1869, 15 février 1879, 7 et 14 octobre 1879, 4 mars 1881 et 8 mars 1884.

Art. 12. — Le ministre du commerce est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois*.

Ce décret est assurément un important progrès dans le sens de la réorganisation de nos services sanitaires intérieurs; il ouvre une ère nouvelle qui devra être marquée par des modifications ultérieures en harmonie avec les nécessités d'union et d'autonomie de ces divers services.

Les principales dispositions nouvelles comprennent : 1° l'extension des attributions du Comité; 2° la création d'auditeurs; 3° le droit de présentation formellement reconnu; 3° l'institution d'une commission permanente de direction des services sanitaires; 4° l'attribution de la voix délibérative au secrétaire du Comité.

Le Comité sera désormais chargé de l'étude et de l'examen des question concernant la salubrité des logements, manufactures, usines et ateliers, et du régime des eaux au point de vue de la salubrité. Sans doute des commissions appartenant au ministère du commerce et au ministère de l'agriculture s'occupent de ces mêmes questions au point de vue technique, mais leur importance est telle pour l'hygiène publique, que l'avis spécial du Comité ne pouvait être plus longtemps négligé.

L'adjonction d'auditeurs de compétence reconnue par leurs travaux antérieurs, prenant part aux travaux du Comité, préparant les dossiers et les rapports et pouvant ainsi aspirer au titre de membre du Comité ou à diverses fonctions sanitaires après avoir fait leurs preuves, ne saurait être trop approuvée. Il dépend du Comité et de l'administration que cette utile modification ne puisse jamais être compromise par le favoritisme. Il en est de même du droit de présentation que le ministre confère désormais au Comité; depuis que le Conseil d'hygiène possède ce même droit, il en a usé de telle sorte, que cette assemblée a revêtu un caractère scientifique et une autorité du meilleur aloi. On ne saurait douter que le Comité supérieur d'hygiène publique n'y puise une nouvelle force qui le mette à l'abri des suspicions regrettables et donne à sa composition une homogénéité plus grande.

Quant à l'institution d'un Comité de direction des services de l'hygiène, sa raison d'être est évidente dans les circon-

stances actuelles ; son rôle pourrait, il est vrai, devenir difficile si une entente parfaite ne devait pas tarder à se produire entre lui et le Comité, grâce à la communauté d'efforts, à la haute valeur et à la bonne volonté de ses membres. Nous n'ajouterons rien en ce qui concerne l'attribution de la voix délibérative au secrétaire du Comité, l'autorité considérable de celui qui occupe ce poste justifiait depuis longtemps cette addition à ses pouvoirs.

En résumé, tous ceux qui ont sérieusement à cœur les progrès de l'hygiène publique en France applaudiront à la promulgation de ce décret, féliciteront ses promoteurs et souhaiteront qu'il soit le prélude des transformations depuis si longtemps attendues.

Direction de l'enseignement supérieur. — Par décret en date du 28 septembre 1884, le Président de la République, sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, a nommé M. Liard, recteur de l'Académie de Caen, directeur de l'enseignement supérieur, en remplacement de M. Albert Dumont, décédé.

Les élèves-femmes et l'internat des hôpitaux. — On s'occupe beaucoup en ce moment de savoir si les étudiantes en médecine déjà admises à l'externat doivent être admises à concourir à l'internat. C'est une question qui rentre dans l'ordre de celles qui sont ordinairement traitées dans nos *Lettres médicales*. Elle ne sera pas oubliée dans la prochaine lettre.

Assistance publique. — On annonce que M. le docteur Thulié, ancien membre du Conseil municipal de Paris, vient d'être nommé Directeur de l'Assistance publique, en remplacement de M. Ch. Quentin démissionnaire.

Faculté de médecine de Paris. — Le concours ouvert pour une place de chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris s'est terminé par la nomination de M. le docteur H. Gilson, ancien interne des hôpitaux de Paris, comme chef de clinique titulaire, et de M. le docteur G. Boyé, comme chef de clinique adjoint.

Asiles d'aliénés. — Un concours pour la nomination à sept places vacantes d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse et le dépôt des aliénés près la Préfecture de police) s'ouvrira le lundi 1er décembre 1884, à midi précis, à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 1.

Un autre concours s'ouvrira le mardi 18 novembre 1884, à trois heures du soir, à la Faculté de médecine de Nancy, pour la nomination de deux internes à l'asile public de Maréville.

Choléra. — Les nouvelles relatives à la marche du choléra offrent peu d'intérêt, au moins en ce qui concerne la France. A Toulon, à Marseille, à Perpignan, à Tulle, à Privas, 1 ou 2 décès par jour. Il y a eu des cas de choléra mortels sur plusieurs points du littoral algérien, à Oran, à Bône. A cette occasion, le ministre de la guerre accorde un supplément de solde de 15 centimes par jour et par homme, destiné surtout à permettre une légère alcoolisation de l'eau bue par les troupes.

En *Italie*, il y a eu, le 30 septembre, 433 cas cholériques, dont 136 à Naples, 52 à Gênes et 6 à la Spezzia ; 195 décès, dont 57 à Naples, 30 à Gênes et 2 à la Spezzia. Le gouvernement italien a décidé que les provenances de Marseille seraient désormais admises à Gênes en libre pratique.

En *Espagne*, la *Gaceta* annonce qu'il y a eu le 27 septembre 1 décès cholérique à Montforte, 1 décès à Novelda et 3 cas à Asco (Tarragone). Le cordon sanitaire établi à Balaguer (Catalogne) a été supprimé.

Service de santé militaire au Tonkin. — Par décision du 24 septembre 1884, le ministre de la guerre a prescrit l'inscription d'office au tableau d'avancement, pour services exceptionnels rendus au Tonkin :

1° *Pour le grade de médecin principal de 2e classe* : MM. Gentit (Joseph-Paul-Henri), médecin-major de 1re classe ; Vincens (Bruno-Marie-Théodore), médecin-major de 1re classe.

2° *Pour le grade de médecin-major de 2e classe* : MM. Audiguier (Jean-Gaëtan-Paul-Auguste), médecin aide-major de 1re classe ; Lejeune (Albert-Henri-Louis), médecin aide-major de 1re classe, Favier (Charles-François), médecin aide-major de 1re classe.

Bacille du choléra. — La *Post* annonce que, à l'Office impérial de Vienne, les docteurs Finkler et Prioz (de Bonn) ont démontré l'existence d'un bacille du choléra nostras.

Projet de lazaret au Havre. — MM. les docteurs Brouardel et Proust, accompagnés de M. Nicolas, directeur du commerce intérieur au ministère du commerce, se sont rendus au Havre pour y étudier l'emplacement du lazaret projeté à l'entrée de la Seine. Le choix de l'emplacement présente des difficultés. On avait pensé d'abord au cap de La Hève ; mais le cap, presque partout taillé à pic, est sujet, comme Sainte-Adresse, à des éboulements.

Assistance publique. — Le concours public pour la nomination à une place de médecin adjoint du service des aliénés sera ouvert le lundi 20 octobre 1884, à midi, à l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

Nécrologie. — On annonce la mort d'un médecin très distingué de Vienne, le docteur Zeissl.

Erratum. — *Le Choléra à Toulon.* — L'article publié dans le dernier numéro (p. 642) n'avait, dans l'esprit de l'auteur, que la valeur de notes à utiliser par la rédaction. Cet article, composé néanmoins à la dernière heure, contient un certain nombre de fautes typographiques que nous nous empressons de rectifier.

Page 642, 1re colonne, au lieu de : *commencé*, lisez *continué ;* au lieu de : *aidé*, lisez *cédé ;* 2e colonne, au lieu de : *sucrées*, lisez *suivies ;* au lieu de *l'organe*, lisez *l'angoisse ;* page 643, 1re colonne, au lieu de : *Granet*, lisez *Grasset ;* au lieu de *souvent*, lisez *séreuse ;* au lieu de *Morez*, lisez *Marey ;* au lieu de : *Bardin*, lisez *Boudin ;* page 644, 1re colonne, au lieu de : *Barrellier*, lisez *Barrallier*.

Mortalité a Paris (39e semaine, du 19 au 25 septembre 1884). — Fièvre typhoïde, 42. — Variole, 2. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 20. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 37. — Phthisie pulmonaire, 201. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 67. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 43. — Bronchite aiguë, 11. — Pneumonie, 41. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 66 ; au sein et mixte, 34 ; inconnu, 8. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 72 ; de l'appareil circulatoire, 50 ; de l'appareil respiratoire, 43 ; de l'appareil digestif, 55 ; de l'appareil génito-urinaire, 26 ; de la peau et du tissu lamineux, 6 ; des os, articulations et muscles, 10. — Morts violentes, 34. — Causes non classées, 3. — Total : 922.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Du rôle des entozoaires et en particulier des ankylostomes dans la pathologie des mineurs, par M. le docteur P. Fabre, médecin des forges de Commentry. Brochure in-8. Paris, O. Doin. 2 fr.

Traité élémentaire de pathologie générale, par M. le docteur Hallopeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 1 vol. in-8 de VIII-724 pages avec 126 figures. Paris, J.-B. Baillière et fils. 11 fr.

Le lendemain du mariage, étude d'hygiène, par M. le docteur A. Coriveaud (de Blaye). Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr.

De la criminalité chez les Arabes au point de vue de la pratique médico-judiciaire en Algérie, par M. le docteur A. Pecher. 1 vol. grand in-8 de 244 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 5 fr.

Les troubles de la parole, par M. le professeur Ad. Kussmaul. Traduction française augmentée de notes par M. le docteur A. Rueff, chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris, précédée d'une introduction par M. B. Ball, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8 de XV-375 pages. Paris, J.-A. Baillière et fils. 7 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 9 octobre 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : L'INFECTION DE LA SEINE; LES EAUX DE PARIS. — EXTIRPATION DES TUMEURS DE LA VESSIE. — LE MICROBE DU CHOLÉRA NOSTRAS.

Académie de médecine : l'infection de la Seine; les eaux de Paris.

L'Académie vient d'évoquer à son tour, à la suite d'une communication intéressante et substantielle de M. Daremberg, la question de l'infection de la Seine en aval de Paris, celle de l'alimentation de la capitale en eau potable, ainsi que l'utilisation et le déversement des eaux d'égout. Voilà tantôt quinze ans, pour ne pas remonter trop haut dans le passé, que les commissions chargées d'élucider ces questions, se succèdent et formulent des vœux dont la réalisation se fait attendre ; nous pourrions compter jusqu'à six de ces commissions spéciales, en outre des conseils ordinaires qui ont également eu à s'en préoccuper. C'est qu'en effet, à l'égard des vœux de ces commissions, ce qui fait le plus souvent défaut, ce sont les voies et moyens; il est quelquefois difficile d'exécuter leurs délibérations, aussi bien au point de vue technique que par suite de considérations budgétaires. L'Académie, si elle y prend suffisamment garde, peut éviter cet écueil dans la discussion qui va s'ouvrir; elle doit craindre toutefois de s'engager sur un terrain où sa compétence est nécessairement insuffisante en l'espèce et limiter ses délibérations aux points précis sur lesquels l'accord est aisé, ce qui permet de présumer que l'exécution en sera facile.

Or, dans le court débat qui s'est élevé dans la dernière séance, trois points ont été indiqués : le premier, l'infection de la Seine au-dessous du déversement du grand collecteur, ou pour mieux dire dans toute la traversée de Paris et même en amont, jusqu'à une dizaine de kilomètres ; le second, les prises d'eau installées sur ce fleuve dans ces diverses parties, spécialement dans la portion la plus fétide de son cours; le troisième enfin, l'arrivée dans la Seine des eaux d'égout et leur purification préalable par un procédé quelconque d'épuration mécanique, chimique ou par le sol. L'Académie peut-elle, doit-elle discuter en ce moment cettte dernière partie de ce triple problème? Oui, si elle veut appeler à elle les

FEUILLETON

Lettres médicales.

Un scandale universitaire. — Plagiat commis par le professeur de clinique chirurgicale d'une Faculté étrangère. — Les femmes internes.

Vous n'avez pas oublié, cher confrère, les services rendus à l'Université de France par la Faculté de médecine de Strasbourg. Connaissant à fond la langue et la littérature scientifique de l'Allemagne, habitués pour la plupart à fréquenter les Universités et les laboratoires d'outre-Rhin, les professeurs de cette Ecole savaient introduire en France et y acclimater les méthodes de recherches dont ils avaient pu reconnaître les avantages. D'autre part, toujours fidèles à leur patrie, formés souvent eux-mêmes par des maîtres français, accueillant avec empressement les collègues parisiens que leur donnaient les concours officiels, les maîtres alsaciens donnaient à l'enseignement public un caractère tout spécial, qui faisait de l'ancienne Faculté de Strasbourg une École, toujours plus française qu'allemande, mais sachant demander tantôt à la France, tantôt à l'Allemagne ses méthodes et ses procédés d'étude.

Tout ce qui nous vient de notre ancienne Faculté a donc à nos yeux, indépendamment des souvenirs et des regrets qui nous y attachent, un intérêt des plus sérieux. Et nous aimons à garder comme de précieuses reliques les œuvres de nos anciens maîtres. Or, parmi ceux-ci il en était un dont le nom, vénéré en Alsace, méritait partout l'estime et le respect. Avant de mourir, le professeur Schutzenberger avait tenu à réunir et à publier de nouveau les leçons de philosophie et de clinique médicales qu'il avait successivement publiées de 1834 à 1870 dans la *Gazette médicale de Strasbourg*. Ces leçons, il les avait dédiées à ses anciens élèves, et, ne pouvant douter du plaisir qu'ils auraient à contribuer à une bonne œuvre en répandant autour d'eux un livre dont

dépositions des hommes spéciaux, s'entourer de renseignements techniques provenant de diverses sources, recommencer en un mot les travaux très nombreux et très sérieux auxquels depuis plusieurs années se sont livrées de nombreuses commissions. Non, s'il s'agit d'une simple joute d'éloquence entre les partisans des divers systèmes qu'elle compte parmi ses membres, quitte à n'aboutir qu'à une solution insuffisante et propre à n'apporter qu'une lumière toute relative. Tout a été dit en effet sur la purification des eaux d'égout, et l'année dernière une commission, dite commission technique d'assainissement de la Seine, a été précisément constituée afin de réunir les défenseurs des systèmes proposés. Cette commission a travaillé plusieurs mois, tant en France qu'à l'étranger, ses débats ont été très approfondis; les pouvoirs publics sont donc aujourd'hui bien informés et il leur appartient de prendre une décision que l'Académie, malgré toute son autorité légitime, ne pourrait peut-être pas modifier en suffisante connaissance de cause, tant la question est complexe. M. Brouardel, qui s'est fait l'interprète éloquent et convaincu de l'une des opinions soutenues, a d'ailleurs laissé entendre qu'il approuvait cette manière de procéder. La question, ajoutons-le, a été également traitée ici à plusieurs reprises au cours de ces dernières années.

Tout autre est la conduite que l'Académie peut tenir à l'égard des deux premières parties de la discussion pendante; il convient en effet qu'elle « proteste avec une suprême énergie », suivant les expressions de M. Bouley, contre des pratiques aussi préjudiciables à la santé publique.

La Seine dans Paris, comme le faisait remarquer le récent rapport de M. Mille, reçoit chaque jour 320 000 mètres cubes d'eaux impures qui ont lavé 82 000 maisons occupées par 2 000 000 d'habitants ou qui ont nettoyé 800 kilomètres de rues et 600 kilomètres de galeries d'égout, sans compter les vidanges diluées de 22 000 tinettes-filtres et le tiers au moins des urines de la population, ainsi que le crottin des 100 000 chevaux qui circulent sur les voies publiques. Cette masse représente au moins 12 000 kilogrammes d'azote; il faut y ajouter également les 53 300 mètres cubes d'eau versées par les égouts de la banlieue et les 800 mètres cubes fournis par les aqueducs des usines, ce qui fait au bas mot un total de 414 100 mètres cubes d'eau impure versée dans la Seine. D'autre part, les machines de la ville élèvent chaque jour 225 000 mètres cubes d'eau de Seine et de Marne pour l'alimentation des habitants, leurs usages domestiques et le nettoyage des rues et 89 800 mètres cubes sont élevés chaque jour également pour le service de la banlieue. Est-il admissible, comme l'a montré M. Daremberg, que chacun des habitants de Paris, absorbant deux litres d'eau par jour, soit exposé à introduire en son économie 1/8 de centimètre cube de matières fécales? L'administration, en se refusant à prendre des mesures immédiates pour modifier radicalement un tel état de choses, alors qu'elle se déclare ouvertement, depuis plus de trois mois, prête à le faire, comme il résulte des témoignages si autorisés des membres du conseil d'hygiène de la Seine, encourt une grave responsabilité et il importe que de toutes parts on l'y oblige sans retard. Sans doute, les eaux de la Vanne, de la Dhuys et de quelques autres sources sont abondamment fournies à une grande partie de la population; ces eaux sont excellentes, mais il est également nécessaire de prendre garde à l'habitude que le service des eaux de la Ville de Paris n'a pas encore pu perdre, de mélanger les diverses eaux de source ou de rivière à volonté et sans prévenir la population, dans la canalisation des divers quartiers.

Nous comptons que mardi prochain l'Académie examinera également cette particularité singulièrement grave de l'alimentation en eau potable de Paris, et nous aurons alors l'occasion de développer plus complètement les observations qui précèdent.

M.

De l'extirpation des tumeurs de la vessie: la thèse de M. A. Pousson; les opérations et les méthodes de M. Guyon et de sir Thompson.

Depuis l'article dans lequel notre collègue Reclus a exposé avec la plus grande précision les indications de l'intervention chirurgicale dans le traitement des tumeurs de la vessie, de nouveaux faits se sont ajoutés à ceux qui servaient de base à l'appréciation des chirurgiens, et, si nous revenons sur ce sujet, c'est parce que deux publications récentes démontrent tout l'intérêt qu'offrent ces tentatives souvent justifiées par le succès.

Nous ferons cette étude avec d'autant plus de plaisir, qu'elle tend à confirmer les conclusions de Reclus et à accentuer même les arguments et les preuves qui doivent faire adopter les principes que M. Guyon a fait prévaloir en France, de préférence à ceux qui ont été préconisés par sir

---

la *Gazette hebdomadaire* a dit jadis tout le bien qu'il mérite, il avait chargé l'un de ses élèves de faire vendre *au profit de l'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin* ce recueil qui exposait les doctrines et les tendances de l'ancienne École de Strasbourg.

Eh bien, c'est ce livre, qui résume plus de trente années d'études et de réflexions, c'est ce livre que possèdent et qu'aiment à relire tous les anciens élèves de Strasbourg, c'est ce testament scientifique d'un maître éminent qui vient d'être purement et simplement traduit en espagnol et publié *comme sien* par le professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Madrid. Un plagiat aussi surprenant, aussi audacieux doit être prouvé. Vous me permettrez donc, mon cher confrère, de consacrer cette lettre tout entière à vous prouver ce que j'ai cru pouvoir nommer *un scandale universitaire*.

Il y a quelques jours je recevais un livre in-8° de plus de 700 pages intitulé :

Metodologia y principios generales
de clinica quirurgica por el
doctor Encinas
catedratico de la misma en la
Facultad de medicina de Madrid

Publié à l'imprimerie de *Enrique Teodoro* à Madrid, ce livre paraissait des plus intéressants. A première vue il me semblait résumer une série de leçons personnelles à l'auteur (il y en a 52) qui rappelaient assez bien les ouvrages de pathologie générale que nous possédons en France. — Il reste à vérifier si ces livres n'ont pas été eux-mêmes simplement traduits. — Mais les premières leçons intitulées : Metodologia et qui semblaient résumer les tendances générales et l'esprit de l'ouvrage m'avaient surtout séduit. Je me mis donc, bien que connaissant assez mal l'espagnol, à parcourir les cent premières pages de l'œuvre du professeur de Madrid et peu à peu j'y reconnus toutes les idées, toutes les doctrines,

Thompson et qui ont été plus souvent suivis par les chirurgiens anglais. La dernière publication de sir Thompson que nous avons analysée dans un précédent numéro, la thèse de M. Pousson (1) sur l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie dans les deux sexes, réunissent tous les documents nécessaires pour connaître l'état actuel de la question.

I

Pour ne nous occuper que des principes généraux de ces applications nouvelles d'exérèse et d'opérations exploratrices, nous examinerons quels sont les résultats obtenus par les diverses méthodes, ce qui nous permettra de circonscrire les limites des indications de l'exploration vésicale, et de justifier la préférence que nous croyons devoir accorder à la cystotomie sus-pubienne.

Les résultats généraux des opérations pratiquées pour l'ablation des tumeurs vésicales, quel que soit le procédé, se résument suivant les tableaux statistiques de M. Pousson, en :

72 opérations : 27 morts, 45 guérisons.

Si nous y ajoutons les sept opérations nouvelles de Thompson et deux opérations de Bontecou nous avons comme total :

81 opérations : 29 morts, 52 guérisons;

Soit environ 36 pour 100 de mortalité ; 64 pour 100 de guérisons.

Envisagés suivant les sexes, ces chiffres se subdivisent ainsi qu'il suit :

Hommes : 42 opérés, 24 guéris, 18 morts;

Femmes : 39 opérées, 28 guéries, 11 mortes;

Soit : guérisons chez l'homme, 59 pour 100;

Guérisons chez la femme, 66 pour 100.

Il est bien entendu que le terme guérison n'implique pas toujours la disparition définitive des néoplasmes, mais il s'applique dans tous les cas à la guérison apparente et plus ou moins prolongée après la cicatrisation complète des lésions opératoires (2). Lorsqu'on étudie la durée de la guérison, on trouve que chez dix-neuf malades qui ont pu être suivis, la guérison s'est maintenue, de plusieurs mois à plusieurs années. Il serait fort intéressant de connaître avec précision les résultats en rapport avec la nature des néoplasmes; cette étude n'a pas encore été faite complètement parce que, d'une part, les renseignements histologiques font souvent défaut ou sont insuffisants et que, d'autre part, les opérateurs semblent bien plutôt s'être préoccupés d'une classification topographique dont l'utilité clinique est incontestable. C'est ainsi que pour le mode opératoire la division en tumeurs pédiculées, ou tumeurs sessiles, en polypes, végétations, villosités, correspond à des indications opératoires, mais cela ne saurait suffire pour porter un pronostic lorsque la tumeur a été enlevée.

Ces lacunes seront comblées désormais, grâce aux recherches de l'École de Necker et à celles qui, en Allemagne et en Angleterre, permettent de faire une histoire des tumeurs de la vessie déjà très riche en documents anatomo-pathologiques; ce dont il est facile de se convaincre en lisant les chapitres que Thompson et Pousson ont consacrés à l'étude de ces néoplasmes.

Si l'on se contente de la division habituelle en tumeurs bénignes et tumeurs malignes, on voit, lorsqu'on dépouille les observations, que le plus grand nombre des tumeurs opérées rentre avec quelques variantes dans les groupes des papillomes, des fibromes et des myxomes, et enfin des myomes pour les tumeurs bénignes.

Nous trouvons aussi dans les observations précédentes que les papillomes fibreux de divers types, dont la nature est indiquée, ont été au nombre de 24 guérisons et 10 morts : ce qui donne un chiffre de guérisons de 75 pour 100. Il est évident que cette évaluation est fort approximative, cependant elle offre une valeur réelle si on la compare aux résultats obtenus dans l'ablation des tumeurs malignes. A ce titre le nombre d'épithéliomas opérés a été de huit, et tous les malades ont succombé. Cette mortalité est moins décourageante que son expression chiffrée ; en effet, si nous étudions les faits, nous voyons que la survie après l'opération a varié dans les limites suivantes :

Pour quatre cas la mort est survenue en quelques jours, mais pour les autres la survie a été de trois mois (Witchead), de deux mois, trois mois, six mois (Guyon). Il est évident

(1) *De l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie dans les deux sexes*, par le docteur A. Pousson. In-8°, 192 pages. G. Masson. Paris, 1884. — *Tumours of the Bladder*, by sir Henry Thompson. Churchill. London, 1884 (Analyse bibliographique in *Gazette hebdomadaire*, n° 38, p. 635, 19 septembre 1884)

(2) Nous relèverons, dans l'intérêt des statisticiens, deux légères erreurs d'indication d'âge dans les tableaux de M. Pousson.

C'est ainsi que le cas 31 de Pousson indiquant l'âge de 44 ans, correspond au cas 14 de Thompson, où il s'agit d'un homme de 57 ans ; puis e cas 23, où Pousson indique une opération chez un homme de 65 ans, correspond au cas 12 de Thompson indiquant un homme de 56 ans (*Table of cases*, p. 104, 105, in Thompson). A. H.

toutes les phrases de l'œuvre de Schutzenberger. Une collation attentive de l'ouvrage français paru en 1879, mais reproduisant, je l'ai déjà dit, une série de leçons faites de 1834 à 1870, et de l'ouvrage espagnol paru en 1883 me fit voir que M. Encinas s'était borné à traduire en espagnol, sans y rien changer, ce que Schutzenberger avait légué à ses élèves comme le résumé de son enseignement. Laissez-moi, mon cher confrère, citer textuellement.

L'ouvrage de Schutzenberger (*Fragments de philosophie médicale*, Paris, G. Masson, 1879) débute par un article intitulé : *De la science et de la pratique*. « Ce sont, dit l'auteur, des notes écrites à une époque (1845) où un cruel accident avait pendant de longs mois réduit toute mon activité à la réflexion. » Ces notes n'ont rien de commun avec la clinique chirurgicale. Elles figurent cependant en tête du livre de M. Encinas (p. 1). Je mets en parallèle les deux ouvrages :

TEXTE ESPAGNOL (p. 1).	TEXTE DE SCHUTZENBERGER (p. 1).
Senores, La superioridad del hombre en la naturaleza, procede de la potencia y fuerza fisica de que en la misma dispone. Tanto mas domina en ella, cuanto major alcanza à servirso de dicha fuerza para satisfacer las necesidades de su naturaleza compleja.	La puissance psychique fait la force et la supériorité de l'homme; c'est par elle qu'il domine le monde et qu'il parvient à le faire servir à tous les besoins de sa nature complexe.
Son estas en el animal limitadas, y no se estienden mas alla de lo indispensable a la conservacion del individuo y a la reproduccion de la especie; disponiendo algunas veces de	Les besoins de l'animal sont bornés; ils ne s'étendent que rarement au delà de ce qui est nécessaire à la conservation de l'individu et à la reproduction de l'espèce. Pour leur donner sa-

qu'ici l'opération ne peut être considérée que comme palliative, mais elle n'en a pas moins réussi dans la moitié des cas.

Il serait inutile de poursuivre cette étude dans les autres tumeurs, car nous aurions parmi les sarcomes, les myomes, une part à peu près égale à faire aux succès et aux insuccès, et les faits ne sont pas assez nombreux pour donner de l'autorité à des déductions de statistique.

II

L'ablation des tumeurs vésicales est en somme une opération fort grave, quel que soit le procédé employé, et, pour apprécier à sa juste valeur les avantages que le malade doit en attendre, il faut tenir compte de la marche spéciale des néoplasmes de la vessie; on voit d'abord que la plupart d'entre eux, même les épithéliomas et les sarcomes, lorsqu'ils ont leur origine dans la vessie, présentent une évolution lente; or, si ce processus est avantageux parce qu'il rend plus tardive la généralisation, il est non moins précieux comme indication opératoire, puisqu'il permet d'espérer que la récidive sera lente à venir, ce qui est une première condition dont il faut tenir compte pour les indications de l'opération; mais les manifestations symptomatologiques ne se développent pas parallèlement au néoplasme; en effet, de très petites tumeurs peuvent donner lieu à des hématuries, des douleurs, des troubles fonctionnels de la vessie, qui ne sont en rapport ni avec l'étendue, ni avec la nature de la tumeur.

Ces différences sont observées même après l'opération et c'est pourquoi dans les cas de tumeurs malignes on a pu obtenir par l'opération un soulagement durant plusieurs mois et qui a été pour le malade un tel bénéfice, que tout chirurgien qui lira ces observations les considérera certainement comme un exemple d'intervention rationnelle et offrant une utilité incontestable.

On peut donc penser que désormais, en présence des signes d'une tumeur vésicale, il faudra bien toujours discuter l'indication de l'intervention chirurgicale. Déjà, lorsqu'il s'agit des tumeurs vésicales chez la femme, on n'hésite pas à les attaquer par l'urèthre, que celui-ci soit dilaté ou par la tumeur ou par le doigt, et il ne viendrait à aucun chirurgien l'idée d'ouvrir la vessie à l'hypogastre lorsqu'il est possible d'arriver avec le doigt et l'instrument, au prix même d'une dilatation préalable, sur une tumeur vésicale engagée dans l'urèthre ou située à son voisinage. L'exploration digitale peut dans ces cas être portée fort loin, ainsi que l'avaient démontré depuis longtemps Simon d'Heidelberg, Hugier et Guyon.

Il n'en est plus de même chez l'homme, pour diagnostiquer une tumeur vésicale, il faut dans la plupart des cas posséder une grande expérience clinique, et l'on comprendra bien qu'un chirurgien soit tenté de remplacer le cathéter par le toucher direct, ou même par la vue. Il semble à priori que la boutonnière périnéale soit le moyen le plus direct et le plus simple, comme manuel opératoire, pour porter le doigt dans la vessie. C'est ainsi que l'a compris sir Thompson et il compte des imitateurs assez nombreux; mais, dès le début de cette pratique il a eu soin de poser en principe, que l'exploration vésicale par le doigt ne doit être considérée que comme la première partie de l'intervention, l'ouverture périnéale devant servir à l'introduction des instruments destinés à extraire le néoplasme, et ceux-ci constituent un arsenal fort ingénieux, mais un peu complexe.

C'est le même principe qui a conduit M. Bazy et M. Guyon à pratiquer la taille hypogastrique, pour mettre le néoplasme directement en rapport avec le doigt, le rendre accessible même à la vue et enfin permettre l'ablation.

Telles sont les deux méthodes opératoires entre lesquelles le chirurgien devra choisir en présence d'une tumeur vésicale; examinons les arguments qui doivent déterminer sa préférence en faveur de l'une ou de l'autre.

III

La méthode de Thompson, à l'envisager d'un point de vue théorique, semblerait devoir présenter une innocuité en rapport avec la simplicité de l'opération, une ouverture à l'urèthre, il n'en est cependant pas ainsi lorsqu'on étudie les observations : on trouve en effet que sur 43 cas où l'exploration digitale de la vessie a été faite par Thompson, il n'a rencontré de tumeur que dans 20 cas, l'opération était donc seulement exploratrice dans plus de la moitié des cas. Et en somme sur les 18 cas où chez l'homme il y eut ablation de tumeur, la guérison n'existe que pour la moitié; enfin il y a eu dans certains cas des complications dues à l'opération; la vessie a été perforée, la dilatation ne se fit pas toujours facilement ni sans rupture. Ces difficultés opératoires ne constituent pas cependant l'objection principale; en effet, on pourrait ne pratiquer l'exploration que dans des cas bien précis pour la faire suivre de l'ablation, et les autres complications pourraient être diminuées par l'expé-

---

inteligencia mas o menos rudimentaria, y otras solamente del instinto o de los actos reflejos que de una manere fatal conducen al doble fin de la conservacion y de la reproduccion.	tisfaction, l'animal dispose quelquefois d'une intelligence rudimentaire, le plus souvent il n'obéit qu'à l'instinct qui fait exécuter d'une manière irrésistible et irréfléchie les actes nécessaires au double but de la conservation et de la reproduction.

Suivent treize pages textuellement traduites (plus exactement encore que le début) et dans lesquelles je ne compte qu'un petit nombre d'omissions. Ainsi une citation de M. Lamé (p. 10). Il avait, sans doute, paru difficile à un professeur espagnol de nommer à sa première leçon un physicien français. Plus loin, nous le verrons, il n'a pas été embarrassé pour si peu. Ainsi également la phrase que nous soulignons en reproduisant un autre exemple :

Existe ademas una creencia impuesta por los leyes de la razon y formulada como dogma religioso que ha tenido eloquentes interpretes entre los filosofos de todos tiempos: esta creencia es la de unidad de principio en todas los casas. (ENCINAS, p. 6.)	Il est une croyance imposée par les lois mêmes de la raison et de l'entendement humain, une croyance formulée en dogme religieux et qui a trouvé d'éloquents interprètes parmi les philosophes de tous les temps: c'est la croyance à l'unité de principe de toutes choses. *Cette croyance nous la partageons, car ce que la religion commande au nom de la foi, la vraie science le confirme de plus en plus à mesure que son domaine se défriche et s'élargit.* (SCHUTZENBERGER, p. 7.)

La phrase soulignée a été supprimée, mais ce qui précède et ce qui suit reste traduit mot à mot. L'auteur espa-

rience pratique des opérations ; mais ce qu'on ne peut simplifier, c'est la difficulté même de l'exploration. En effet, dans nombre de cas, la conformation individuelle du périnée, la prostate, peuvent être un obstacle, de sorte que l'on ne sera pas certain que le doigt puisse arriver jusque sur le néoplasme, et surtout qu'il puisse être assez libre pour pratiquer le palper. Whitehead et Pollard, à Heath, ont éprouvé cet échec, et par conséquent il ne s'agit point ici d'une objection théorique. Si le doigt peut être insuffisant dans l'exploration, à plus forte raison la boutonnière sera insuffisante pour permettre l'ablation du néoplasme, et il est probable que dans bien des cas l'extraction, le grattage, se font « à l'aveuglette », comme dit Pousson.

La méthode de Guyon permet le diagnostic complet, l'opération se fait pour ainsi dire à ciel ouvert ; on peut se servir de l'écraseur, du galvanocautère, procéder par section, par arrachement, par torsion ou par grattage.

La cystotomie sus-pubienne, il est vrai, a été jusqu'à présent considérée comme une opération très dangereuse, elle est particulièrement difficile chez la femme ; mais grâce aux perfectionnements apportés dans les procédés opératoires, tels que l'emploi du ballon rectal, la fixation des lèvres de la plaie vésicale à l'aide de gros fils, on arrive maintenant facilement à éviter l'ouverture du cul-de-sac péritonéal et l'infiltration urineuse, puis le pansement antiseptique vient assurer la guérison ultérieure, de sorte que la taille hypogastrique ne présente plus la gravité qu'on lui attribuait autrefois.

Enfin les résultats obtenus dans les sept opérations de Bazy, Guyon, Maracci, Volkmann, montrent que dans 5 cas les malades se sont rétablis complètement de l'opération, et ce n'est que dans le cas de Volkmann que la mort soit attribuable à l'opération même.

Il nous apparaît donc avec évidence que les deux méthodes, bien que concourant à un même but, procèdent de principes très différents, et que si l'on se pénètre du but final (l'ablation de la tumeur), la méthode de Guyon doit être préférée ; ajoutons qu'elle peut même pour des néoplasmes graves amener une amélioration très importante dans les troubles fonctionnels, en facilitant l'écoulement de l'urine bien plus que la boutonnière périnéale ; il est vrai que l'opération est plus considérable, mais c'est une raison de plus pour ne la tenter que lorsque le diagnostic est déjà assuré. C'est donc à l'étude clinique attentive qu'il faut demander la certitude de l'indication opératoire, et c'est le diagnostic qui doit décider de l'opération, et une opération dont le seul but serait d'éclairer le diagnostic n'offrirait pas pour le malade un bénéfice qui puisse la justifier.

Ce diagnostic des tumeurs de la vessie peut heureusement être déjà établi dans nombre de cas par les moyens d'exploration ordinaires, et il suffit de parcourir les leçons ou les chapitres consacrés à ce sujet par MM. Guyon, Pousson et Thompson pour comprendre l'importance et la la valeur qu'offrent au clinicien les renseignements résultant de la marche des hématuries, des circonstances dans lesquelles elles se produisent, et enfin d'une étude histologique très attentive des débris de tissus que des recherches patientes peuvent déceler dans les urines.

Il nous est ainsi permis de constater que parmi les premiers résultats obtenus par ces nouveaux moyens de traitement des tumeurs vésicales, quel que soit le procédé, il faut inscrire en faveur de leurs auteurs qu'ils ont fait accomplir un grand progrès dans l'étude clinique des néoplasmes vésicaux en même temps qu'ils ont démontré que ces tumeurs n'étaient plus en dehors des ressources de l'intervention chirurgicale.

A. Hénocque.

Le microbe du choléra nostras.

Parmi les innombrables communications concernant l'étiologie du choléra que la presse médicale nous apporte chaque jour, il faut noter celles qui concernent *l'existence du bacille en virgule dans le choléra nostras*. Lors de la conférence du mois de juillet à l'Office sanitaire, Koch avait annoncé qu'il n'avait trouvé le bacille caractéristique, ni dans deux cas de choléra nostras observés à Berlin, ni dans les pièces provenant d'un cas du même genre observé à Vienne.

Au récent Congrès des médecins et naturalistes allemands à Magdebourg (18-22 septembre), M. Finkler (en son nom et en celui de M. Prior), a lu un mémoire se terminant par la conclusion suivante : « Le choléra nostras est dû à un microbe identique, comme *forme*, à celui que Koch a découvert dans le choléra asiatique ; les cultures mettent en évidence les mêmes particularités biologiques dans l'un et l'autre micro-organisme. Toutefois, nous avons constaté pour le microbe du choléra nostras des particularités non encore signalées dans celui du choléra asiatique. » Ce dernier point est d'une extrême importance, puisque ces messieurs pré-

---

gnol n'a donc omis dans cette première leçon de Schutzenberger que cinq à six lignes par-ci, par-là. Dans les autres il ne prendra plus cette peine, il reproduira simplement le texte français.

La deuxième leçon (p. 15) débute par cinq lignes (enfin !) qui sont de M. Encinas. Il dit : « Messieurs, dans la précédente conférence *je* vous ai exposé ce qu'il faut entendre par science... aujourd'hui *je* vais m'occuper de la *pratique* » et il passe à la deuxième partie (p. 19) du premier article de Schutzenberger.

La actividad de conocer y las facultades del entendimiento humano no tan sido concedidas al hombre con el solo fin de ejercitor las en una esteril contemplacion del mundo y de si mismo.	La puissance de connaître les brillantes facultés de l'entendement n'ont pas été données à l'homme dans le seul but de le plonger dans une stérile contemplation du monde et de lui-même.
(Encinas, p. 15.)	(Schutzenberger, p. 19.)

Et cela continue ainsi pendant toute cette deuxième leçon qui va jusqu'à la page 22. Pour montrer combien la traduction reste fidèle, prenons encore un exemple dans cette deuxième *leçon*. Schutzenberger avait écrit le passage suivant. Nous reproduisons en face la traduction de M. Encinas.

Cierto que el genio del hombre y su infatigable ardor, aun en medio del empirismo, le permiten, por la via tortuosa del tanteo experimental, extender la esfera de su experiencia practica ; pero en tanto que el espiritu humano se vea precisado a proceder de este modo, no avanzara sino lenta y penosamente en la via de los descubrimientos ; porque toda su potencia de accion queda privada de	Le génie de l'homme, son infatigable ardeur lui permettent sans doute d'étendre successivement par la voie tortueuse du tâtonnement expérimental la sphère de son expérience pratique ; mais tant que l'esprit humain est réduit à procéder ainsi il n'avance que lentement et péniblement dans la voie des découvertes ; la puissance d'action reste privée de son moteur le plus puissant et

tendent avoir observé la formation de spores et de germes ainsi que la transformation des spores en bacilles, puis en spirilles.

Dans la discussion ouverte à ce sujet, MM. Kœbner et Hueppe firent remarquer que les microbes présentés semblaient plus larges et plus épais que ceux de Koch, et que le développement indiqué par MM. Finkler et Prior différait sensiblement de celui que Koch avait indiqué. — M. Finkler, dans sa réponse, a maintenu intégralement sa conclusion, en ajoutant quelques détails sur des essais d'inoculation; il a opéré sur des chiens et des lapins au moyen de selles diarrhéiques portées directement dans l'estomac, mais sans aucun résultat; actuellement il parvient à provoquer de violentes diarrhées au moyen de liquides ne contenant que des spores.

Les journaux ont prétendu que MM. Finkler et Prior ont fait la démonstration du bacille à l'Office sanitaire de Berlin, et que M. Koch a constaté lui-même la ressemblance absolue du microbe avec celui du choléra asiatique. La *Berliner klin. Wochenschrift,* qui semble être l'organe préféré de M. Koch, ne fait aucune allusion à ce bruit dans son numéro du 6 octobre 1884. Il faut donc attendre des travaux ultérieurs; d'ailleurs M. Koch avait pris soin de faire remarquer qu'il avait trouvé lui-même un microbe absolument semblable comme forme à celui du choléra, mais différant par le résultat des cultures.

Nous apprenons que M. le docteur Héricourt, médecin-major à l'hôpital militaire de Lille, a reconnu et fait constater aux médecins traitants de l'hôpital la présence du microbe en virgule dans les déjections de deux militaires entrés à l'hôpital les 20 et 22 septembre 1884 pour choléra nostras. La nature de la maladie ne semble pas douteuse: le microbe observé était absolument semblable à celui décrit par M. Koch. D'autre part, M. Héricourt a retrouvé en abondance les bacilles en virgule dans les eaux du canal de la Basse-Deule, qui sert d'égout collecteur à une partie de la ville.

C. Zuber.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Sur un cas d'hémorrhagie dentaire d'origine paludéenne, par M. E. Kirmisson.

A Monsieur le professeur Verneuil.

Mon cher maître,

J'ai toujours pensé que le meilleur moyen de reconnaître vos sages conseils et vos excellentes leçons c'était de m'efforcer de propager et de défendre les idées que je tiens de vous. De ce nombre sont les opinions que vous professez sur la pathogénie des hémorrhagies chirurgicales. Le fait suivant, que je viens d'observer, me semble offrir à cet égard un grand intérêt; je vous demande donc la permission de vous le rapporter avec quelques détails :

Obs. — Le jeudi 14 août dernier, mon interne à la Salpêtrière, M. Demars, me présentait un homme de cinquante-huit ans, garçon de cuisine dans cet établissement, atteint d'une hémorrhagie dentaire dont il n'avait pu se rendre maître.

Ma première pensée fut qu'il s'agissait d'une hémorrhagie consécutive à l'extraction d'une dent; il n'en était rien cependant. L'hémorrhagie avait débuté sans traumatisme, sans aucune cause appréciable, le dimanche 10 août, à neuf heures du soir, le malade étant couché.

Elle continua nuit et jour sans interruption, le 11 et le 12 août, jusqu'au mercredi matin 13, où le malade vint à l'infirmerie. M. Demars, qui le vit à ce moment, pensa que peut-être quelques petites racines voisines du point par où sortait le sang entretenaient l'hémorrhagie; il en pratiqua l'extraction, et fit dans l'alvéole une cautérisation avec le thermocautère. L'hémorrhagie sembla s'arrêter un peu pendant la journée; mais le soir, à neuf heures, elle revint plus forte, et nécessita le tamponnement de l'alvéole avec l'amadou.

L'hémorrhagie continuait encore quand je vis pour la première fois cet homme, le jeudi matin 14 août. Imbu de vos idées sur la pathogénie des hémorrhagies traumatiques et des hémorrhagies dentaires en particulier, mon cher maître, et frappé de la persistance de cet écoulement sanguin, que rien n'expliquait en apparence, je pensai immédiatement à une cause générale. J'interrogeai le malade à ce point de vue, et j'appris de lui la curieuse histoire suivante :

A l'âge de dix-huit ans, cet homme a eu des accès de fièvre intermittente nettement caractérisés par les trois stades classiques de frissor, de chaleur et de sueurs. Ces accès se produisaient vers sept ou huit heures du soir; d'abord quotidiens, ils affectèrent plus tard le type tierce, puis le type quarte. Ayant débuté au mois de juillet, ils persistèrent pendant dix-huit mois, et furent traités par le sulfate de quinine.

A vingt ans, le malade se fait arracher une dent (première petite molaire de la mâchoire supérieure droite), et présente, à la

---

su motor mas poderoso y multiples obstaculos que haren el progreso casi nalo se oponen a su marcha. Que motor es el que falta para que camine facilment por la via del progreso? La ciencia. (Encinas, p 27.)	d'invincibles obstacles entravent à chaque pas sa route. Que lui manque-t-il donc? La Science. (Schutzenberger, p. 21.)

Je ne cite que cet exemple, mais tout le reste est de même.

Prenons la troisième leçon (p. 23). Elle est intitulée : *la médecine,* et il y a comme sous-titre : *De son caractère, de son esprit, de sa mission et de ses tendances.* Schutzenberger (p. 25) intitulait la leçon qu'il publiait en 1861 : *La médecine, son esprit et sa mission, son caractère d'art et de science.* Nous mettons en regard son début avec celui de son plagiaire :

Nada conozco dextro de la esfera de la actividad humana mas digno de la misma y de estudio, mas interesante que la medicina. No hago esta afirmacion movido del entusiasmo y de la illusion que pudieran inspirarme estas palabras con que expreso la importancia de la ciencia et que nos consagramos; son la expresion de mi conviccion profunda, madurada por la experiencia y la reflexion; conviccion que, tal cual la siento, ho de esforzarme en hacer que tambien vosotros participeis de ella Encargado de dirigiros en los primeros pasos que vais a dar en la practica medicina no llenaria cumplidamente mi mision si no procurara	Je ne connais pas de sphère d'activité plus digne et peu d'études plus intéressantes que celles de la médecine. Ce n'est pas un enthousiasme jeune et plein d'illusions qui m'inspire ces paroles; elles sont l'expression d'une conviction profonde mûrie par l'expérience et la réflexion. Cette conviction, je voudrais vous la faire partager. Chargé de guider vos premiers pas dans la pratique médicale, je ne saurais remplir dignement ma tâche si vous n'apportiez ici qu'une bonne volonté ordinaire et plus ou moins passive. J'ai besoin avant tout de votre concours spontané...

suite de cette extraction, une hémorrhagie formidable, qui dure trois jours, et qu'on ne peut arrêter que très difficilement à l'aide d'un moule en cire introduit dans l'alvéole.

Sept ou huit ans après, réapparition de l'hémorrhagie, sans aucune cause appréciable, au niveau de la même dent; elle dure encore trois ou quatre jours.

Pendant les années qui suivirent, les hémorrhagies se reproduisirent très fréquemment. Le malade saignait à peu près tous les quatre ou cinq mois, quelquefois seulement tous les ans. Ces hémorrhagies étaient d'ailleurs peu importantes.

A partir de l'année 1870, les souvenirs du malade sont plus précis, et les hémorrhagies sont devenues beaucoup plus rares. Il n'en a eu que deux, l'une en 1874, l'autre en 1879, mais toutes deux très abondantes. Ces hémorrhagies se produisaient toujours au niveau de l'alvéole de la dent que le malade s'est fait arracher à l'âge de vingt ans. Elles survenaient au moment des grandes chaleurs de l'été, en juillet et août. Elles débutaient le plus souvent le soir, quelquefois pendant la nuit, mais toujours avant minuit, et réveillaient le malade en provoquant des accès de toux.

Comme bien vous pensez, mon cher maître, immédiatement après l'audition de ce récit, je me suis mis en devoir d'examiner les viscères de mon malade; je ne trouvai de ce côté rien de notable; le foie et la rate, en particulier, n'étaient pas augmentés de volume. L'examen des urines demeura de même complètement négatif. Le malade ne rend ni sucre ni albumine. Il était non moins important de se préoccuper de l'état du sang. L'examen en fut fait à l'aide de l'hématimètre de M. Hayem, et ne révéla pas davantage de leucocythémie.

La nature paludéenne de cette hémorrhagie ne faisant pour moi aucun doute, je dirigeai immédiatement le traitement en conséquence.

Le 14 et le 15 août, le malade prit 1gr,50 de sulfate de quinine. L'écoulement sanguin continua, mais très peu abondant, pour augmenter pendant la nuit du 15 au 16 août.

Le 16, l'hémorrhagie s'arrêta et ne reparut qu'à sept heures du soir. — Sulfate de quinine, 1 gramme.

Le 17, le 18 et le 19 août, l'écoulement cesse dans la journée, mais il reparaît le soir, d'abord à huit heures, puis à neuf heures, puis à neuf heures et demie.

Le 20 août au matin, au moment où je vois le malade, l'hémorrhagie, qui a débuté la veille au soir, persiste encore. En examinant la gencive, je la trouve saine; point d'ulcérations, point de fongosités. J'aperçois seulement un petit jet artériel du volume de la pointe d'une épingle qui s'échappe du côté externe de la gencive. Je touche très légèrement ce point à l'acide chromique.

Dans la journée, l'hémorrhagie est entièrement suspendue, mais elle reparaît vers minuit. Comme elle continuait le lendemain 21 août dans la matinée, M. Demars pratique une nouvelle cautérisation de la gencive à l'acide chromique. A partir de ce moment l'hémorrhagie s'arrête; pendant les journées du 22, du 23 et du 24 août, elle ne reparaît pas. C'est seulement dans la nuit du 24 au 25 août, vers minuit, qu'elle revient assez abondante. Le 25 au matin, on pratique une injection sous-cutanée de 1 gramme d'ergotine. L'hémorrhagie se prolonge pendant la journée, mais moins forte. A partir du 26 août, elle est définitivement arrêtée. Le sulfate de quinine, qui du 16 au 25 août avait été administré tous les jours à la dose de 1 gramme, est supprimé. Nous sommes aujourd'hui à la fin de septembre, l'écoulement sanguin n'a plus reparu. La gencive a un aspect parfaitement normal.

Je ne crois pas, mon cher maître, que le diagnostic d'hémorrhagie palustre puisse être ici mis en doute. Les preuves dont on peut l'appuyer me semblent à la fois nombreuses et très concluantes.

C'est d'abord l'existence bien nette d'une fièvre intermittente antérieure chez notre malade. Puis la périodicité des accidents, qui se fait sentir dans l'heure, dans la saison, et jusque dans l'année où reviennent les hémorrhagies. C'est, en effet, toujours le soir, toujours pendant les chaleurs de l'été, en juillet et en août, que se sont reproduits les écoulements sanguins. Enfin, à partir de 1869, ils se sont montrés en 1874, 1879 et 1884, c'est-à-dire régulièrement de cinq en cinq ans. On pourrait même faire remarquer que les accidents hémorrhagiques rappellent, par leur type, les accès fébriles du début; ceux-ci, en effet, sont survenus, on s'en souvient, le soir et au mois de juillet.

Pendant la crise hémorrhagique dont nous avons été témoin, les choses se sont passées comme dans les précédentes. Les écoulements sanguins se reproduisaient toujours le soir vers huit ou neuf heures. Enfin, comme les accès de fièvre qui cèdent au sulfate de quinine, ils sont devenus de plus en plus rares, et de moins en moins abondants, au fur et à mesure que le médicament agissait. En même temps, l'heure de leur apparition devenait de plus en plus tardive, puisque, au lieu de se montrer le soir, les dernières hémorrhagies ne sont survenues qu'à minuit, jusqu'à ce qu'elles aient fini par disparaître complètement.

On pourrait objecter, il est vrai, que le sulfate de quinine n'a triomphé que lentement des accidents, puisque les hémorrhagies se sont prolongées pendant quinze jours, du 10 au 25 août. Mais nous ferons remarquer que l'avulsion de quelques racines, faite dans un but thérapeutique, a bien pu avoir un résultat tout à fait opposé à celui qu'on en attendait. Ça été, en effet, un traumatisme surajouté qui a pu contribuer à entretenir l'écoulement du sang. D'ailleurs, le sulfate de quinine, pas plus que le mercure dans la syphilis, n'est un spécifique absolu des accidents paludéens, et l'on ne compte pas les empoisonnements palustres invétérés dans lesquels ce médicament, habituellement si actif, demeure impuissant. Je crois d'ailleurs qu'il serait injuste de ne pas lui attribuer ici une part dans l'heureuse cessation des accidents. Il est, à cet égard, une réflexion intéressante qui nous a été faite spontanément par le malade lui-même. « Dans mes précédentes hémorrhagies, nous disait-il, je perdais beaucoup plus de sang; j'étais aussi beaucoup plus abattu, au point que je ne pouvais me tenir sur les jambes, et que je devais constamment garder le lit. Cette fois, je ne sais si

---

di fundiros el calor de mis convicciones y la entonacion de mi conciencia medica yo necesito ante todo de vuestro concurso espontaneo, de vuestra iniciativa individual.....

Et quelques lignes plus loin :

El sufrimiento y el dolor los sentimientos instintivos de disguto y de compasion que los mismos inspiran, el hemor a la muerte, han impulsado la actividad humana a combatir todo cuanto se la ha opuesto bajo el aspecto y la forma del mal. (P. 24.)	La souffrance et la douleur produites par les maladies, les sentiments instinctifs de dégoût, d'horreur et de compassion qu'elles inspirent, la crainte de la mort ont irrésistiblement poussé l'activité humaine à combattre ce qui s'impose comme une idée de mal à l'intelligence la plus primitive et la moins cultivée. (P. 26.)

Nous citons ces passages de préférence à d'autres, *car tout est traduit de même*, afin de bien faire voir qu'il s'agit, dans cette affaire, non d'une imitation, d'une *adaptation* comme on dit parfois, mais bien d'une simple traduction, dans laquelle on n'a point cru devoir changer un mot au texte primitif. Que pensez-vous, cher confrère, d'un professeur qui traduit et prononce comme venant de lui les paroles que je viens de citer : « Ce n'est pas un enthousiasme jeune et plein d'illusions qui m'inspire ces paroles; elles sont l'expression d'une conviction profonde, mûrie par l'expérience et la réflexion. » La réflexion et l'expérience auraient dû apprendre à M. Encinas à essayer au moins de voiler un peu plus ses emprunts. Mais il s'est dit, sans doute qu'au delà des Pyrénées on n'y regarderait pas de si près.

On y a regardé cependant, et c'est pourquoi je pourrais continuer longtemps encore ces citations. Je vous en fatiguerais sans utilité et j'aime mieux renvoyer ceux qui ne lisent pas l'espagnol au livre du professeur Schutzenberger.

cela tient au médicament que vous m'avez fait prendre; j'ai perdu moins de sang, et surtout je ne me sentais pas aussi fatigué; et, bien que continuant à saigner, j'ai toujours pu aller et venir, sans rester complètement alité. »

En résumé donc, mon cher maître, voici un malade qui, quarante ans après une fièvre intermittente, trente-huit ans après l'extraction d'une dent, présente soudain, sans aucune cause apparente, par l'alvéole de cette même dent, une hémorrhagie que tout nous permet de rattacher à l'empoisonnement palustre dont il a été anciennement atteint! Le fait m'a paru assez intéressant pour mériter de vous être communiqué.

Veuillez agréer, je vous prie, l'assurance de mon affectueux dévouement.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Cinquante-septième réunion des médecins et naturalistes allemands à Magdebourg.

Cette assemblée paraît avoir été plus nombreuse que d'habitude et les journaux allemands nous apportent des appréciations très flatteuses sur les fêtes données par la ville. Dans l'un des discours d'ouverture, le professeur Hochheim n'a pas manqué de faire allusion au célèbre bourgmestre Otto de Gœricke, ainsi qu'au grand Carnot qui s'était retiré à Magdebourg, pour continuer ses études.

Parmi les travaux présentés au Congrès, nous noterons ceux de quelque importance qui se rapportent aux sciences médicales (le mémoire de Finckler et Prior, sur le microbe du choléra nostras, a été analysé plus haut).

M. *Rosenbach* (de Gœttingue) fait une communication sur *les microbes des maladies infectieuses des plaies.* Il a pu mettre en évidence deux microbes désignés par les noms significatifs de *coccus jaune* (en raisin), et de *coccus en chaînons*. Le premier provoque une intoxication rapide du sang, qui, lorsque l'animal en réchappe, se termine par des abcès disséminés dans les reins, les articulations, les muscles, etc. Il est identique au micro-organisme que Becker considérait comme spécifique de l'ostéomyélite aiguë. Le second produit des suppurations prolongées, mais il a des allures plus perfides et sa pénétration dans l'organisme ne s'accompagne d'aucune réaction. Il doit être considérée comme la cause de l'infection pyémique et de la gangrène progressive.

— M. *Schwarz* (de Cologne) présente des considérations générales sur les *relations de la science hygiénique avec les autres parties de la médecine*. Ce discours s'adressait moins aux médecins qu'aux hommes distingués qui représentaient d'autres branches du savoir humain. On remarquera cependant que l'orateur ne se contente pas de l'action cependant très efficace du médecin dans l'organisation allemande. Au nom des intérêts du bien-être public, il demande que le praticien ait sa place et exerce son influence dans toutes les commissions locales et provinciales, les hôpitaux, les écoles, les établissements industriels, etc., et surtout dans la sphère de l'*hygiène professionnelle*. Sa conclusion est empruntée à Franklin : *Public health is public wealth!*

— M. *Kirchoff* (de Halle) consacre une communication très applaudie à l'*influence du darwinisme sur le développement des nations*. On lira avec intérêt ce travail qui ne se prête pas à l'analyse.

Parmi les sujets discutés dans les sections, nous remarquons une note de M. *Ebstein* (de Gœttingue) sur le *traitement de la fièvre typhoïde*. Ce clinicien, l'un des plus ingénieux de l'Allemagne, ne craint pas de préconiser une méthode de traitement différente de celle qui est acceptée comme un dogme dans son pays. Depuis plusieurs années, il emploie avec le plus grand succès la méthode abortive de Schœnlein, c'est-à-dire le calomel, et il se borne au traitement symptomatique, sans se laisser émouvoir outre mesure par les températures élevées qu'il combat au moyen des préparations salicylées. Il ne rejette pas l'emploi des bains froids, auxquels il attribue une puissance de stimulation considérable, mais il considère, avec beaucoup de bons esprits, que ce traitement ne saurait avoir d'action sur les parasites de la fièvre typhoïde, à supposer qu'ils existent.

— M. *Aufrecht* (de Magdebourg) expose le résultat de ses recherches sur la *diphthérie*. Il a rencontré dans cette affection le fameux pneumococcus de Friedländer. Il y aurait donc une analogie de nature entre deux maladies assurément bien dissemblables, la pneumonie franche et la diphthérie. Mais il y a mieux. Le même microbe en capsule a été retrouvé dans un cas de métrite puerpérale au lieu d'insertion du placenta, de sorte que la fièvre puerpérale viendrait se joindre aux deux premières affections! Quelques expériences naïves et absolument insignifiantes, faites sur des lapins, ne semblent guère destinées à faire disparaître l'invraisemblance de pareilles conclusions.

— Pendant que nous en sommes à la pathologie expérimentale, signalons encore une note de M. *Schwalbe* (de Magdebourg) sur la *mélanémie expérimentale*. L'auteur produit dans le sang une accumulation de pigment aussi considérable que dans l'impaludisme le plus grave, par l'injection d'une solution huileuse de sulfure de carbone (au 1/10e) sous la peau d'un lapin. Au bout d'un mois, on rencontre des granulations de pigment dans tous les parenchymes.

De la page 25 à la page 44, c'est-à-dire du commencement à la fin, cette belle étude sur la médecine, son esprit et sa mission, a été traduite. Je me bornerai, pour montrer encore que les scrupules ne gênaient pas l'auteur, à en extraire une seule phrase :

Yo no conozco ni puedo imaginer situacion mas triste, mas des consoladora y abrumante, que la que da el convencimiento de nuestra propia insuficiencia. Yo guerria colocaros por un momento frente a frente de las angustias que pas aran, los que nada pueden porque nada saben o porque non saben los bastante. Que responsabilidad tan cruel! Que esteriles y que terribles remordi mientos!	Je ne connais pas de situation plus triste, plus douloureuse, plus effrayante que celle que donne la connaissance de notre propre insuffisance. Je voudrais pouvoir vous mettre dès aujourd'hui face à face avec les angoisses du malheureux qui ne peut rien parce qu'il ne sait rien ou parce qu'il ne sait pas assez. Quelle responsabilité écrasante! Quels navrants regrets! Quels remords terribles mais stériles!
(Encinas, p. 27.)	(Schutzenberger, p. 31.)

Et dire que M. Encinas a prononcé ces paroles devant un auditoire d'élèves attentifs et studieux, qu'il a été applaudi, qu'il avait sans doute l'air convaincu et l'apparence sincère! Voyons la suite.

La leçon quatrième intitulée : *Division de la ciencia medica. — Ordenacion de sus estudios, plan de ensenanza*, de la page 37 à la page 44, est la traduction littérale des pages 44 à 57 de Schutzenberger. Il m'a semblé, mais je ne puis l'affirmer, que trois pages (45 à 48) ont été ajoutées à cette leçon par l'auteur espagnol. Je n'ai pas eu le temps de vérifier si elles n'ont pas été prises à une autre partie de l'œuvre de Schutzenberger.

Cinquième leçon : *De la medicina practica. — Del objecto y caracter de los trabajos clinicos*, etc. C'est la reproduction d'une leçon de Schutzenberger intitulée : *Du but et de l'esprit des travaux cliniques*, leçon prononcée en 1844. Tout y est traduit, depuis les considérations de pathologie générale jusqu'aux citations du maître de Strasbourg. Il y a même dans

La prochaine réunion du Congrès aura lieu à Strasbourg. Cette décision a été prise quoique l'on ait fait observer que la ville n'avait adressé aucune invitation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 6 OCTOBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

Étude expérimentale sur l'ostéomyélite infectieuse. Note de M. *A. Rodet*. — L'auteur a entrepris un certain nombre d'expériences relativement au rôle joué dans la pathogénie de l'ostéomyélite infectieuse par le micrococcus que l'on rencontre dans le pus de cette affection. Il a obtenu chez des lapins, par l'injection de cultures, des lésions graves d'ostéite, remarquables par leur localisation.

En effet, ces lésions siègent toujours à l'extrémité des diaphyses, dans la région juxta-épiphysaire, et affectent de préférence l'extrémité supérieure de l'humérus, l'extrémité inférieure du fémur et l'extrémité supérieure du tibia. Elles sont contiguës aux cartilages de conjugaison qui les limitent, et qui paraissent leur opposer une barrière infranchissable en restant lui-même parfaitement sain. Ces lésions ont été produites par le micrococcus cultivé jusqu'à la treizième génération. Elles ont, dans tous les cas, été obtenues sans être provoquées par aucun traumatisme.

En résumé, le microbe du pus de l'ostéomyélite infectieuse détermine des lésions d'ostéite juxta-épiphysaire mécanique et suppurée dont l'analogie avec celles de la maladie humaine permet d'affirmer son rôle d'agent spécifique de cette dernière.

Élimination de l'acide phosphorique par les urines dans l'aliénation mentale et l'épilepsie. Note de M. *A. Lailler* (de Rouen). — Après avoir rappelé les travaux présentés récemment à l'Académie, sur le même sujet, par M. A. Mairet, après avoir rappelé aussi qu'il fit lui-même, dès 1876, une première communication sur cette même question à la Société médico-psychologique, M. A. Lailler, pharmacien en chef de l'asile des aliénés de Quatre-Mares-Saint-Yon, fait connaître le résultat des recherches qu'il a poursuivies depuis lors, lesquelles ne portent pas sur moins de sept cents observations.

En voici les conclusions :

1° Dans le délire aigu, dans la manie aiguë, il y a élimination en excès notable d'acide phosphorique et d'urée ;

2° Dans la manie avec excitation, l'élimination de l'acide phosphorique est en léger excès et celle de l'urée est normale;

3° Dans la manie simple, l'urine est à l'état physiologique;

4° Dans la lypémanie à l'état aigu ou avec excitation, il y a exagération notable dans l'élimination de l'urée et une exagération restreinte dans l'élimination de l'acide phosphorique;

5° Dans la lypémanie sans agitation, les doses d'acide phosphorique et d'urée éliminés ne s'écartent pas des doses physiologiques;

6° Dans la paralysie générale, l'excrétion de l'acide phosphorique et de l'urée est en rapport avec les états morbides si multiples que revêt cette forme d'aliénation mentale;

7° Dans l'épilepsie, l'urine, au moment des crises ou immédiatement après, contient une proportion faible d'urée; lorsque les crises se succèdent rapidement, il y a exagération d'acide phosphorique et d'urée; dans l'intervalle des crises, l'urine est normale.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 7 OCTOBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY, ANCIEN PRÉSIDENT.

MM. les docteurs *Sicard* et *Livon*, président et secrétaire de la Société de médecine de Marseille, envoient le *Rapport* manuscrit d'une Commission nommée par cette Société à l'effet de pratiquer des *recherches sur le choléra*. (*Commission du choléra*.)

M. le docteur *Valhié* adresse la *Relation* manuscrite *de l'épidémie cholérique à Cette* en août et septembre 1884. (*Même commission*.)

M. le docteur *Cramoisy* envoie une *Note* manuscrite *sur le traitement des teignes*. — (Renvoi à l'examen de M. *Besnier*.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Coltongues*, une brochure intitulée : *La dermoscopie et la phthisie*; 2° la 5° *Circulaire* annuelle de l'*École et de l'hôpital dentaires de Paris*; 3° de la part de M. le docteur *Gampietro* (de Naples) et de M. le docteur *Marques de Carvatha* (de Rio-de-Janeiro), des brochures sur *le choléra*.

M. *Legouest* présente un *Mémoire* manuscrit de M. le docteur *Masson*, pharmacien-major de 1re classe de l'armée à Lyon, *sur l'origine du sang en médecine légale*. — (Renvoi à l'examen d'une Commission composée de MM. *Legouest*, *Cornil* et *Brouardel*.)

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose, de la part de M. le docteur *Cazenave de la Roche*, une brochure sur l'*action thérapeutique des Eaux-Bonnes dans les maladies utérines*.

M. *Léon Colin* fait hommage d'un *Rapport* manuscrit de M. le docteur *Poncet*, médecin en chef de l'armée à Tunis, *sur les mesures quarantenaires à prendre en Tunisie*.

M. *Empis* est élu membre de la Commission chargée de l'examen des candidatures au titre d'associé national, en remplacement de M. Oulmont, décédé.

Choléra. — M. *De Villiers* s'est adressé à tous les médecins de la Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée, dont il est le médecin en chef, afin d'avoir des renseignements sur l'épidémie de choléra. Un petit nombre d'entre eux, 11 seulement, se sont montrés anticontagionistes et admettent que le choléra s'est développé sur place; parmi les contagionistes, 5 sont un peu incertains; tous les autres ont apporté des

---

cette traduction un perfectionnement. M. Encinas ne se borne pas à traduire Schutzenberger, il s'approprie les paroles de Henle citées par l'auteur alsacien. Après avoir traduit textuellement des phrases comme celles-ci : « La médecine est fille de la nécessité ; la souffrance, la douleur, la compassion, pour les maux de ses semblables ont imposé à l'homme les premières observations pathologiques..., etc. », M. Encinas, arrivant à cette citation de Henle : « Considérer les maladies comme une punition des dieux est déjà un commencement de théorie et les pratiques destinées à apaiser la colère divine portent en elles tout le rationalisme d'une indication causale », la traduit comme le reste, mais oublie de dire à qui elle est empruntée. Par contre, il cite Lobstein. Sait-il seulement qui est Lobstein et pourquoi Schutzenberger aimait à rappeler les paroles de son vénéré maître? « Le médecin, disait-il, doit guérir là où la guérison est possible, s'il ne peut guérir, il doit soulager et, si l'art est impuissant, il peut encore consoler. » Ces paroles sont-elles bien de Lobstein? Schutzenberger ne l'a point affirmé. Il s'est borné à les citer à la fin de sa leçon comme ayant été souvent redites par le professeur. M. Encinas termine de même. Ne pouvant dire : « Je n'ai jamais oublié les paroles de mon maître feu Lobstein », il a modifié ainsi la fin de la cinquième leçon : « A este fin, yo os recuerdo las sentidas palabras del ilustre Lobstein. » Et cela sans doute pour montrer qu'il n'avait pas traduit sans prêter quelque attention à ce qu'il traduisait.

Le médecin; des conditions intellectuelles de son développement. — De l'esprit d'observation. Tel est le titre d'une leçon de Schutzenberger (p. 129). Elle sert de titre à la sixième leçon de M. Encinas et, de la page 67 à la page 78, on ne trouve encore et toujours qu'une traduction. L'auteur espagnol n'a même pas omis de citer une anecdote restée célèbre à la Faculté de Strasbourg. « Un candidat qui avait beaucoup appris par cœur sut démontrer bravement toutes les protubérances et tous les trous de l'occipital sur une

faits probants à l'appui de leur doctrine. Quant à la durée de l'incubation, les avis diffèrent, le choléra d'ailleurs n'étant pas survenu brusquement dans les trois quarts des cas, mais ayant été précédé d'une période de troubles intestinaux variés. M. De Villiers a fait, en outre, le relevé des cas de diarrhée prémonitoire pendant les premiers mois de 1883 et de 1884; on en a compté 2833 en 1883 et 2721 en 1884, de telle sorte qu'il est assez difficile de prétendre qu'il y ait eu cette année une influence épidémique particulière. Relativement aux causes prédisposantes, tous les médecins consultés reconnaissent qu'il faut faire jouer un rôle considérable aux mauvaises conditions hygiéniques, à la qualité défectueuse des eaux de boisson, aux habitations malsaines, aux excès, à la peur, à la mauvaise alimentation; dans un cas, il semble que l'abaissement de la température ait favorisé le développement de la maladie. Un service médical avait été prescrit dans les gares pour secourir les voyageurs, et même des ambulances devaient être établies à proximité; les préfets ayant déclaré n'avoir pas de fonds à leur disposition pour organiser ce service, il a fait défaut presque partout; une seule personne, atteinte de diarrhée grave, a été ainsi secourue à Paris et transportée à l'hôpital Saint-Antoine, où elle a guéri. Enfin, sur les 15 000 personnes employées par la Compagnie P.-L.-M., il n'y a eu que 30 décès, soit 1,88 pour 1000, malgré les fatigues de toutes sortes et les causes particulières de contagion; il faut en attribuer la cause aux soins hygiéniques dont ce personnel n'a cessé d'être entouré.

M. *le Secrétaire perpétuel* donne ensuite lecture d'une communication de M. le docteur *Sirus-Pirondi* (de Marseille), correspondant national, dans laquelle il rend compte d'une enquête faite par M. le docteur *Géry*, et d'après laquelle les divers cas de choléra observés à Soliès-Pont, à Sénez, etc., dans le Var, ont été importés par des personnes arrivées de Toulon et se sont propagés dans une région où n'existait jusque-là aucune prédisposition suspecte.

M. *Ricord* monte à la tribune, désirant, dit-il, faire sa profession de foi en matière de choléra. Il rappelle d'abord qu'en 1832, il resta seul à soigner les 600 malades de l'hôpital du Midi; cet établissement fut encombré de cholériques pendant toute la durée de l'épidémie, la mortalité y fut très élevée; cependant aucune des personnes appelées à leur donner des soins, non plus que les syphilitiques qui avaient pu rester ne furent atteints, si bien qu'on crut alors pouvoir attribuer une vertu préservatrice particulière aux substances dont les murs de cet hôpital avaient pu s'imprégner; de nouvelles observations ont depuis fait justice de cette opinion. M. Ricord en conclut que le choléra n'est pas contagieux, qu'il procède d'une certaine « spontanéité, due cependant à une cause encore ignorée », et il se déclare adversaire résolu des quarantaines; la seule prophylaxie rationnelle serait d'empêcher les personnes saines de venir dans les foyers contaminés.

Infection de la Seine. — Les eaux de Seine qui alimentent un certain nombre de rues du XVIII[e] arrondissement de Paris et sa banlieue Nord sont prises entre Clichy et Saint-Denis, au-dessous du débouché du grand collecteur des égouts, dans lesquels on verse dès maintenant le quart des matières fécales de la capitale. On sait quel est l'état d'infection du fleuve dans cette partie de son cours; de plus, sur la prise d'eau de la banlieue est établi un lavoir, de sorte que la Compagnie d'eaux est ainsi à la source même des matières contaminantes qui peuvent souiller les linges et qui pullulent avec une grande facilité dans les tuyaux.

M. *Daremberg* vient de faire l'analyse de ces eaux, puisées aux bornes-fontaines, et il a reconnu qu'elles contiennent plus de 20 milligrammes de matières organiques par litre, tandis que l'eau pure en renferme d'ordinaire 1 milligramme et une eau simplement utilisable, 3 milligrammes. En outre, l'eau de Saint-Ouen analysée il y a une trentaine d'années par M. Ossian Henry ne contenait que 4 milligrammes de substances organiques, si bien que l'infection de cette partie de la Seine a quintuplé depuis cette époque. Si, d'autre part, on mélange des matières fécales avec une eau de bonne qualité, on remarque que cette eau prend en quelque sorte un titre d'infection d'après lequel il est facile de reconnaître qu'un individu buvant chaque jour deux litres des eaux examinées par M. Daremberg, absorbe ainsi au moins un huitième de centimètre cube de matières fécales par jour, soit un centimètre cube en huit jours. Il faut enfin remarquer que ces mêmes eaux servent constamment au lavage des rues, ainsi qu'aux usages domestiques les plus variés. D'où résulte l'urgente nécessité soit de cesser d'envoyer les eaux d'égout à la Seine, soit de fermer toutes les prises d'eau situées sur ce fleuve en aval de Paris; il serait également indispensable d'exiger qu'aucune ouverture d'égout, aucune prise d'eau publique ne soient établies sans l'autorisation du Comité consultatif d'hygiène publique de France, qui a dans ses attributions, d'après le nouveau décret de réorganisation, le régime des eaux au point de vue de la salubrité.

Une longue discussion, assez confuse, suit cette communication. L'accord est unanime entre les divers membres qui y prennent part sur la nécessité d'interdire toute prise d'eau de Seine en aval de Paris et de ne prendre que l'eau puisée plus haut que Choisy-le-Roi, alors que le fleuve n'a encore reçu les égouts d'aucune agglomération. L'accord est également unanime sur la nécessité de ne verser à la Seine que des eaux d'égout purifiées; tels sont les avis exprimés par

---

première vertèbre que l'un de ses juges lui avait présentée sans la dénommer en le priant de faire ressortir toutes les particularités de cet os. » Le même fait se serait-il produit à la Faculté de Madrid?

La leçon septième (p. 79 à 94) est la traduction de la leçon d'ouverture du cours de Schutzenberger en 1857 (p. 87 à 106). On a dû y supprimer quelques noms propres, celui de Hirtz, par exemple, qui assistait alors Schutzenberger, mais on a eu soin de traduire tout le reste.

La huitième leçon (p. 95 à 107) commence par traduire une étude de Schutzenberger : *Du médecin, des conditions morales de son développement;* mais l'auteur espagnol abandonne bientôt son modèle pour puiser dans une autre leçon la fin de celle qu'il donne comme venant de lui. A partir de la page 108, je n'ai plus retrouvé où M. Encinas avait puisé les éléments qui lui étaient nécessaires pour écrire le livre qu'il a publié l'an dernier. A d'autres de rechercher, s'ils en ont la patience, à quel traité français ou allemand a été empruntée la partie technique et chirurgicale de l'œuvre. Il me suffisait de vous montrer, cher confrère, que plus des cent premières pages, celles qui paraîtront sans doute les plus originales, les plus dignes de fonder la réputation d'un professeur, les plus personnelles dans leur expression et leurs tendances, ont été traduites mot à mot d'un ouvrage français. Du livre de Schutzenberger M. Encinas n'a laissé de côté que les leçons qui traitent de la confraternité médicale, des rapports professionnels, de la moralité professionnelle. Je l'engage à les lire. Il y verra pourquoi je n'ai cru manquer ni à la confraternité ni à la charité professionnelles en signalant à la presse et au public un acte aussi indélicat, aussi répréhensible. Nous comptons en Espagne, parmi les médecins, qu'ils soient ou non professeurs, des amis, des confrères aussi honnêtes que dévoués à leur noble mission. Nous ne doutons pas qu'à Madrid comme à Paris la jeunesse des écoles ne soit soucieuse de l'honneur professionnel. A nos confrères espagnols de ju-

MM. *Bouley*, *Gautier*, *Hérard*, *Rochard* et *Brouardel*. Mais quant à ce qui concerne les procédés de purification de ces eaux, celui-ci fait de graves réserves. Il rappelle qu'une Commission dont il était le rapporteur a déclaré qu'il serait dangereux de déverser sur le sol des eaux d'égout chargées de matières fécales, ce qui est actuellement le cas à Paris, et que les expériences tentées à Gennevilliers pour l'épuration agricole, expériences que l'on veut étendre sur 1600 hectares de la plaine d'Achères, sont insuffisantes; à Berlin on a reconnu qu'un espace beaucoup plus considérable est indispensable, soit 1 hectare par 261 habitants, ce qui nécessiterait pour Paris 10000 hectares de champs d'épuration. M. *Bouley*, par contre, défend avec ardeur les résultats obtenus à Gennevilliers.

Il est entendu qu'un important débat sera soulevé sur toutes ces questions dès la plus prochaine séance. Incidemment, M. *Gautier* rappelle qu'il y a trois mois, au Conseil d'hygiène, M. Alphand a affirmé qu'on pouvait immédiatement fournir à tous les habitants de Paris soit de l'eau de source, soit de l'eau de Seine puisée en amont; rien n'a été fait depuis cette époque par l'administration.

M. *Lunier* fait remarquer que cela est impossible dans l'état actuel de la canalisation et M. *Daremberg*, qui a constaté également cette impossibilité, ajoute que les entraves apportées aux propriétaires (remise préalable d'une somme de 500 francs, etc.) qui désirent avoir de ces eaux dans leur rue rendent difficile l'accomplissement immédiat de cette réforme.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 1er OCTOBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT

Paralysie faciale à la suite des traumatismes de la région temporale, rapport : M. Chauvel. — Réflexions à propos de trente-trois cas d'ovariotomie : M. Terrillon. Discussion : MM. Terrier, Lucas-Championnière, Tillaux, Le Dentu. — Malformation congénitale de la main : M. Guermonprez (de Lille). — Présentation de malade : M. Kermisson.

M. *Chauvel* lit un rapport sur un travail de M. Véron à propos de deux observations de paralysie faciale à la suite d'un traumatisme de la région temporale.

— M. *Terrillon* rapporte les résultats d'une série de trente-trois ovariotomies qu'il a pratiquées et fait à cette occasion quelques réflexions. De ses trente-trois malades, vingt-neuf ont guéri, quatre sont mortes. Toutes les malades guéries ont été revues et, à l'heure qu'il est, vingt-sept sont encore très bien portantes; quant aux deux autres, l'une porte encore une tumeur stationnaire, l'autre a succombé un an après l'opération à un cancer généralisé.

La conclusion de cette statistique est qu'en France comme ailleurs on peut tenter avec grande chance de succès les opérations de gastrotomie. Les statistiques remarquables de M. Péan et de M. Terrier ont déjà depuis longtemps donné raison à cette assertion. Presque toutes les malades opérées avaient été ponctionnées depuis plus ou moins de temps, et, malgré l'emploi des canules les plus fines, on a toujours trouvé les traces de la ponction et quelques adhérences à son niveau. Ces adhérences peu étendues n'ont d'ailleurs donné lieu à aucun incident opératoire. Il en a été de même des adhérences plus considérables, reliant la paroi du kyste à l'épiploon ou aux anses intestinales. Elles ne sont que tout à fait exceptionnellement une contre-indication à l'intervention. Du reste, leur diagnostic est des plus incertains et on ne peut avoir que des présomptions sur leur existence par les renseignements fournis par l'examen pathologique des malades : douleurs vives à un moment donné, sensation de tiraillement dans l'abdomen, élévation de la température générale et locale, etc.

M. *Terrillon* a fait ses opérations avec les procédés antiseptiques les plus rigoureux, soit à la Salpêtrière, dans le service si bien organisé par son prédécesseur, M. Terrier, soit en ville et en province. Elles ont été dirigées trente fois contre des kystes multiloculaires, deux fois contre des kystes paraovariens, une fois contre un kyste dermoïde. Relativement aux adhérences sur le diagnostic desquelles il a insisté précédemment, on peut classer ces cas en trois catégories : dans onze faits il n'y avait que des adhérences insignifiantes; dans quatorze faits la paroi adhérant soit à l'intestin, soit à l'épiploon dut être disséquée et plusieurs ligatures durent être faites; dans les autres cas, il s'agissait de ces kystes infiltrés entre les deux feuillets des ligaments larges.

Chez un certain nombre de malades, le kyste se rompit pendant l'opération et le contenu se déversa dans le péritoine sans qu'il s'ensuivît le moindre accident.

Le pédicule a toujours été abandonné dans la cavité abdominale. Les ligatures vasculaires faites au niveau des adhérences ont été pratiquées au catgut et perdues. Dans aucun cas d'extirpation complète on n'a employé le drainage; il a été réservé exclusivement aux cas rares d'extirpation incomplète.

Les lèvres de la plaie abdominale ont été réunies par des sutures métalliques après adossement des surfaces péritonéales et les fils enlevés du huitième au dixième jour. Quelques petits abcès, sans importance d'ailleurs, ont été observés à leur niveau.

La durée totale des manœuvres opératoires a varié de trente minutes à une heure et plus. Cette durée, d'après M. Terrillon, importe peu pour le résultat final; ce n'est pas

---

ger, pièces en mains, la moralité de l'un des professeurs de leur première Faculté.

— Nous avions annoncé que nous parlerions ici de l'*internat des femmes*. Mais cette lettre est déjà bien longue, et il nous a d'ailleurs paru que ce qui touche à l'intérêt de ces dames devait être, dans un journal bien élevé, l'objet d'un article particulier. (Voyez aux *Variétés*.)

Hospices civils de Marseille. — *Concours d'élèves en médecine et en chirurgie pour le service des hôpitaux.* — Le lundi 8 décembre 1884, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour cinq places d'élèves internes. Le lundi 15 décembre, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour huit places d'élèves externes. Les candidats pour le premier concours auront à justifier du nombre de douze inscriptions et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes ou comme stagiaires.

Les élèves nommés entreront en exercice le 1er janvier 1885. La fin de leur exercice est fixée au 31 décembre 1888 pour les internes, et au 31 décembre 1887 pour les externes. Les internes seront logés, nourris, éclairés et chauffés dans les hôpitaux. Ils recevront un traitement de : la première année, 360 francs; la deuxième année, 420 francs; la troisième et la quatrième année, 480 francs. Les étudiants en médecine étrangers à Marseille, qui viendront prendre part au concours de l'internat, recevront de plus une indemnité de voyage réglée comme suit : les frais de voyage pour l'aller seront remboursés aux étudiants nommés élèves internes; les frais de voyage pour l'aller et le retour seront payés à l'étudiant étranger qui arrivera le premier après le nombre d'élèves nommés internes; les élèves externes recevront un traitement de 300 francs par an.

---

la longueur, mais la difficulté des manœuvres qui crée un danger.

La température des opérées n'a pas dépassé en moyenne 38°,5 ; chez quelques-unes elle est montée à 40°, 40°,5. Cette élévation du premier ou du second jour après l'opération n'a aucune signification pronostique, elle est le résultat de la fièvre traumatique.

Dans les cas terminés par la mort, les causes de ce dénouement fatal se classent ainsi : chez une malade l'existence de deux kystes volumineux nécessita des manœuvres laborieuses, qui épuisèrent la patiente ; chez une autre un kyste avec adhérences étendues fut incomplètement enlevé, on fit le drainage, mais la malade mourut de péritonite purulente ; chez une troisième atteinte de péritonite latente des phénomènes aigus se développèrent ; enfin la quatrième mourut d'épuisement à la suite de l'extirpation d'une tumeur extrêmement volumineuse.

Chez les 29 malades guéries et revues, on note que l'une d'elles devint enceinte huit mois après l'opération et accoucha à terme, qu'une autre fit une fausse couche de six mois ; qu'une troisième est atteinte d'éventration ; qu'une quatrième eut un an après un cancer au niveau de la cicatrice, qui l'emporta rapidement. Chez toutes les autres malades on constate un engraissement très notable.

M. *Terrier* désire insister sur quelques points de la communication de M. Terrillon, points à propos desquels il diffère d'opinion. D'abord l'élévation de la température le soir n'est rien moins qu'un signe de péritonite latente et ce n'est pas un gage des adhérences. Il n'y a pas de véritables signes des adhérences des kystes de l'ovaire. C'est ce qui résulte de l'observation des faits.

M. Terrillon a signalé la récidive du néoplasme dans la cicatrice dans un de ses cas et a dit à ce sujet que c'était là un accident encore assez fréquent. Ce n'est pas l'avis de M. Terrier, qui sur 83 cas personnels de malades suivies depuis plusieurs années, n'en a pas rencontré un seul cas. Les lectures qu'il a pu faire l'ont confirmé dans cette opinion. C'est là, il faut bien le dire, quelque chose de curieux que ces productions de structure essentiellement maligne ne se généralisant pas alors même que l'on en a constaté et raclé au cours d'une génération des greffes sur les parties voisines : fond de l'utérus, cul-de-sac recto-vaginal.

Les abcès de la paroi abdominale fréquemment observés au niveau des points de suture, semblent à M. Terrier dus à la durée de leur séjour. Cette durée doit être abrégée le plus possible ; autrefois M. Terrier laissait en place ces fils huit jours et plus et observait des abcès ; maintenant il les enlève au quatrième jour et n'observe plus cet accident.

M. Terrier est tout à fait de l'avis de M. Terrillon au sujet de la signification de l'élévation de la température des premiers jours ; elle n'indique aucun phénomène grave. Ce n'est pas par cette exacerbation brusque de la température que s'annonce la péritonite des opérées. Dans ce cas le thermomètre atteint assez lentement un degré élevé.

M. *Lucas-Championnière* croit aussi que l'on n'arrive pas à diagnostiquer les adhérences des kystes de l'ovaire. C'est également l'opinion de Spencer Wells et d'autres chirurgiens anglais. Les douleurs répétées et vives qu'on retrouve dans l'histoire d'un grand nombre de malades sont dues non à des phénomènes inflammatoires, mais à des poussées congestives s'étant produites du côté du kyste.

— M. *Tillaux* rapporte deux faits très démonstratifs sur le peu de valeur de la durée et de l'intensité des douleurs au sujet des adhérences. Une femme portant un kyste de l'ovaire avait d'horribles douleurs ; se fondant sur ce symptôme, nombre de chirurgiens avaient refusé de l'opérer, craignant de rencontrer des adhérences. M. Lefort entreprit nonobstant l'opération, il n'y avait pas traces d'adhérences. L'année dernière une malade se présente à M. Tillaux avec un kyste traité quelque temps auparavant par la ponction et l'injection iodée ; douleurs intolérables ; à l'ouverture de l'abdomen pas d'adhérences.

La péritonite même aiguë, ajoute M. Tillaux, n'est pas une contre-indication à l'opération. Il a opéré l'année dernière une malade dont le péritoine était en pleine suppuration, la guérison n'en a pas eu moins lieu.

Les abcès au niveau des points de suture peuvent peut-être entre autres causes reconnaître une contusion du péritoine tiraillé par les pinces lorsqu'on le saisit pour affronter les surfaces séreuses. Depuis quelques années M. Tillaux évite avec soin cette manœuvre.

M. *Le Dentu* est d'avis que plus les douleurs accusées par les malades, affectées de kyste ovarique, sont intenses, plus il y a à parier pour qu'elles ne soient pas dues à des poussées inflammatoires du côté du péritoine. Elles reconnaissent pour cause des poussées congestives du côté des parois des kystes ; ces poussées s'accompagnent de véritables *coliques cystiques*, sur lesquelles M. Le Dentu a déjà appelé l'attention dans un travail communiqué à l'Académie de médecine.

M. *Guermomprez* (de Lille) lit un travail sur un cas de malformation congénitale de la main.

— M. *Kirmisson* présente un malade de vingt-six ans, atteint de mal perforant depuis dix ans. Son affection a débuté par le pied droit, où elle a été traitée par l'amputation d'un orteil ; quelque temps après, récidive sur l'orteil voisin : nouvelle amputation. Depuis quelques mois, le mal s'est manifesté du côté gauche ; aucun des symptômes du mal perforant ne fait défaut : aspect de l'ulcération, anesthésie, etc. Recherchant la cause de ces accidents, M. Kirmisson a trouvé chez ce garçon les traces d'un spina bifide de la région lombaire actuellement guéri, mais dont l'existence ne saurait être contestée.

A. Pousson.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. DELPECH.

Compte rendu annuel des travaux de la Société : M. C. Paul. — Projet de construction d'un édifice commun aux diverses sociétés savantes : MM. C. Paul, Bucquoy, Dujardin-Beaumetz.

M. *C. Paul* donne lecture de son compte rendu des travaux de la Société de thérapeutique pendant l'année 1883-1884.

— M. *C. Paul* fait savoir à ses collègues qu'il a été chargé de proposer à la Société de thérapeutique de contribuer par un apport pécuniaire de 200 francs aux travaux d'étude, déjà en cours d'exécution, relatifs à la construction d'un édifice commun aux diverses Sociétés savantes. Les noms des personnes qui sont à la tête de ce projet sont une sûre garantie de l'honorabilité absolue de l'entreprise, les études déjà faites permettent d'en espérer une réussite relativement facile, et il est à peine besoin de faire ressortir les avantages sérieux que les Sociétés savantes trouveraient dans sa réalisation.

M. *Bucquoy* fait observer que la Société médicale des hôpitaux, déjà pressentie à cet égard, a donné son adhésion à ce projet.

M. *Dujardin-Beaumetz* avait eu depuis longtemps la pensée qu'il serait profitable d'avoir à Paris un édifice analogue au palais des Sociétés savantes de Bruxelles ; il accepte entièrement en ce qui le concerne la proposition soumise à la Société de thérapeutique.

— La proposition énoncée par M. C. Paul est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

— A cinq heures et quart la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

De la destruction de la substance grise de la moelle lombaire, par MM. Ehrlich et Brieger. — Recherches expérimentales sur les altérations que la destruction des cellules motrices ganglionnaires provoque dans les districts innervés par elles.

Il est possible d'obtenir chez le lapin une destruction localisée de la substance grise en plaçant autour de l'aorte une ligature temporaire pendant une heure. Une période plus courte ne suffit pas, et des symptômes graves font leur apparition, tandis que l'anémie prolongée pendant une heure ne provoque que des phénomènes paralytiques. La paralysie motrice et sensible des extrémités postérieures est absolue; la vessie est paralysée ainsi que le sphincter externe. Pas de lésions trophiques de la peau. Hypertrophie rapide des parois vésicales (lésion qui, en l'absence d'un travail excessif, doit être attribuée à la distension). Au bout de douze jours, contracture des muscles paralysés, puis dégénérescence atrophique. Déjà, trois à quatre jours après l'opération, le tronc nerveux a perdu son excitabilité pour le courant électrique, pendant que le muscle a conservé son irritabilité; les nerfs dégénèrent par conséquent aussi vite que lorsqu'ils sont sectionnés.

Dans la moelle, les lésions se limitent au début à la substance grise, qui perd ses fibres nerveuses et dont les ganglions se racornissent; plus tard, toute la substance grise se transforme en tissu conjonctif. En outre, des lésions importantes se montrent dans la portion nerveuse des cordons antéro-latéraux. Les cordons postérieurs sont intacts, d'où l'on peut conclure que leur centre trophique doit être situé en dehors de l'axe spinal. (*Zeitsch. für klin. Med.*, t. VII, et *Cent. f. med. W.*, 1884, n° 34.)

De la filtration de l'air contenant des microbes, par M. Hesse. — L'auteur, qui s'est occupé précédemment des microbes de l'atmosphère, et a publié sur ce sujet un travail important dans le *Recueil des travaux de l'Office sanitaire* (2e volume), a cherché à résoudre au point de vue pratique la question de la construction des respirateurs qui doivent combiner une filtration parfaite avec un passage suffisant d'air atmosphérique. Comme matériel filtrant, il choisit le papier Joseph et l'ouate. Le papier à filtrer arrête déjà les microbes lorsqu'il est plié en deux; en cinq couches successives, il arrête sûrement tout organisme étranger. Une simple feuille d'un papier très perméable diminue déjà considérablement la proportion de microbes. A mesure que l'on ajoute des couches, le nombre des organismes diminue en rapide progression. La rapidité du courant atmosphérique n'a qu'une action secondaire sur le nombre des microbes qui passent à travers un filtre. Des filtres parfaits deviennent de moins en moins perméables pour les particules solides et pour l'air à mesure que s'y accumulent les poussières. En résumé, l'auteur recommande pour les respirateurs une combinaison de papier à filtrer avec la ouate. (*Deutsche med. Woch.*, 1884, n° 2.)

Un cas d'affection labyrinthique consécutive aux oreillons, par M. Moos. — Un garçon de treize ans avait perdu dans son enfance, à la suite d'une maladie indéterminée, l'ouïe du côté gauche, pendant que du côté droit l'acuité auditive pour la voix ordinaire atteignait encore 3 mètres. En avril 1883, il fut atteint d'oreillons, dont le début coïncida avec une aggravation des symptômes auditifs; au bout de cinq jours, la surdité était absolue et resta telle. L'examen montre les signes déjà constatés précédemment de sclérose double du tympan.

M. Moos estime que l'oreillon à droite a provoqué un exsudat du labyrinthe. « Les filets nerveux avoisinant la fenêtre ronde avaient perdu leur fonction, soit par suite de la pression de l'exsudat, soit par atrophie, d'où la surdité pour les tons élevés, tandis que les filets nerveux situés plus haut et servant à la perception des sons moins élevés fonctionnaient encore, du moins par la voie osseuse. L'utricule n'était pas touché, aussi le tic-tac de la montre était-il perçu. »

Au point de vue de la nature de la maladie, M. Moos admet l'opinion de Lannois et Lemoine : nature infectieuse, avec tendance aux exsudats. (*Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 3.)

Recherches sur la facilité de résorption de certains sels dans l'estomac, par M. W. Jaworski. — Expériences faites sur un homme de vingt-huit ans parfaitement bien portant, qui ne prenait au repas du soir que du lait ou des soupes, afin d'avoir l'estomac vide le matin suivant. Cet homme avalait chaque matin 500 centimètres cubes de solution de l'un des sels suivants : sulfate, phosphate, carbonate de soude, sulfate de magnésie, chlorure de sodium, chlorure de potassium et de magnésium, perchlorure de fer.

Après un intervalle de quatorze à soixante minutes, le liquide stomacal était retiré par aspiration. Dans le liquide filtré, incolore, sans albumine, on faisait les analyses chimiques nécessaires. Les résultats des expériences (dix-neuf en tout) sont les suivants :

La résorption est surtout rapide pour les carbonates acides (soude et magnésie), très lente pour les chlorures (par ordre de facilité, les chlorures de magnésium, de sodium, de fer); les sulfates occupent une place intermédiaire.

La différence dans la résorption est d'autant plus marquée, que la solution reste plus longtemps dans l'estomac. La présence des acides, spécialement de l'acide carbonique, active la résorption, tandis que les alcalins la retardent.

La présence du sel de cuisine dans le liquide de l'estomac ne favorise ni le travail de l'estomac, ni la sécrétion du suc gastrique.

L'introduction d'eau distillée produit la sécrétion d'un contenu acide (chlorhydrique); l'acidité est d'autant plus marquée, que la température de l'eau est plus basse.

Ces résultats, obtenus chez le même individu, sont parfaitement comparables, mais ne peuvent être généralisés. (*Zeitsch. für Biol.*, t. XIX, p. 397.)

Observations d'embolies graisseuses, par MM. Vogt et Zwicke. — M. Vogt a vu, vingt-quatre heures après la résection du genou pratiquée chez une jeune fille de douze ans, la mort arriver par embolie graisseuse du poumon. Il suppose que la graisse a été résorbée rapidement et en masse à la surface de section de l'os, dont la dégénérescence graisseuse était très avancée. Dans des circonstances analogues, il n'appliquera plus immédiatement les surfaces de section des os, et veillera à ce que le drainage de la plaie soit bien établi. Dans les cas de difformité apparente, il ne faut pas rechercher une coaptation à tout prix des surfaces osseuses, mais se servir comme auxiliaire des méthodes de l'extension graduelle. Si ces dernières font défaut, et si la dégénérescence graisseuse des os est très avancée, enfin si la circulation est défectueuse, l'amputation est indiquée plutôt que la résection. (*Centralb. für Chirurgie*, 1883, n° 24.)

M. Zwicke a vu à la clinique de Bardeleben deux cas de fracture (du col du fémur et de l'humérus) où la mort se produisit au début de l'anesthésie chloroformique; l'autopsie démontra l'existence d'embolies graisseuses dans le poumon. Dans les deux cas, la mort apparut subitement et d'une façon

absolument inattendue. Le second cas présentait cette particularité que le cerveau et la moelle n'avaient pas d'embolie graisseuses, ce qui est contraire à l'opinion de Scriba, d'après laquelle l'embolie graisseuse du poumon serait incapable de produire la mort. Il fut impossible de découvrir la cause réelle de l'embolie et de son point de départ. (*Deutsche med. Woch.*, 1883, n° 32, et *Cent. f. med. W.*, 1884, n° 10).

La solution alcaline de bismuth comme réactif de la glycose dans l'urine, par M. E. Nylander. — En principe, la réaction par le bismuth possède sur celle de Trommer l'avantage que ni l'acide urique, ni la créatinine ne réduisent l'oxyde de bismuth. Comme cependant toute urine normale, chauffée pendant longtemps avec le sous-nitrate de bismuth et la soude, se noircit, Salkowski a recommandé d'employer le carbonate de soude, que l'on dissout jusqu'à saturation dans l'urine. Mais cette modification enlève au procédé une partie de sa sensibilité, car des quantités de glycose de 0,1 à 0,2 pour 100 ne fournissent plus la coloration noire caractéristique.

L'auteur a fait des expériences nombreuses afin de fixer la sensibilité de la réaction et les règles pratiques de son emploi. Il employait un réactif qui contenait pour 100 grammes 2 grammes de bismuth, 4 grammes de sel de Seignette, une quantité variable de soude. La plus grande sensibilité est obtenue lorsque le réactif contient 8 pour 100 de soude, et que l'on met en présence 1 gramme d'urine et 1 décigramme de réactif. Dans ces conditions, on retrouve encore des proportions de 0,25 pour 1000. Si l'on augmente la quantité de réactif et la proportion de soude, la sensibilité décroît. Le réactif devrait, par conséquent, avoir la composition suivante : 2 grammes de bismuth, 4 grammes de tartrate de potasse et de soude, 50 grammes de solution de soude au 1/10, 50 grammes d'eau distillée.

La présence de l'albumine à partir de 0,3 pour 100 gêne un peu l'action du réactif; au-dessous de 0,3 pour 100, la réaction est très nette. Le réactif se conserve intact pendant six mois au moins. (*Zeitsch. für phys. Chemie*, VIII, et *Cent. f. med. W.*, 1884, n° 20.)

BIBLIOGRAPHIE

Hygienische Grundsätze bei der Reconstruction von Städten, etc. (Des principes hygiéniques qui doivent présider à la reconstruction des villes, spécialement en ce qui concerne Szegedin), par le docteur A. V. Rozsahegyi, professeur d'hygiène à l'Université de Klausenbourg. (Brochure in-8° de 40 pages, Berlin, 1884.)

On n'a pas perdu le souvenir de l'émotion qui accueillit la nouvelle de la destruction de Szegedin, la seconde ville de la Hongrie, par une inondation de la Theiss dans la nuit du 12 mars 1879. La ville tout entière était couverte de 2m,7 d'eau; sur 5723 maisons, 265 seules restaient debout et 151 personnes périrent faute de secours.

Au bout de quelques semaines, la place où florissait la ville n'était plus qu'un immense lac couvert de débris de toutes sortes.

Sa situation dans un bassin au-dessous du niveau de la Theiss constituait pour la ville détruite un danger permanent, et cependant il fut résolu en haut lieu de la reconstruire sur place dans ce dangereux emplacement. Il est probable que des motifs de politique et d'économie sociale ont déterminé cette résolution en apparence singulière; quoi qu'il en soit au point de vue de l'hygiène, la reconstruction de Szegedin, dans ces difficiles circonstances, mérite d'être étudiée, et personne ne pouvait mieux nous en faire connaître les détails que le jeune et sympathique professeur d'hygiène de Klausenbourg.

Le premier soin de l'administration hongroise fut de provoquer le dessèchement du lac qui avait remplacé Szegedin. A cet effet on construisit une digue circulaire de dix kilomètres et demi entourant toute la ville et partageant en deux la masse des eaux; cet ouvrage dura soixante-quinze jours et fut terminé à la mi-juin. On installa ensuite 120 à 130 pompes mues par 50 locomobiles, travaillant jour et nuit à déverser les eaux dans le terrain environnant. En soixante-dix-neuf jours, 32 975 816 mètres cubes d'eau furent ainsi éloignés, ce qui, joint aux 4 662 000 mètres cubes enlevés par l'évaporation, fournit environ la masse des eaux endiguées.

« Ce puisement permanent eut pour résultat heureux, dit l'auteur, en maintenant, l'eau en mouvement incessant, d'empêcher sa stagnation et sa putréfaction, circonstance qui explique pourquoi l'état sanitaire resta satisfaisant en général. »

Les parties élevées séchèrent au soleil; les portions envasées furent immédiatement ensemencées de plantes à croissance rapide et se recouvrirent d'une superbe végétation; les parties trop dangereuses furent arrosées d'une solution de sulfate de fer au dixième.

Sur cette table rase, il s'agissait de reconstruire une ville qui, aux termes de la délibération du Conseil sanitaire hongrois, devait en beauté, confortable, état sanitaire, facilité de communications, l'emporter à tel point sur l'ancienne, que l'on arrivât à oublier la catastrophe et qu'elle servît de modèle à toute la Basse-Hongrie.

Les principes admis après une mûre délibération, furent les suivants :

1° Extension du périmètre.

2° Relèvement du niveau du sol.

3° Création de squares; orientation hygiénique des maisons, etc., etc.

4° Réserver un emplacement de maison à chaque famille : planchers à 50 centimètres ou à 1 mètre du sol. Création de maisons modèles pour les gens pauvres. Amélioration générale de la ventilation et du chauffage.

5° Création de boulangeries et de buanderies communes, de marchés, d'abattoirs, etc.

6° Choisir du matériel très sec pour la construction : assécher les rues et les rendre peu à peu propres et imperméables.

Système d'évacuation des vidanges se rapprochant du *tout à l'égout*, sans rejeter entièrement les fosses mobiles, à cause de leur utilité dans un pays essentiellement agricole.

7° Fournir à la ville de bonne eau potable, et pour cela abandonner l'eau des puits et de la Theiss.

8° Placer : les fabriques dans des points où l'évacuation de leur détritus puisse se faire facilement; les casernes sur des collines isolées par de vastes places, pour empêcher la propagation des épidémies; les hôpitaux et les cimetières sur des emplacements choisis avec le plus grand soin.

Pour abriter provisoirement les habitants, on construisit des baraquements dont les plans, exposés à l'Exposition d'hygiène de Berlin, ont paru bien compris et bien adaptés à leur destination.

On pratiqua dans le sol les forages d'études qui sont tant à la mode en Allemagne et l'on put se rendre compte ainsi qu'à 3 ou 4 mètres de la superficie existait une couche d'argile imperméable, doucement inclinée vers la Theiss.

On commença la construction d'une digue extérieure longue de 15 600 mètres, digue qui, jointe à la chaussée du chemin de fer (Algyo-Szegedin) et à la digue précédemment décrite, fournit une triple barrière contre les inondations de l'avenir.

Pour le plan général des rues on choisit le système en éventail, partagé par deux rues maîtresses circulaires en trois

zones principales. Ces dernières rues sont elles-mêmes construites de façon à pouvoir servir de digues en cas de besoin.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les détails intéressants qu'il nous donne au sujet de la construction des maisons, de l'établissement des squares, etc.

Le système adopté pour les égouts est assez compliqué. La préférence des autorités eût été un système unique, mais pour cela le réseau aurait nécessairement traversé les deux rues circulaires visées plus haut et leur aurait enlevé leur caractère de digue. Il a donc fallu diviser la ville en quatre circonscriptions. Comme d'autre part, les égouts devaient être au-dessous du niveau moyen de la Theiss, il fallait créer des stations d'épuisement où des pompes puissantes refouleraient constamment les eaux d'égout dans des points déterminés du fleuve. Il semble d'après les premiers faits observés que ce système produira des résultats avantageux.

C. Zuber.

Index bibliographique.

Les guérisseurs, par M. Charles-Félix Durand. In-18 de 311 pages. Paris, 1884. C. Marpon et E. Flammarion. — Ce petit livre renferme le tableau détaillé et très agréablement tracé des diverses pratiques ayant pour objet la guérison des malades, soit par des moyens proprement médicaux, mais en dehors de l'exercice régulier de la profession, soit par des moyens suggérés uniquement par l'ignorance, le préjugé ou le mysticisme. On y voit défiler le bourreau-médecin, les rebouteurs, les sorciers, les guérisseurs d'écrouelles, les « balivernes du magnétisme », la médecine noire, l'apothicaire, l'herboriste, le dentiste, le pédicure, le garde-malade, la médecine en plein vent, etc., etc. Il y a là de quoi instruire bien des médecins qui ne connaissent qu'imparfaitement ces *dessous* de leur art, mais surtout de quoi procurer au public le double avantage d'une lecture amusante et de révélations piquantes et inattendues qui seraient bien faites pour le mettre en garde contre les pièges du charlatanisme s'il n'était destiné à y tomber éternellement.

On croit reconnaître, dans certaines pages de ce volume, la main fraternelle de M. Mary-Durand, rédacteur en chef du *Courrier médical*.

La prostitution en France, études morales et démographiques, par le docteur A. Desprès. Paris, 1883. J.-B. Baillière. — Il est des livres qui sont faits pour être attentivement lus de la première à la dernière page; il en est d'autres que l'on tient à garder parce qu'ils contiennent une série de documents utiles à retrouver à un moment donné, nécessaires aux amateurs de statistiques, à ceux qui cherchent des chiffres précis pouvant servir à la défense d'une doctrine ou d'une hypothèse. Le livre de M. Armand Desprès est, parmi ces derniers, un de ceux dont nul ne contestera l'intérêt. Les nombreux tableaux qu'il contient et les chiffres qu'il donne à l'appui de considérations et de conclusions parfois contestables ont été établis ou recueillis avec un soin et une sincérité auxquels chacun rendra justice. Il sera même assez piquant parfois de rechercher les motifs qui ont fait do certaines villes des centres de prostitution libre ou classée. Pourquoi Cauterets et Salins renferment-ils un si grand nombre de prostituées, alors qu'une infinité d'autres villes plus exposées encore — et plus longtemps surtout — aux visites des étrangers en restent privées? Il y a dans ces statistiques officielles tant de causes d'erreur, que l'on no peut sans réserves admettre que les eaux de Cauterets exigent, aux environs des buvettes ou des salles de bains, une série d'établissements ou de chambres destinées à un autre usage, et l'on ne saurait non plus défendre cette idée que la prostitution est en raison directe de l'affluence des malades ou des touristes. On cherche dans les Pyrénées tout autre chose qu'une maison de tolérance! Il nous semble donc bien difficile de tirer des chiffres cités par l'auteur quelque conclusion précise à ce point de vue. Les rapports de la prostitution avec la dépopulation de la France sont mieux établis, bien qu'il soit encore possible de soutenir que la diminution progressive de la natalité (en Normandie, par exemple) tienne à de tout autres causes. Un chapitre que l'on ne manquera pas de lire et de discuter est celui qui examine ce qu'il conviendrait de faire pour entraver la propagation des maladies vénériennes. La *visite de santé* des soldats et des marins a pu rendre des services à ce point do vue. Son caractère inutilement vexatoire et répugnant l'a fait modifier et même supprimer. Les propositions de loi qu'énonce M. A. Desprès auront-elles plus de succès? Nous en doutons; mais, si l'on se place au point de vue de l'auteur, on ne peut trop en blâmer l'esprit. Ces questions si complexes et si difficiles à résoudre ne peuvent être envisagées au seul point de vue qui a préoccupé l'auteur. On l'a dit souvent : sans être nécessaire, la prostitution est un mal difficile à extirper, plus difficile encore à réglementer, et les lois les plus rigoureuses à ce point de vue paraîtront toujours les meilleures, sinon les plus faciles à faire respecter.

VARIÉTÉS

LES FEMMES INTERNES.

On se préoccupe beaucoup depuis quelques jours de savoir si les femmes médecins devront ou non être admises au concours de l'internat. Parmi nos confrères, les uns ont fait valoir les inconvénients multiples qui résulteraient de l'introduction dans les salles de garde d'un démon tentateur; les autres ont soutenu que l'interne étant le suppléant, le confident, l'ami du chef de service, celui-ci ne verrait pas sans un certain embarras une jeune femme attachée à ses pas, désireuse de le suivre partout et de lui prêter en tout et toujours l'assistance qu'un interne fidèle doit à son affectionné maître; d'autres enfin n'ont pas craint de faire remarquer que les malades eux-mêmes auraient à souffrir de l'internat des femmes, et que telle ou telle circonstance — effet inévitable d'une organisation mensuellement faillible — pourrait singulièrement gêner les services que l'on réclame d'urgence à l'interne de garde. Notez que tout élève qui manque pendant dix jours à son service sans permission est rayé de la liste. Dix jours, ce peut être une période, qui renouvelée plus ou moins intégralement une douzaine de fois par an, dépasserait peut-être la *permission*. Toutes ces objections et d'autres encore, comme celle de la subordination d'un externe barbu à une blonde interne, ont de la valeur, mais il faut prendre la question de plus haut. Savez-vous de quoi il s'agit ici? Eh! tout simplement de l'émancipation de la femme, et ceux-là seuls sont logiques qui ne marchandent sur rien qui soit de nature à séparer les sexes autrement que par la ficelle légendaire. Partez de ce principe. On ouvre aux femmes les portes des Facultés et des Écoles non pour l'ornement de leur esprit et pour ajouter des agréments d'anatomie pathologique et de *tout à l'égout* aux fleurs de rhétorique qu'elles amassent ailleurs, mais bien pour leur assurer, quand cela leur plaît, l'exercice d'une profession. Elles vont donc devenir médecins, médecins de la tête aux pieds, en passant par toutes les spécialités qu'on voudra imaginer. Dès lors, tout est dit. On leur doit l'instruction complète, et, par une conséquence forcée, tous les moyens d'instruction. On ne veut plus d'officiers de santé. Fi donc! des *demi-médecins!...* Et l'on créerait des demi-médecins docteurs, non plus en réduisant la scolarité, ce qui est très intelligible, sinon salutaire, mais en maintenant, au contraire, la scolarité la plus élevée, avec interdiction des meilleurs moyens d'en remplir les conditions, ce qui n'est ni sensé, ni juste; de plus, le règlement *oblige* les élèves externes de deuxième et de troisième année à concourir pour l'internat; il oblige par là même les juges à recevoir les plus méritants sans renouveler les constatations de l'état civil.

Continuons : cet interne en corsage, s'il se montre supérieur, vous en ferez, j'espère, un chef de clinique. Pourquoi non? Quelle objection? Il a déjà manié les malades, hommes et femmes; il vient de commander à des élèves mâles; il a été en rapport quotidien avec le chef de service. Sa position ne change pas en passant sous-chef. Vient le concours du

Bureau central : est-ce que vous allez l'en exclure? Ah! ici on hésite, et l'une des échappatoires courantes est que les étrangers n'y sont pas admis. O inconséquents! Il n'y a pas d'argument plus fort contre le système tout entier. Quoi, la femme est apte à devenir praticien; elle est suffisamment intelligente, suffisamment énergique, suffisamment *virile* pour atteindre aux sommets de l'art, et ces personnes précieuses, ces grandes sources de bienfait, vous en priverez les pauvres malades! A quel titre? Comme *femmes?* alors il ne fallait pas les enlever à leur tricot. Comme intruses, comme partageuses, et, de ce chef, assimilables aux « étrangers »? alors il ne faudrait pas parler d'émancipation, et Mlle Hubertine Auclert ne serait pas contente.

Allons, e'est dit; la femme devient médecin, ou chirurgien, ou accoucheur des hôpitaux. Vous ne pouvez pas faire autrement. Or, à ce degré d'élévation, on passe de plein pied au professorat, et tout le monde conviendra qu'il n'y aurait rien de plus raisonnable, puisque le professorat est en soi exempt de tous les inconvénients résultant de la nature diverse des fonctions précédentes, et qu'on rappelait tout à l'heure. Par les mêmes raisons, Académie de médecine, Institut deviennent, comme les salons du monde, entremêlés de dames et de messieurs. Et enfin personne ne voudra que des doctoresses, de grands personnages de l'Assistance publique, des académiciens restent à la porte de la Chambre des députés et du Sénat, où tant de médecins du sexe laid font déjà figure.

Et voilà comment la grosse question de l'émancipation des femmes est tout entière contenue dans ce petit œuf de l'internat des hôpitaux.

Pour conclure, ou il faut que les externes femmes de deuxième et de troisième année soient admises au concours de l'internat, ou il faut que le règlement concernant le concours soit modifié. Et pendant qu'on y sera, on fera sagement de modifier beaucoup d'autres choses; ce qui, soit dit en passant, pourrait avoir lieu sans nuire à la cause très légitime et très sérieuse de l'éducation et de l'instruction de la femme.

A. D.

P. S. — Pourquoi les femmes, dont on dit qu'elles ont plus de peine à se taire qu'à parler, aiment-elles à se faire médecins et non avocats? Il y a là-dessous un mystère féminin qui pourrait devenir un sujet de concours à l'Académie des sciences morales.

Constantinople. Congrès international de santé. — La querelle dont on avait espéré la solution est encore pendante. On se rappelle que le grand-vizir, pour renforcer l'action des médecins ottomans, qui n'étaient qu'au nombre de sept contre treize délégués des puissances, a fait nommer sept nouveaux membres ottomans, tous médecins militaires. Par esprit de conciliation, le Conseil avait consenti à entendre les adjoints dans une réunion spéciale, au sujet des quarantaines actuelles, mais non dans les réunions réglementaires et hebdomadaires. Tout avait été ainsi arrangé avec le président du Conseil. Une première réunion spéciale avait eu lieu et une seconde convenue à court délai, quand, un jour de réunion réglementaire, les délégués des puissances furent prévenus que les sept nouveaux membres ottomans assisteraient à la réunion. De nouvelles démarches étant restées sans effet, la séance a eu lieu seulement en présence des quatorze délégués ottomans et de M. Dickson, délégué anglais, mais en protestant, d'ordre de son gouvernement, contre le droit de vote des nouveaux élus. Les autres délégués se sont abstenus.

D'après les nouvelles adressées au journal le *Temps*, le gouvernement ottoman vient de prendre une attitude un peu différente. Le vice-président du Conseil a adressé aux délégués une nouvelle circulaire, expliquant que les membres honoraires ne pouvaient intervenir que dans les cas où une question scientifique devrait être discutée. Cette tentative de conciliation n'a pas abouti. Les délégués d'Allemagne, d'Autriche, de France, de Russie et même d'Angleterre, ont déclaré qu'ils refusaient toute espèce de vote aux membres honoraires. Le grand-vizir sera sans doute obligé de céder.

Choléra. — *Quelques* cas de décès cholériques sont signalés dans l'Ariège, le Cantal, la Corse et le Lot. Du 7 à 8, à Toulon, 1 décès en ville et 1 à Saint-Mandrier; à Marseille, 5 décès, dont 1 à bord du vapeur français *Avali*, venant de La Nouvelle, et qui a été envoyé au Frioul. Dans le même espace de temps, à Oran, 2 décès; à Bône, 2; en Italie, 8 à Naples; 10 à Gênes, et 2 à La Spezzia.

Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris. — Le jury est ainsi composé : MM. Luys, Grancher, Quinquaud, Polaillon, Henriet, Kirmisson et Bar.

Actes de dévouement. — Mme de Saint-Jullien, supérieure des filles de Charité de Saint-Vincent de Paul, supérieure à l'hôpital militaire de Marseille, vient d'être nommée chevalier de la Légion d'honneur pour services rendus au cours de la dernière épidémie cholérique. Une médaille d'or lui avait déjà été décernée pour la même cause, en 1865.

Legs. — Outre les legs faits à l'Académie de médecine, M. le docteur Onlmont vient de laisser, par testament, à des Compagnies savantes ou à des Sociétés charitables, une somme d'environ 80 000 francs : l'Association des médecins de la Seine et l'Association des médecins de France sont comprises dans ces libéralités, l'une pour un legs de 6000 francs, et l'autre pour un don de 10 000 francs en faveur de la caisse des pensions.

Faculté de Nancy. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira à Nancy, le 19 janvier 1885.

Les aspirants doivent se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, trente jours au moins avant l'ouverture du concours. Chaque candidat, en se faisant inscrire, produira son acte de naissance, son diplôme de docteur, et, s'il y a lieu, ses états de service dans l'Université. Nul ne pourra être admis à concourir, s'il n'est Français ou naturalisé Français; s'il ne jouit de ses droits civils; s'il ne présente un diplôme de docteur en médecine ou en chirurgie obtenu devant une des Facultés de l'Etat.

Distinctions honorifiques. — Nous sommes heureux de pouvoir annoncer que M. le docteur Ehrmann (de Mulhouse) vient d'être nommé officier de la Légion d'honneur. Notre savant confrère, dont les beaux travaux sur l'uranoplastie et la staphylorrhaphie ont été couronnés en 1869 et 1875 par l'Académie de médecine de Paris, est correspondant de cette Académie. Sa haute situation en Alsace et les services qu'il a rendus à nos concitoyens justifiaient non moins la haute distinction qui lui a été accordée.

Légion d'honneur. — Ont été promus ou nommés :

Officiers : MM. Massaloup (Auguste-Eleuthère), médecin principal de 1re classe; Accarias (Adolphe-Romain), médecin principal de 2e classe.

Chevaliers : MM. Palloux, médecin-major de 2e classe; Bertrand, médecin-major de 2e classe; Cabanié, médecin-major de 2e classe.

Corps de santé militaire. — Le ministre de la guerre a prescrit l'inscription d'office, à la suite du tableau d'avancement, pour services exceptionnels rendus pendant la dernière épidémie cholérique :

Pour le grade de médecin principal de 2e classe : M. Derazey, médecin-major de 1re classe.

Mortalité a Paris (40e semaine, du 26 septembre au 2 octobre 1884).—Fièvre typhoïde, 18.—Variole, 0.—Rougeole, 13.—Scarlatine, 4. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 23. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 1. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 43. — Phthisie pulmonaire, 193. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 55. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 35. — Bronchite aiguë, 9. — Pneumonie, 33. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 50; au sein et mixte, 35; inconnu, 0. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 71; de l'appareil circulatoire, 48; de l'appareil respiratoire, 62; de l'appareil digestif, 35; de l'appareil génito-urinaire, 18; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 3. — Morts violentes, 24. — Causes non classées, 6. — Total : 806.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITE DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 16 octobre 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : L'INFECTION DE LA SEINE; LES EAUX DE PARIS. — NOTE SUR LE KÉFIR. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : Le bacille de Koch. — La propagation du choléra par l'eau. — Les eaux de Paris.

La commission de la Société médicale de Marseille, sur les récents travaux de laquelle M. Le Roy de Méricourt vient de faire un très intéressant rapport, apporte de nouvelles preuves à l'appui de cette opinion, tendant à se répandre dans le monde savant, que le bacille virgule ne peut être considéré comme la cause spécifique du choléra. Les recherches de M. Lewis, professeur à l'école de Netley, également signalées par M. Le Roy de Méricourt, ainsi que les renseignements fournis par des médecins ayant séjourné dans l'Inde, corroborent encore cette manière de voir. Depuis que M. Koch a appelé l'attention sur ce micro-organisme, les préparations affluent de toutes parts qui en démontrent l'existence dans un certain nombre de maladies très différentes du choléra, dans des eaux de source qui n'ont pu être contaminées et jusque dans la sécrétion salivaire de personnes bien portantes. La ressemblance morphologique indiscutable de ces préparations sur la platine du microscope n'entraîne pas toujours, il est vrai, l'identité des organismes examinés au point de vue de leurs propriétés physiologiques et de culture, et ce point de vue suffit à laisser encore toute les opinions dans le doute, jusqu'à ce que des expériences directes de contrôle aient été entreprises en nombre suffisant. Quoi qu'il en soit, on peut répéter pour toutes les recherches expérimentales entreprises à l'occasion de la dernière épidémie, ce que M. Le Roy de Méricourt exprime à propos des travaux de la commission de Marseille, à savoir que ces recherches montrent bien « ce que n'est pas le choléra, mais ne dévoilent pas ce qu'il est ». La question reste tout entière, bien que des données très précises, jusqu'ici inconnues, aient pu tout au moins être acquises et permettent d'espérer la découverte « de l'organisme figuré dont la détermination n'est pas encore faite, mais dont la raison scientifique nous affirme l'existence », suivant la remarque de M. Marey.

Cette circonstance n'en montre que davantage la nécessité de procéder à de sérieuses investigations sur les conditions de propagation de cette maladie. M. Marey, dont l'*Essai de théorie physiologique du choléra*, publié en 1865 dans la *Gazette hebdomadaire*, avait été alors si remarqué, vient de fournir un véritable modèle d'enquête à l'appui du *questionnaire* pour lequel la commission de l'Académie sollicite du corps médical des renseignements. La contamination des eaux est assurément l'une des sources de propagation du choléra qu'il importe le mieux de connaître, et nous voudrions que pour les autres modes de développement cholérique on puisse s'inspirer des exemples fournis par l'éminent professeur. La communication qu'il a faite à l'Académie est un document considérable dont la rigueur scientifique s'allie à l'interprétation la plus précise; et les conseils qu'il donne pour toutes les recherches de même ordre ne sauraient être suivis avec trop de soin. Superposant, en quelque sorte, les renseignements statistiques à la description topographique des localités atteintes, et surtout à la disposition des cours d'eau, des puits et de la canalisation des eaux de consommation, il a pu, comme on le verra au *Bulletin*, démontrer, pour plusieurs épidémies anciennes, l'influence manifeste d'eaux contaminées employées en boisson ou pour les usages domestiques. M. Marey irait même sans doute plus loin encore; car, après avoir énuméré, d'après le dépouillement des nombreux rapports envoyés à l'Académie sur les épidémies antérieures, les diverses causes de ces épidémies, il pense « qu'il n'émane d'un sujet atteint de choléra aucun élément contagieux volatil dangereux pour ceux qui le respirent; les sueurs, les déjections seraient inoffensives tant qu'elles ne sont pas desséchées; les liquides, dit-il, retiennent, jusqu'à leur complète évaporation, les particules solides même les plus ténues, mais, aussitôt que cette évaporation est achevée, les résidus tombent en

poussière au moindre contact, et, livrés au souffle de l'air, les germes pénètrent dans l'organisme des individus sains qui les reçoivent soit par les poumons ou même, plus ou moins directement, par les voies digestives». Tel serait, avec le transport par les eaux de consommation, le mode de propagation le plus puissant du choléra, suivant M. Marey. On sait qu'au contraire M. Koch attribue à la dessiccation une influence prépondérante, s'appuyant à cet égard sur la susceptibilité particulière de la spirille, dite Komma. D'autre part, certains observateurs, tels que M. Léon Colin, hésitent « à considérer les liquides non seulement dans leur action périphérique, mais même employés en boissons, comme l'intermédiaire principal de la contamination » (*Bulletin de l'Académie de médecine,* séance du 15 juillet 1884, p. 933). M. Léon Colin répliquera sans doute dans l'une des prochaines séances; nous reviendrons alors sur ce point du débat. Dans l'état actuel de la science, l'étiologie du choléra est nécessairement complexe.

La communication si importante de M. Marey, avec le caractère si scrupuleusement scientifique qu'elle possède, ont a davantage fait ressortir les difficultés qu'éprouve une Compagnie savante, telle que l'Académie, à s'occuper de détails administratifs. Les observations présentées il y a huit jours à la suite du mémoire de M. Daremberg permettaient de penser que l'Académie s'empresserait d'émettre un vœu formel et autorisé, en faveur de la pureté des eaux de consommation à Paris et contre le déversement d'eaux chargées d'immondices dans la Seine. Il n'en a rien été; ce vœu ne sera peut-être pas encore adopté la semaine prochaine et l'on s'est un peu attardé à des considérations qui n'ont qu'un rapport indirect avec les délibérations d'une Académie de médecine. Ce n'est pas à elle qu'il appartient d'entrer dans l'examen des difficultés d'un problème aussi compliqué que celui du service des eaux de la ville de Paris et du département de la Seine, et il n'est pas indispensable de recommencer, sous une autre forme et à l'aide d'arguments nouveaux, cette ardente querelle entre les *séquanistes* et les *antiséquanistes* que M. Linas exposait avec une raison si judicieuse, ici même, en 1862. Le rôle de l'Académie nous paraît consister, avec plus d'avantages pour tout le monde, à indiquer les principes que l'Administration doit appliquer sous peine de porter de graves atteintes à la santé publique. Or trois questions ont été soulevées, du moins jusqu'ici, devant l'Académie : 1° l'infection de la Seine depuis Choisy-le-Roi et surtout en aval de Paris, infection causée par le déversement de nombreux égouts et de plusieurs usines; 2° l'alimentation de la capitale et de sa banlieue en eau potable; 3° le mélange dans la canalisation d'eaux de rivière et d'eaux de source.

Il ne faut évidemment pas confondre, et l'on n'y apporte peut être pas assez d'attention, l'alimentation d'eau des communes suburbaines du département de la Seine avec cette même consommation à Paris. Or, ainsi que l'a rappelé une proposition toute récente de M. Deligny au Conseil général de la Seine, l'alimentation de la capitale en eau potable et en eau de lavage, sans avoir atteint dans toutes ses rues le développement désirable, est néanmoins incomparablement supérieure à celle des 565 000 habitants qui peuplent la banlieue. Ceux-ci, répartis en 71 communes, reçoivent chaque jour 67 800 mètres cubes, soit environ 120 litres par jour et par habitant ; mais la grande importance des usines et fabriques du département et des services publics y réduit la consommation privée à des proportions très insuffisantes. En outre, ces eaux sont toutes puisées en Seine et en Marne pour près de la moitié des populations desservies. Leur qualité est des plus nuisible; leur température et leur limpidité sont inégales; la plupart sont infectées et renferment des matières organiques en abondance. A ce danger grave et permanent, il n'y a que deux moyens de remédier, soit en alimentant les communes suburbaines avec de l'eau de Seine prise en amont de Choisy-le-Roi sur la Seine et de Nogent sur la Marne par un acqueduc spécial, soit en dérivant une partie des eaux de sources qui servent au service privé de Paris ; cette dernière solution, moins coûteuse et qu'il serait assez facile de réaliser lorsque les projets d'amener de 150 000 à 200 000 mètres cubes d'eau de sources nouvelles à Paris seront mis à exécution, nous paraîtrait quant à présent préférable. Le Conseil général va être appelé à prendre une décision à cet égard dans quelques jours.

M. Armand Gautier, en reproduisant les notes que l'Administration du service des eaux lui a fournies, a montré que cette Administration ne faisait nulle difficulté de reconnaître les desiderata signalés à la tribune de l'Académie et qu'elle avait depuis longtemps préparé des projets pour y remédier. Ce qui distingue, en effet, le service des eaux de Paris de celui des autres capitales, c'est que le service domestique, d'une part, et les services public et industriel, d'autre part, sont alimentés en eaux d'origine différente, distribuées par deux canalisations indépendantes. Les services public et industriel sont alimentés en eaux de rivière : eau d'Ourcq dans les quartiers bas, eau de Seine dans la zone moyenne, eau de Marne dans les quartiers hauts du Nord ; enfin, sur les sommets (Belleville et Montmartre) en eau de Marne également, mais relevée par des machines de relais. Quant au service domestique, il reçoit des eaux de sources, savoir : dans les quatre cinquièmes de Paris (quartiers bas et moyens), par la dérivation des sources de la Vanne (110 000 mètres par jour); dans les quartiers hauts du Nord, par la dérivation de la Dhuis (20 000 mètres); enfin, sur les sommets (Belleville et Montmartre), également en eau de Dhuis, mais relevée par machines de relais dans des réservoirs spéciaux. Toutes ces eaux, conduites dans 1916 kilomètres de tuyaux de canalisation, servent au service de nettoiement, au service de puisage ou d'alimentation pour le public non abonné, aux fontaines monumentales, au service d'incendie dont les bouches sont toutes branchées sur les conduites d'eaux de source à pression plus constante, et enfin à la consommation domestique, Mais celle-ci est loin de l'emporter sur la consommation industrielle et sur celle des services publics. M. Deligny, dans un rapport datant déjà du 5 décembre 1883, montrait qu'à la date du 1er juillet de cette année, le service privé employait journellement 38 032 mètres cubes d'eau de source et 9980 mètres cubes d'eau de rivière, soit 48 012 mètres cubes, tandis que le service industriel prenait 6655 mètres cubes d'eau de source, 20 907 d'eau de rivière et 24 137 d'eau de l'Ourcq, au total 52 099 mètres cubes ; de plus, les services publics employaient 217 671 mètres cubes. Il faut encore ajouter 91 400 mètres cubes pour la consommation non comptée, attribuée pour environ 4000 mètres cubes aux abonnements à robinet libre existant encore et, pour le reste, à l'insuffisance d'évaluation du débit des appareils de la voie publique et à un excédent très important de consommation dans les établissements publics de toute nature. En somme, la distribution par habitant est à Paris de 182lit,49 en moyenne par jour, et les nouvelles machines d'Ivry peuvent la porter

à 220 litres; mais, comme on le voit, les services publics et industriels en absorbent la plus grande portion, à tel point que la part moyenne d'un habitant de Paris n'est que 21lit,43. M. Doligny signale même, dans son curieux et remarquable rapport, certains arrondissements, et ce sont les plus populeux, où elle descend à 10 litres, tandis que dans les quartiers où les valeurs locatives sont les plus fortes, elle est de 48 litres. « Ici la propriété fait relativement bien les choses et donne à ses locataires l'eau nécessaire pour qu'ils soient propres; là la propriété s'ingénie à empêcher la consommation d'eau et impose la malpropreté et l'infection. » Ainsi l'eau potable ne manque pas à Paris; mais il est urgent d'en réglementer l'usage de telle sorte qu'elle soit équitablement répartie pour chacun de ses habitants. Le Conseil municipal a voté un projet qui augmente encore les ressources en eau potable d'excellente qualité, et rend obligatoire un abonnement de 50 litres par jour et par habitant pour la consommation domestique, avec un tarif des plus réduits. Il est à souhaiter que les nombreux délais que de tels projets doivent subir n'entravent pas trop longtemps l'exécution d'un si important bienfait pour la population.

Reste la question de la substitution (et non le mélange), obligatoire dans l'état de choses actuel, des eaux de source et de rivière. Les renseignements apportés à la tribune par M. Armand Gautier et par M. Daremberg, de même que les articles si précis et si intéressants publiés, l'année dernière, par M. Vallin dans la *Revue d'hygiène*, ne laissent malheureusement aucun doute. Bien que les canalisations soient différentes, et quoique l'Administration s'en défende, il est certain que cette substitution a lieu fréquemment, plus souvent peut-être que l'Administration supérieure ne le croit elle-même, car tous ceux qui se sont tant soit peu occupés de cette situation pourraient en citer de nombreux exemples. Sans doute, à certains moments, la diminution des sources oblige à modifier pour quelques jours la distribution d'eau dans un ou plusieurs arrondissements et le public en est prévenu deux jours à l'avance; mais que de fois cette substitution ne se fait-elle que momentanément! En fait, tous les habitants de Paris savent bien, aux variations que subit la couleur de l'eau dans leur carafe, que dans maintes circonstances on leur a fait boire pendant quelques jours ou quelques heures des eaux de compositions très différentes. C'est là chose des plus graves; on y risque d'infecter les réservoirs et les conduites d'eaux de source, lorsqu'on songe à la teneur en matière organique des eaux de rivière distribuées à Paris. Lorsqu'une ville reçoit à grands frais des eaux si limpides, aussi pures que celles de la Dhuis et de la Vanne, elle se doit de les garder indemnes de toute souillure, et, lorsque leur quantité devient insuffisante, elle doit assurément avoir pris des mesures pour fournir aussitôt d'autres eaux, fût-ce des eaux de rivière plus ou moins salies, mais non sans avoir prévenu la population, non sans avoir pris elle-même des mesures pour les purifier préalablement autant que possible et non sans avoir pris soin de ne pas infecter les réservoirs et les conduites qui reçoivent les premières.

L'Administration, qu'on nous permette de le faire remarquer, s'est laissé autrefois éblouir par l'importance des magnifiques travaux d'art qu'elle a eu à entreprendre pour la consommation d'eau à Paris; elle a trop vu le côté technique; mais en proclamant bien haut les qualités spéciales de son œuvre, elle a quelque peu négligé les considérations sanitaires qui s'imposaient plus impérieusement encore à elle; de là cette difficulté qu'éprouvent les corps savants à obtenir des renseignements suffisants, cette sorte d'impatience que l'Administration éprouve à reconnaître l'exacte situation dont chacun ne demande cependant qu'à faciliter la transformation. Sans entrer dans aucun des détails qui ne sont pas de son domaine, et tout en prévoyant les délais nécessaires à de telles entreprises, l'Académie rendra un signalé service à la population et aux pouvoirs publics eux-mêmes en affirmant, avec toute son autorité, la nécessité de garantir la pureté des eaux de source de Paris contre toute souillure, de ne fournir à ses habitants et à ceux de sa banlieue que des eaux de bonne qualité et pour chacun d'eux en quantité suffisante, et enfin de faire cesser aussitôt que possible l'infection du fleuve dont ils sont les riverains.

M.

Note sur le kéfir.

Le kéfir est du *koumiss de vache*. Cette définition n'est pas d'une exactitude absolue, mais elle indique bien la nature du nouveau produit et l'importance qu'il peut acquérir. Le vrai koumiss, malgré ses qualités, n'était vraiment pas accessible à la médecine occidentale : le kéfir peut être préparé partout. Sans doute ni l'un ni l'autre n'entreront avant longtemps dans la thérapeutique usuelle : il importe cependant de signaler cette boisson originale, ne fût-ce que pour les particularités curieuses de sa préparation. Nous avons extrait la plupart des renseignements qui suivent d'un mémoire du docteur Krannhalz (de Riga) (1), le seul travail qui n'ait pas été publié en russe.

Le kéfir est le produit d'une fermentation spéciale du lait; il constitue une boisson alcoolique contenant une notable quantité d'acide carbonique, employée de temps immémorial par les montagnards du Caucase. Le ferment se présente sous forme de petites boules arrondies, irrégulières, jaunâtres, semblables à des choux-fleurs minuscules.

Ces boules, de la grosseur d'une noix, de consistance élastique, recouvertes d'une couche mince de mucus vitreux, peuvent être facilement morcelées. Introduits dans du lait, les fragments y provoquent rapidement une fermentation; la caséine se coagule et de l'acide carbonique se dégage : une croûte épaisse se forme à la surface composée de caséine coagulée et de débris du ferment : pour que la fermentation puisse continuer, il faut que cette croûte soit désagrégée.

Les montagnards du Caucase enferment le lait (de chèvre ou de vache) ainsi que le ferment, dans des outres en peau de bouc (*Bourdjouk*), qu'ils placent au soleil en hiver, à l'ombre en été. Pendant la fermentation, le mélange doit être fréquemment agité : les enfants sont chargés de ce soin, et d'ailleurs une vieille tradition exige que tout passant vienne donner un coup de pied à la peau de bouc. Au bout d'un demi à deux jours, la boisson est consommée et remplacée par du lait frais.

Ce procédé rudimentaire est actuellement remplacé par une méthode plus scientifique qui comprend : 1° la préparation du ferment; 2° la préparation du kéfir.

1° *Préparation du ferment.* — Le ferment du commerce (qui se trouve dans toutes les bonnes pharmacies de la Russie) forme des fragments jaunes ou bruns. On les place pendant cinq à six heures dans un peu d'eau tiède. Lorsque

(1) *Ueber das Kumys-ähnliche Getränk « Kephir », und ueber den « Kephyrilz »* (Deutsches Archiv, für klinische Med., t. XXXV, p. 18, juillet 1884).

les fragments sont gonflés, on les lave avec soin à l'eau fraîche, puis on les place dans du lait qu'il faut changer une à deux fois par jour. Les petites boules perdent peu à peu leur couleur jaunâtre pour une nuance d'un blanc vif; au lieu de rester au fond du vase, elles arrivent peu à peu à monter rapidement à la surface; au bout d'une semaine aprés elles s'élèvent déjà de vingt à trente minutes, ce qui témoigne d'une activité convenable.

2° *Préparation du kéfir.* — On met une cuillerée du ferment ainsi préparé dans une bouteille à champagne remplie de lait, débouchée pendant les premières heures, maintenue à une température de 14 à 15 degrés Réaumur, en agitant soigneusement. Au bout de huit à vingt-quatre heures, la liqueur est filtrée, mise dans une bouteille fraîche, bouchée, et toujours agitée de temps en temps; aussi conseille-t-on de ne remplir que les 4/5 de la bouteille.

Au bout de vingt-quatre heures on obtient le kéfir *faible* ou d'un jour, liquide qui contient peu d'alcool et d'acide carbonique; le kéfir *moyen* ou de deux jours, le plus employé, est plus fort et a une consistance crémeuse; le kéfir *fort* ou de trois jours est de nouveau liquide, aigre et alcoolique; au delà, la boisson devient impropre à l'alimentation.

Ce sont là des moyennes et un kéfir dit *de deux jours* peut fort bien n'être prêt qu'au bout de quatre jours. La rapidité de la préparation est directement proportionnelle à la quantité de ferment et à l'élévation de la température.

Une méthode plus simple est employée partout où l'on peut se procurer une bouteille de bon kéfir, moyen ou fort.

On en ajoute 1/5 ou 1/3 en volume à une quantité donnée de lait de vache, on met en bouteille pendant deux jours environ, en secouant de temps à autre. La bouteille est vidée jusqu'au tiers ou au cinquième de son contenu, qui servira de ferment pour une opération subséquente.

Un bon kéfir moyen doit mousser fortement quand on débouche la bouteille, avoir une consistance crémeuse, une odeur et une saveur acidule agréable et ne laisser aucune trace de flocons de caséine sur la langue. Pour obtenir ce bon résultat, l'essentiel est de bien soigner le ferment.

Voici, d'après Tuschnisky, les modifications intervenues dans la composition chimique du lait :

	Lait de vache.	Kéfir moyen.
Albumines.	48.00	38.00
Graisses.	38.00	20.00
Sucre de lait.	41.00	20.025
Acide lactique.	»	9.00
Alcool.	»	8.00
Eau et sels.	873.00	904.975
Densité.	1028	1026

Il y aurait donc fermentation alcoolique et lactique aux dépens de la lactose. En même temps une partie de la caséine et de l'albumine se peptoniserait suivant la plupart des auteurs, comme dans le koumiss. Il faut dire cependant que ce n'est là qu'une supposition dont Sadowenj n'a pas pu démontrer la réalité.

On en consomme habituellement de six à huit verres par jour, en commençant par deux à trois et en buvant petit à petit. La durée de la cure est indéterminée; dans les affections tuberculeuses, on la continue toute l'année.

Le kéfir a les mêmes indications thérapeutiques que le koumiss. Il s'adresse en premier lieu à la débilitation de la nutrition, qu'elle résulte de maladies aiguës, d'affections constitutionnelles ou de désordres du système digestif. Suivant les médecins russes, généralement épris de cette nouvelle boisson fermentée, le kéfir favoriserait la nutrition, empêcherait la déperdition des forces, provoquerait indirectement la résorption des produits inflammatoires, activerait la diurèse et la diaphorèse, hâterait la guérison des catarrhes chroniques du tube digestif et augmenterait le poids du corps. Ce serait là un ensemble de qualités bien précieuses!

Jusqu'ici l'on n'a donné que des éloges au kéfir : la facilité de sa préparation, son bon marché, ont séduit tout le monde dans un pays où le koumiss est si apprécié; mais il faut bien des travaux encore pour définir sa valeur thérapeutique exacte.

Voici quelques détails intéressants sur le ferment.

Au microscope chaque petite boule se compose d'une infinité de petites sphères qui semblent agglomérées par une masse muqueuse.

Chacune de ces sphères comprend des cellules de levure, des bâtonnets, des spores, etc.

Les cellules affectent la forme ronde ou ovale comme celles de la levure de bière. Elles appartiennent nettement au genre *Saccharomyces.*

Parmi les bactéries, la forme la plus caractéristique est un bâtonnet terminé par deux sphères dont la forme générale rappelle celle d'un haltère. Kern (*Bull. de la Soc. imp. des nat. de Moscou*, 1881), qui a fait le premier une étude complète de ce ferment, pensait que ce bâtonnet représentait un genre nouveau indépendant du genre Bactérie, et lui avait donné le nom de *Dispora Caucasica.* Cette conclusion n'a pas été adoptée par d'autres savants russes.

La culture de ce microbe réussit bien, soit sur la gélatine de Koch, soit dans un liquide analogue à celui de Pasteur : elle démontre sa reproduction par scissiparité.

D'après Krannhalz, le ferment doit être composé de parties à peu près égales des micro-organismes : si l'un ou l'autre vient à prédominer, la fermentation change de caractère et le produit est dénaturé.

C. Zuber.

Contributions pharmaceutiques.

SAVON PONCE ALCALIN CONTRE LE PITYRIASIS VERSICOLOR.

Bien des médicaments ont été proposés pour combattre le pityriasis versicolor : les lotions à l'acide nitrique, celles au soufre ou au borax; les pommades aux sels mercuriels ou au goudron; mais rien ne détruit mieux ce *microsporon* que le savon ponce alcalin. A l'action de l'alcali, qui reste sur la peau, vient s'ajouter l'action mécanique de la poudre de pierre ponce.

En ayant soin de faire matin et soir des frictions prolongées sur les parties affectées, la peau est débarrassée de ce champignon dans un temps relativement court.

Les savons ponces du commerce ne sont pas propres à cet usage. Ils sont faits avec des savons de soude durs et une dose insuffisante de pierre ponce.

La formule que je conseille est la suivante :

Savon noir................	100 grammes.
Pierre ponce porphyrisée.....	50 —

Mêlez avec soin.

Le savon noir est un savon de potasse mou, la ponce l'amène à une bonne consistance de pommade.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

FIÈVRE INTERMITTENTE TIERCE. — TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'ACIDE PHÉNIQUE, par M. DIEULAFOY, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

OBS. — Un homme âgé de trente-six ans, exerçant la profession de cocher, entre dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, le 26 juin 1884, salle Andral, n° 26. Ce malade, qui a des accès de fièvre tierce, a déjà subi à plusieurs reprises les atteintes de la malaria.

Première atteinte en 1877. — Il y a sept ans, c'est-à-dire en 1877, il fut atteint à Richemond, pour la première fois, de fièvres palustres intermittentes qui présentèrent franchement le type tierce. L'accès revenait régulièrement tous les deux jours à quatre heures du matin et durait jusqu'à six heures et demie environ. Le stade de frisson était très violent, le malade claquait des dents et se sentait secoué des pieds à la tête; le stade de chaleur était très court, les sueurs succédaient très vite au frisson. Le stade de frisson durait à peu près une heure un quart, et les stades de chaleur et de sueur réunis duraient le même temps.

La fièvre fut combattue au moyen de la quinine, mais le malade ne sait plus à quelle dose elle lui fut donnée; il se rappelle seulement qu'il la prit pendant les trois mois que durèrent les accès. Après trois mois la fièvre disparut assez brusquement, sans que la progression décroissante eût été sensible dans la durée ou dans l'intensité des accès.

Deuxième atteinte en 1882. — Cinq ans plus tard, en 1882, les accès de fièvre ont reparu, affectant également le type tierce, et reparaissant comme la première fois à quatre heures du matin. Le malade entre à l'hôpital de la Charité, où on lui administre la quinine de la façon suivante : la veille de l'accès, 1 gramme; le jour de l'accès, 50 centigrammes.

Les accès furent coupés au bout de trois semaines, et la quinine fut administrée huit jours encore après la chute de la fièvre. Le malade prit par conséquent 15 grammes pendant la durée des accès, et 22gr,50 pendant toute la durée du traitement.

Troisième atteinte en mai 1883. — Il entre de nouveau à l'hôpital au mois de mai 1883, dans le service de M. Moutard-Martin, à l'Hôtel-Dieu, et on administre la quinine dans les mêmes conditions et aux mêmes doses. Les accès de fièvre sont tierces et débutent comme précédemment à quatre heures du matin, mais ils n'ont pas la même régularité; deux ou trois fois ils avortent le malaise et le mal de tête annoncent l'imminence de l'accès, mais ces jours-là la fièvre fait défaut.

Les accès furent coupés au bout de quatre semaines, mais le malade resta quinze jours de plus à l'hôpital, pendant lesquels il continua son traitement. Il prit par conséquent 22gr,50 de quinine pendant la durée des accès, et en tout 33 grammes de quinine.

Quatrième atteinte. — Pour la quatrième fois cet homme est pris d'accès de fièvre le 18 juin 1884, à quatre heures du matin; la veille il s'était senti souffrant et courbaturé. Du 18 au 26 juin, jour de l'entrée à l'hôpital, les accès ont été franchement tierces. Le malade est fatigué, sans appétit, la céphalalgie est presque continue, très vive au moment de l'accès; la rate et le foie ont leur volume normal.

Le 27 juin, accès à quatre heures du matin jusqu'à cinq heures quarante-cinq. Je pratique dans la matinée deux injections sous-cutanées d'une solution d'acide phénique au 1/100. La seringue dont j'ai fait usage contenait 1gr,25; on a donc injecté 2 centigrammes et demi d'acide phénique.

Le 28, jour d'apyrexie, pas d'accès. — Quatre injections, deux le matin, deux le soir. On a donc injecté 5 centigrammes d'acide phénique.

Le 29, accès à quatre heures du matin; à cinq heures et demie l'accès était terminé. Pendant la journée le malade se sent mieux qu'il ne se sent d'habitude le jour de l'accès. — Deux injections matin et soir.

Le 30, apyrexie. — Deux injections matin et soir.

Le 1er juillet, accès à quatre heures du matin. La température est de 39°,4. L'accès dure de quatre heures à cinq heures quinze. Trois injections le matin et deux le soir.

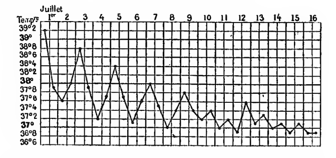
Le 2, apyrexie. — Trois injections.

Le 3, accès à quatre heures du matin. La température a baissé à 38°,8. Le frisson dure de quatre heures à quatre heures quarante-cinq; le stade de sueurs dure de quatre heures quarante-cinq à cinq heures quinze. — Deux injections le matin. La journée est bonne.

Le 4, apyrexie. — Trois injections matin et soir.

Le 5, accès à quatre heures du matin. La température a baissé à 38°,4. Durée du frisson de quatre heures à quatre heures trente. Durée du stade de sueurs de quatre heures trente à cinq heures. Le malade accuse un mieux sensible. — Deux injections matin et soir.

Le 6, apyrexie. — Trois injections matin et soir.



Le 7, accès léger à quatre heures du matin. La température ne dépasse pas 38 degrés, et l'accès complet ne dure que quarante minutes. — Deux injections matin et soir.

Le 8, apyrexie. — Deux injections matin et soir.

Le 9, très léger accès à quatre heures du matin. La température est de 37°,8, et l'accès ne dure qu'une demi-heure. — Deux injections.

Le 10, apyrexie. — Trois injections matin et soir.

Le 11, l'accès n'a pas paru. Le malade accuse une assez forte céphalalgie à l'heure où l'accès aurait dû disparaître. Le thermomètre est à 37 degrés. — Deux injections matin et soir.

Le 12, trois injections le matin.

Le 13, pas d'accès. — On pratique les deux dernières injections.

A dater de ce moment, l'état général est excellent et les accès n'ont plus reparu. Le malade quitte l'hôpital le 19 juillet. Je l'ai revu ces jours derniers, c'est-à-dire trois mois après le traitement, les accès n'ont pas reparu.

En résumé, le traitement par les injections sous-cutanées d'une solution d'acide phénique au 1/100 a duré dix-sept jours, et les accès ont été coupés en treize jours. Pendant cette période, on a injecté 84 centigrammes d'acide phénique.

Ces injections n'ont déterminé ni accidents généraux, ni accidents locaux. Les soixante-sept piqûres ont été absolument innocentes; nous n'avons constaté ni suppuration, ni induration du tissu cellulaire, ni la moindre trace d'inflammation. La douleur au moment de la piqûre est insignifiante.

La fièvre n'a pas été brusquement coupée, et l'intermittence a conservé jusqu'au dernier moment toute sa netteté. L'accès reparaissait à jour et à heure fixe, mais il reparaissait toujours amoindri comme durée et comme intensité. Il est même curieux, en suivant la courbe de la température, de voir que la température baissait progressivement, chaque fois de 3 à 4 dixièmes.

Il est probable que la température des deux premiers accès (qui fait défaut dans notre courbe) atteignait 40 degrés; mais, vu l'heure matinale de l'accès, on avait confié le thermomètre à un malade du service, et la température a été mal prise; la précision de l'observation ne date donc que du troisième accès.

Épidémiologie.

NOTE SUR LA MALARIA DE L'ALGÉRIE ORIENTALE, par M. le docteur BADOUR, médecin principal.

Depuis quelque temps, à propos de Bône surtout, on dit et l'on redit que la fièvre disparaît en Algérie, que l'extension de la culture et les plantations la refoulent et même

l'annihilent, que la vieille Numidie devient un Eldorado au point de vue sanitaire. D'aucuns prétendent aussi que l'ombre de l'eucalyptus a une vertu spécialement prophylactique à l'endroit de la malaria.

Eh bien, quand on a vécu quelques années en Algérie et qu'on y a été placé de façon à voir de près ce qui est, on a une opinion tout à fait contraire et l'on répond que la fièvre n'y disparaît pas et qu'elle y est ce qu'elle y a toujours été: la maladie endémique dont le sol et le ciel sous ce rapport inépuisables recèlent la cause permanente et fatale.

En bas, c'est la matière organique tellement abondante que des plaines entières et même des coteaux mesurent en épaisseur plusieurs mètres d'humus. En haut, ce sont les ardeurs solaires qui ne s'apaisent momentanément que pour laisser la terre se détremper de nouveau. Et ces trois éléments, matière putrescible, chaleur intense, humidité, sont liés à tel point, que nulle part, en dehors des précautions hygiéniques, il n'est possible d'échapper à leur action combinée.

Sur le littoral, c'est vrai dans toute l'acception du mot. Là, jamais de froid, un état hygrométrique toujours très élevé et du soleil plein l'espace. Aussi l'impaludisme y règne-t-il en maître avec ou sans marais! Il suffit d'y gratter le sol pour en soulever le miasme. La saison hivernale en atténue la force avec ses pluies abondantes, ses jours moins longs et sa température abaissée; mais l'été y est impitoyable et, sur les cultures comme au bord des marécages, la malaria empoigne et terrasse.

A Bône, pour citer un premier exemple entre cent, à Bône où, quoi qu'on dise, il y a encore du marais jusque sous les murs de la ville, où il existe même un faubourg qui est bâti dans la bourbe, on fébricite en tout temps, à propos de rien et dans les conditions hygiéniques d'ailleurs les meilleures. On est obligé d'avoir de la quinine chez soi, comme on y a du sel et du poivre, et l'on en use souvent. Dans la plaine adjacente, si riche aujourd'hui par les vignobles qui la couvrent, la buée du soir sent la fièvre.

Et qu'est-ce, si l'on se dirige vers le lac Fetzarah, ce lac que l'on a si péniblement desséché en partie pour conquérir de la vase où tout fermente, où tout grouille et d'où il sort tant de moustiques qu'on en mange? Là c'est le comble, et l'eucalyptus n'y fait rien, absolument rien. On pourra y en mettre tant et plus que ce sera toujours la même chose, c'est-à-dire de la vase où il poussera à merveille et sur laquelle, afin qu'elle ne sèche pas, il étendra son ombre protectrice avec de la chaleur tout autour, et dessus, et dedans, tout ce qu'il faut pour constituer l'étuve et entretenir l'empoisonnement général.

Là tout le monde est malade aux premiers coups de soleil et il faut déménager, à moins qu'on ne fasse le contraire: auquel cas nulle garantie n'est possible. Interrogez les gendarmes d'Aïn-Mokra: ils tremblent tous, eux qui ont pour mission de n'avoir peur de rien; et chaque année voit se renouveler l'obligation de faire connaître que pour ces braves serviteurs douze mois de séjour dans ces parages devraient être un maximum.

Voyez ce qu'aux approches de l'été font les ouvriers qui vont extraire le fer du Mokta: ils décampent. Jusqu'à il n'y a pas longtemps, les pénitenciers militaires y restaient avec leur garde de zouaves, et ils finissaient par décamper aussi... pour aller à l'hôpital. Demandez ce qui est advenu, lorsqu'à son tour l'autorité militaire a fermé le chantier; elle a fait des loisirs à l'hôpital de Bône, qui auparavant était insuffisant à contenir les malades.

Mais ne semble-t-il pas qu'il se glisse ici quelque hérésie dans la croyance générale à l'assainissement du sol par l'arbre? Voici des faits en réponse, des faits dont la brutale expression emplit les annales de la clinique algérienne.

Sur les massifs qui bornent l'horizon du littoral, à une distance plus ou moins grande et à une altitude qui va jusqu'à 1000 mètres, existent de vastes forêts que l'Etat préserve, comme il le peut, contre l'incendie trop facile aux temps chauds. Pour cette garde, des soldats partent par petits groupes et vont s'installer sur la lisière des bois ou dans les clairières. Ils y arrivent frais comme la verdure qu'ils protègent et à l'ombre de laquelle il semble qu'ils soient en partie de campagne. Et c'est très simple, n'est-ce pas?

Hélas! un mois après (car il faut les relever tous les mois), quand ils ne sont pas partis prématurément, ils reviennent ayant tous plus ou moins subi l'influence tellurique, et alors rien n'est plus commun au cours d'une visite hospitalière que de recevoir à l'inévitable question: « Où ce mal vous a-t-il pris? » la réponse fatidique: « Dans la forêt. »

Après quoi vous comprendrez, j'espère, que, si l'arbre est incontestablement utile en ces contrées où le souci essentiel est de retenir et aménager les eaux, ce n'est certes pas sous le rapport de la salubrité. La vérité est tout entière dans les termes contraires: car, l'été, c'est précisément des forêts que viennent la plupart des fébricitants militaires.

Et il en est de même partout où il pousse quelque chose, c'est-à-dire où le sol est imprégné de quelque humidité.

En 1882, sur les confins de l'immense plaine de Bône, à un endroit dit Merdès, par où commence à s'élever sur les crêtes des Beni-Salah et où on la vallée inclinée a les plus belles apparences, des détenus militaires faisaient une route sur un terrain relativement sec. La température s'éleva et ils furent tous frappés, ainsi que leurs gardiens. Un peu plus tard les colons eux-mêmes évacuèrent la localité jusqu'au dernier, complètement impaludés.

Quand, au sortir des gorges boisées du Taya, on s'est élevé jusqu'à l'Oued-Zenati, l'œil s'arrête étonné sur des coteaux tout nus dont le sommet touche le ciel et où il semble qu'il n'y a rien. C'est là pourtant que poussent des moissons drues, mais c'est là aussi que la fièvre vous harcèle. Regardez les hautes berges de l'Oued ravinées par les pluies torrentielles: pas un caillou, pas un grain de sable; rien que de la terre noire, bien noire et bien épaisse.

Aux grandes manœuvres de l'Oued-Seguen, en 1880, à 1000 mètres d'altitude, au moment le plus sec de l'année (septembre), tellement sec que la terre triturée par les bêtes et les gens n'était plus que de la poussière, quelle fut la maladie dominante? la fièvre tellurique. Il y avait alors dans le Rhummel juste assez d'eau pour qu'on ne pût pas dire qu'il n'y en avait pas.

Dans l'automne de 1881, c'est-à-dire avant les pluies, à travers les plaines de la basse Tunisie où il fallait parcourir 20 kilomètres et plus pour trouver quelque filet d'eau, n'était-ce pas encore cette fièvre qui fournissait le plus de malades? Les hommes les mieux trempés et les mieux placés pour la résistance étaient pris. Entre Kairouan et Gafsa, entre Gafsa et Tébessa, alors que les nuits devenaient fraîches, personne en quelque sorte n'y échappa.

Et de Souk-ahras à Ghardimaou, le long de la Medjerda aux rives boisées et escarpées, n'est-ce point le même mal qui paralyse à chaque instant les travailleurs du chemin de fer, et causa l'été dernier la mort déplorable du sympathique aide-major Sabatié?

Et les exemples pourraient ainsi être multipliés.

En résumé, la fièvre ne s'enfuit ni ne disparaît dans l'Afrique septentrionale; l'observation clinique de tous les jours en fournit des preuves surabondantes.

Seulement (et c'est là qu'est le clou si solidement et si artistement posé par le maître vénérable qui le premier éclaira les ténèbres de la pathologie algérienne), si la cause persiste, non seulement on la connaît, mais on en domine sûrement l'effet. On ne se trompe plus sur la valeur séméiologique des accidents variés de la malaria, puisque dans le doute même on ne s'abstient pas. Et, dans les conditions de la vie ordinaire, le sulfate de quinine est et reste la souveraine ressource.

Les anciens connaissaient la pestilence due aux chaleurs et aux émanations des lacs et des eaux stagnantes que laissent les inondations périodiques. Ils signalaient l'insalubrité des régions humides ou encaissées; et ils se mettaient sous la protection d'Hygie pour échapper à la cruelle maladie. A Lambèse même, la cité magnifique de la florissante période de l'empire romain, un temple était élevé à Esculape et à la Bonne Santé.

Aujourd'hui rien n'est changé. C'est toujours et partout la même fièvre tellurique et, comme les anciens, nous avons nos glorifications sur lesquelles plane le nom de Maillot.

Thérapeutique.

Emploi de l'ozone dans le choléra, par M. le docteur Ixzed (1).

Parmi tous les moyens proposés pour la production artificielle de l'ozone, celui qu'on présente d'ordinaire comme ayant le mieux réussi afin d'obtenir l'ozone en grand, c'est l'action des décharges électriques sur l'oxygène. Pour réaliser cette condition, on peut se servir d'un tube de verre d'Houzeau, traversé, suivant son axe, par un gros fil de platine, et revêtu à l'extérieur d'une spirale de fil de cuivre; en établissant la communication de ces deux fils avec une bobine d'induction de Ruhmkorf, et en dirigeant dans le tube un courant d'oxygène, l'air sort ozoné de l'appareil.

Tel est l'appareil que nous avons employé lors de nos premières études; mais ensuite nous avons remarqué qu'on pouvait obtenir des résultats satisfaisants par l'emploi de la machine électrique ordinaire de Ramsden, qui donne une suffisante ozonisation de l'air, ou par des machines de Holtz.

En nous servant de ces appareils, nous avons fait des essais pendant l'épidémie du choléra en 1871, en introduisant l'ozone dans les maisons et dans les logements, et nous avons reconnu par des faits concluants que les habitations qui éprouvaient l'action bienfaisante de cet agent étaient préservées, ce qui nous a donné la conviction que l'action de l'ozone contre ce fléau est incontestable.

Nos expériences se rapportent à deux quartiers d'une grande ville. Dans le but de répandre lentement l'ozone dans les différents appartements, et d'utiliser ainsi, sans aucun inconvénient, ses propriétés désinfectantes sur l'air et son action vivifiante sur les habitants, nous faisions fonctionner tous les jours, aux mêmes heures, les appareils électriques; et ainsi nous obtenions une ozonisation suffisante de l'air, qui était décelée par les papiers ozonoscopiques. Dans chacun de ces quartiers, dont l'un était peuplé de deux mille personnes à peu près (ce qui numériquement représente la population de quelques villages), et l'autre de trois cents personnes environ, il n'y a eu aucun cas de choléra, quoique le second quartier fût dans des conditions très peu favorables sous le point de vue hygiénique.

Les individus ainsi influencés par l'ozone, en même temps qu'ils éprouvaient les effets physiologiques de cet agent et les bienfaits de la purification de l'air à domicile, se trouvaient peut-être même au dehors, sans vouloir rien préjuger, enveloppés d'une mince couche d'air ozoné contribuant à leur conférer l'immunité.

Nos essais nous ont si profondément convaincu de l'efficacité de l'ozone comme moyen préventif contre le choléra, que, s'il nous est permis de généraliser ce que nous avons observé dans des cas particuliers, nous n'hésitons pas à avancer cette proposition : que ce serait une tentative méritant d'être essayée que d'introduire artificiellement l'ozone dans l'atmosphère des habitations d'une ville infectée par le choléra, et cela sur la plus vaste échelle possible (1).

Pour obtenir l'effet désiré et constater l'action salutaire de l'ozone sur l'épidémie, il faudrait mettre en fonction les appareils électriques, chaque jour en même temps, dans tous les appartements de la localité.

Voici une condition que nous considérons devoir être satisfaite pour que les expériences puissent réussir : quand l'épidémie commencera à disparaître (ce qu'on reconnaîtra de suite), il ne conviendra pas de faire cesser immédiatement l'emploi de l'ozone dans les localités habitées.

La disparition de la maladie peut être, en effet, seulement apparente. Les cas de choléra auront cessé de se produire après l'introduction de l'ozone dans les maisons; mais ils peuvent se renouveler si dans l'atmosphère il n'y a pas encore assez d'ozone pour ne pas permettre aux germes du choléra de se développer, et, alors, il faut continuer l'emploi de l'ozone dans les habitations encore pendant quelque temps.

S'il est vrai que le renouvellement de l'ozone dans l'air est souvent aussi subit que sa disparition, il n'est pas moins certain que l'apparition suffisante de l'ozone dans l'atmosphère se réalise souvent lentement dans certaines localités, et c'est à cause de cela que l'épidémie dure quelquefois des mois et des années.

Pour constater ces faits, et pour éviter des erreurs qui auraient des conséquences fatales, il ne suffit pas, dans les grandes villes, de se borner à des observations ozonométriques dans une partie de la ville, mais il est indispensable de les faire en plusieurs points.

Les indications que nous venons de faire sur la manière d'obtenir des résultats de l'ozonisation de l'air, ne nous sont pas suggérées par des idées préconçues : elles sont basées sur nos observations, qui nous ont permis de faire des inductions dans les limites des doctrines positives sur l'application en grand de ce que nous avons constaté sur une échelle relativement petite.

Nous devons faire remarquer ici qu'on a proposé d'essayer si l'ozonisation de l'air pratiquée au dehors, simultanément dans le plus grand nombre possible de points d'une ville infectée, aurait la puissance de disséminer dans les couches inférieures de la masse générale de l'atmosphère la faible proportion qui doit y exister à l'état normal.

(1) Nous extrayons ce passage d'un mémoire ayant pour titre : *L'influence prophylactique de l'ozone sur le choléra*, présenté mardi dernier à l'Académie de médecine, et dans lequel l'auteur rappelle les recherches déjà faites sur les sources de l'ozone atmosphérique, sur son pouvoir oxydant et désinfectant, et sur les relations des épidémies de choléra avec l'état ozonométrique de l'air.

(1) Voyez le mémoire de M. Onimus, *in Gazette hebdomadaire* 1884, n°s 34 et 35, plus particulièrement pages 578 et suiv.

L. R.

CORRESPONDANCE

La désinfection dans le choléra : la désinfection des navires.

Nous avons reçu de notre distingué confrère, M. Valentin Vignard, directeur du service de santé des Bouches du Danube, une lettre qui, écrite à Salines le 15 septembre, ne pourrait être publiée sans raviver sur plusieurs points plusieurs discussions en ce moment éteintes, du moins à l'Académie de médecine et dans la presse médicale. Mais nous en extrayons un passage qui touche au débat actuellement engagé à l'Académie, en ce qu'il traite de la désinfection des voyageurs, de leurs bagages et des navires, préliminaire obligé de toute quarantaine. Après donc avoir insisté sur la nécessité, en présence d'une épidémie de choléra, de ne pas s'attarder au diagnostic différentiel du choléra nostras et du choléra asiatique, et d'avoir pour première, pour unique préoccupation l'institution de mesures hygiéniques, M. Valentin Vignard continue ainsi :

La R.

Il est grand temps pour les administrations sanitaires de faire un examen de conscience qui ne saurait manquer de les amener à reconnaître qu'elles seraient dans l'impossibilité de donner une bonne raison à l'appui de beaucoup des mesures qu'elles ordonnent. Heureusement que l'Académie de médecine a protesté, que les autorités ont entendu sa protestation, et qu'elles ont mis fin à ces soi-disant purifications et désinfections auxquelles on soumettait, dans les gares, les voyageurs infortunés. Ici je sens le besoin de faire amende honorable. Il y a quelques années, à l'époque de la peste de Vetlianka, je voyais désinfecter, à l'embouchure de la Sulina, une famille de pêcheurs russes qui venait de la Bessarabie par mer. On laissa ces pauvres gens dans leurs pirogues avec un réchaud plein de charbon allumé, sur le charbon on jeta du soufre en poudre, et on recouvrit le tout avec une bâche en toile. La désinfection fut interrompue, comme bien on pense, par les patients eux-mêmes, qui, se sentant mourir, se débarrassèrent de l'appareil, à la grande indignation des préposés sanitaires ou soi-disant tels. Cela m'amusa beaucoup, et je ne tarissais pas en plaisanteries sur cette prétention d'appliquer aux hommes des procédés qui jusque-là n'avaient été employés que pour purger les navires des rats et des cancrelats. J'aurais souri avec une superbe incrédulité si l'on m'eût dit qu'en France on adopterait les mêmes mesures. Tout arrive, même l'invraisemblable. Espérons cependant qu'en notre pays, où l'on craint toujours le ridicule, on ne donnera pas une nouvelle édition des purifications pratiquées le mois dernier dans les gares de nos chemins de fer.

Je ne peux terminer sans dire un mot de la désinfection des bâtiments de mer. Je ne parlerai pas de ce qui se fait en France : je veux croire que dans nos lazarets on désinfecte réellement et sérieusement les navires. Cependant il est permis de remarquer que les directeurs de la santé sont vis-à-vis du public d'une discrétion exemplaire. Impossible de trouver nulle part le détail des procédés qu'ils emploient, et pourtant en cette matière tout gît dans le détail. Je sais bien qu'en 1883, sur la demande du ministre, les directeurs de la santé ont envoyé la description détaillée de leurs façons d'agir. Leurs rapports ont fourni à M. Fauvel les éléments d'un résumé inséré dans le *Recueil du comité consultatif d'hygiène publique*, t. XI, 1883, résumé excellent comme tout ce qui sort de la plume de l'éminent hygiéniste, mais qui, on me permettra de le dire, aurait gagné beaucoup au point de vue de l'utilité pratique s'il eût été complété par la publication intégrale des matériaux qui avaient servi à le rédiger. Les progrès en hygiène seront imperceptibles tant qu'on ne rompra pas avec cette vieille habitude de ne donner au public que des comptes rendus fort agréables à lire pour un homme du monde curieux des choses de la science, mais d'une utilité fort restreinte pour le praticien auquel il faut des détails et encore des détails. Je ne peux m'étendre sur ce sujet, que j'ai déjà eu l'occasion de traiter ici même (voy. *Gaz. hebd.*, 1881, p. 261.)

Si la désinfection des navires est efficace en France, je puis assurer qu'il n'en est pas de même en Orient, et je prie mes confrères de n'ajouter aucune importance à la mention qu'un navire a été désinfecté dans les lazarets du Levant. Je dis très nettement : la désinfection des navires telle qu'elle est pratiquée dans ces établissements est absolument illusoire, et le seul inconvénient qu'aurait sa suppression serait la disparition simultanée des taxes perçues pour l'opération. En un mot, on peut dire que le simulacre de désinfection auquel on se livre n'est qu'un prétexte pour justifier tant bien que mal la perception des droits ; ce qui devait être une mesure sanitaire est devenu une mesure fiscale.

Ce n'est pas seulement pour le plaisir de critiquer que je fais ces remarques. Mon but est plus haut. Des observations précédentes découle une conséquence très grave, à savoir que l'on ne peut pas attribuer aux mesures de désinfection usitées une influence quelconque sur la protection dont un pays a joui contre le choléra, puisque ces mesures n'existent vraiment que sur le papier. Cela est une conviction absolue pour moi comme pour tous ceux qui ne se sont pas bornés à faire de la prophylaxie internationale du fond de leur cabinet, mais qui ont appliqué eux-mêmes et en personne les mesures prescrites.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

Le sulfure de carbone comme agent antiseptique. Note de M. *Péligot*. — L'auteur revient sur la communication qu'il a faite récemment à l'Académie sur ce sujet. Il a étudié surtout la facilité de dissolution, à la température ordinaire, du sulfure de carbone dans l'eau. Il donne, comme résultant de huit expériences, le chiffre de $3^{cc},5$ de sulfure de carbone ou $4^{gr},52$ (en poids) par litre d'eau. La liqueur ainsi formée, en agitant vivement à plusieurs reprises le sulfure introduit dans un flacon à moitié rempli d'eau, est d'une saveur brûlante et a une odeur prononcée de chloroforme. D'après les premières expériences faites par M. Pasteur, ses propriétés antiseptiques seraient telles, qu'il pourrait devenir, sous ce point de vue, l'agent le plus efficace, comme il est déjà le moins coûteux. Enfin M. Péligot a pu constater que, si l'on ajoutait à cette dissolution du sucre et de la levure de bière, aucune trace de fermentation alcoolique ne se produirait.

Traitement du choléra. — Plusieurs mémoires sur cette question sont encore adressés à l'Académie. Ils sont renvoyés à la commission du prix Bréant.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

M. le ministre du commerce transmet l'échantillon, avec Note à l'appui, d'une graine recueillie sur le versant oriental des Andes péruviennes par M. *Ber* et qui serait employée par la tribu des Indiens Chunchas comme remède contre la dysentérie. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Desnos*, le *Discours* qu'il a prononcé aux obsèques de M. le docteur *Rathery*, au nom de la Société médicale des hôpitaux de Paris ; 2° de la part de M. le docteur *Duché*, le *Compte rendu* des travaux de la Société médicale de l'Yonne en 1882 ; 3° au nom de M. le docteur *Frogé* (de Saint-Brieuc), un ouvrage intitulé : *Du rôle de la fièvre dans la genèse des maladies aiguës et du traitement primitif de ces maladies ;* 4° de la part de M. *le comte de Marsy*, une brochure ayant pour titre : *La peste à Compiègne aux quinzième et dix-septième siècles;* 5° au nom de MM. les docteurs *Rezal* (de Paris), *Brame* (de Tours) et *Minutella* (de Palerme), des brochures sur le choléra.

M. *Ernest Besnier* présente : 1° au nom de M. le docteur *Doyon*, un ouvrage intitulé : *Uriage et ses eaux minérales;* 2° de la part de M. le docteur *Baratoux*, le fascicule 1 du tome III des *Bulletins et Mémoires* de la Société française d'otologie et de laryngologie.

M. *Dechambre* dépose, au nom de M. le docteur *Izzed* (de Madère), une *Note* manuscrite *sur l'influence prophylactique de l'ozone sur le choléra* (voy. p. 691). (*Commission des épidémies.*)

M. *Ball* fait hommage de la traduction française, due à M. le docteur *A. Sordes*, d'un mémoire de M. le docteur *Dyce Duckworth* sur *la théorie nerveuse de la goutte.*

M. *Jules Guérin* présente des brochures de MM. les docteurs *Alliot* et *Pigeon* (de la Nièvre) sur *le choléra.*

M. *Tillaux* fait hommage de la 4° édition de son *Traité d'anatomie topographique.*

M. *Léon Colin* dépose, de la part de M. le docteur *Gobillot*, médecin-major de 2° classe, un mémoire manuscrit sur la topographie médicale de la ville de Cambrai. (*Commission des épidémies.*)

Choléra : bacille-virgule, état du sang des cholériques ; eaux de Paris ; propagation de la maladie par l'eau. — M. *Le Roy de Méricourt* analyse le rapport envoyé par la Société nationale de médecine de Marseille et dans lequel M. le docteur Livon rend compte des recherches entreprises par une commission de cette Société, afin de répéter les expériences récentes faites par des savants français et allemands sur les déjections et le sang des cholériques. Il en résulte que le choléra peut se transmettre aux animaux et que le contenu stomacal et intestinal ainsi que les déjections, même les plus riziformes, sont absolument inoffensifs. Il en est de même du sang recueilli pendant la période de réaction ; c'est seulement dans la période algide que le sang a une propriété infectieuse, d'autant plus énergique que

l'on est plus rapproché de la période de début et disparaissant au bout de vingt-quatre heures environ. De plus, diverses analyses de l'eau du laboratoire de l'hôpital du Pharo et de l'eau de la Rose prise près de sa source ont montré que le nombre des bacilles-virgules n'y a pas varié bien qu'il n'y ait jamais eu à la Rose un seul cas de choléra. Ainsi, la théorie de M. Koch ne paraît être qu'une pure hypothèse. Elle n'est pas davantage justifiée par l'étude du mode de propagation du choléra dans les Indes ; car de nombreuses relations établissent que la maladie, contrairement à l'assertion de M. Koch, n'a disparu ni à Pondichéry ni à Calcutta par suite de modification dans la consommation des eaux potables. Enfin, M. le docteur Lewis (de Netley) vient de placer à côté les uns des autres sur une préparation microscopique des spécimens récents de bacille-virgule recueillis sur des cholériques à Marseille et des spécimens de spirilles courbes recueillis dans la salive de personnes saines, et il a pu mettre au défi les micrographes les plus habiles de faire la distinction.

M. *Armand Gautier* s'est livré à une enquête sur le service des eaux à Paris. Il ne faut pas confondre l'organisation de ce service pour les communes suburbaines et pour la capitale ; dans les premières, ce sont les eaux prises en Seine et en Marne qui alimentent seules les habitants ; ces eaux sont infectes et la prise d'eau de Saint-Denis, tout au moins, va être fermée, si elle ne l'est déjà; mais, pour remédier complètement à l'état de choses actuel, il faut nécessairement amener dans la banlieue soit des eaux de source, soit de l'eau de rivière prise en amont de Paris; le projet est très réalisable, il n'y faut que du temps et de l'argent. Quant à la consommation parisienne, il est vrai qu'un certain nombre de quartiers ne reçoivent encore que de l'eau de Seine, prise (pour quelques-uns de Montmartre) en aval de la ville, mais des fontaines supplémentaires à repoussoir ont déjà été établies qui ne reçoivent que de l'eau de source ; on en établit d'autres tous les jours, et sous peu il n'existera pas un point de Paris où l'on ait plus de 100 à 150 mètres à faire pour trouver de bonne eau potable ; il faut prévenir le public pour qu'il ne puise qu'à ces fontaines pour les usages alimentaires. — M. Gautier décrit ensuite le système des deux canalisations séparées qui servent à la consommation parisienne, l'une dite de service public, servant au nettoiement, aux usines et aux bains, alimentée en eau de rivière; l'autre, pour le service public, desservant les robinets d'appartements, les fontaines à repoussoir de la voie publique et les bouches d'incendie ; cette dernière ne comprend que de l'eau de source. En cas de besoin, on distribue l'eau de source à la place d'eau de rivière dans certains quartiers, après avoir prévenu le public deux jours à l'avance ; mais on ne procède jamais par voie de mélange avec les eaux de source ; c'est là un pis-aller qu'on cherche à éviter par de nouveaux projets d'amener l'eau de source. Paris distribue chaque jour 220 litres par tête.

M. *Marey* fait une importante communication sur la contamination des eaux comme source de propagation du choléra. Après avoir dépouillé les rapports présentés à l'Académie par Briquet et Barth et les nombreux documents qu'elle possédait dans ses Archives, il en conclut les notions suivantes à l'égard de cette affection :

1° Le choléra épidémique peut présenter différents degrés d'intensité, depuis la diarrhée simple et la cholérine jusqu'au choléra algide et asphyxique ; on a appelé constitution médicale cholérique les dérangements gastriques ou intestinaux qui coexistent souvent avec les choléras épidémiques ; 2° il se transmet par l'homme, il voyage avec lui par terre ou par mer, se propage plus ou moins vite suivant la rapidité des moyens de locomotion dont l'homme dispose, sans qu'il soit nécessaire que celui-ci en soit atteint, il peut n'avoir qu'une diarrhée cholérique; 3° le principe contagieux du choléra semble résider dans les déjections intestinales des malades ; 4° il se transmet par les linges et objets souillés, par les aliments préparés dans la maison d'un cholérique ; 5° beaucoup de sujets semblent réfractaires au choléra ; 6° la durée minima d'incubation paraît être de douze à vingt-quatre heures ; 7° le choléra sévit plus fréquemment dans les villes que dans les campagnes, mais la mortalité relative est plus grande dans celles-ci, surtout dans les plus petits groupes d'habitations ; 8° chez les populations pauvres que chez les classes riches et aisées ; 9° la profession de blanchisseur donne la plus forte mortalité ; 10° les temps chauds et secs augmentent l'intensité de l'épidémie ; les vents peuvent transmettre la maladie à quelques kilomètres de distance ; 11° ordinairement les régions élevées échappent au choléra, qui sévit au contraire davantage dans les lieux bas et le long des rivières, où la maladie apparaît, quelquefois, successivement à quelques jours de distance en suivant le sens du courant ; 12° les violents orages et les grandes pluies ont très souvent précédé d'un jour ou deux l'apparition du choléra ou amené une aggravation de l'épidémie; 13° dans les circonstances qui facilitent le transport des poussières, on pourrait fixer celles-ci en enduisant d'huile ou de glycérine les murs et les planchers des chambres de cholériques.

En dehors de ce mode de transport des germes cholériques, ajoute M. Marey, il en est un autre plus fréquent encore, c'est l'infection des eaux potables par les déjections des malades. Il rappelle, à l'appui, l'histoire si démonstrative de l'épidémie due à l'eau souillée de la pompe de Broard street à Londres ; il s'est lui-même livré à ce sujet à une enquête toute spéciale d'après des documents anciens et d'après ses recherches personnelles, et il est constamment parvenu à reconnaître l'effet manifeste de cette cause ; pour cela il convient de diriger de telles investigations sur des agglomérations peu nombreuses et limitées, et d'avoir soin de superposer les renseignements statistiques aux relevés topographiques. A l'aide de ces procédés, M. Marey a pu montrer qu'à Lille, en 1832, à Paris en 1849, à Beaune et dans les environs, le choléra s'était produit sous l'influence manifeste de la pollution des eaux par des germes cholériques. Pareils faits viennent d'être constatés à la Spezzia et à Gênes, où le choléra a d'abord frappé des blanchisseuses ayant lavé des linges provenant de cholériques ; la maladie a subi dans la première de ces villes une série de recrudescences correspondant à la chute de pluies torrentielles ; dans la seconde, la fermeture du canal d'alimentation, dont une prise d'eau avait servi au lavage de ces linges, suffit pour faire décroître l'épidémie.

M. *Léon Le Fort* rappelle qu'en 1866 il a fait connaître, dans la *Gazette hebdomadaire*, le fait d'une épidémie de choléra survenue dans un quartier de Londres par suite de la distribution d'eaux provenant d'une rivière où des linges de cholériques avaient été lavés.

M. *Dujardin-Beaumetz*, en ce qui concerne l'épidémie de 1849 à Paris, examinée par M. Marey, craint qu'à cette époque, comme aujourd'hui, il ait été impossible de savoir l'origine exacte de l'eau consommée. — En 1849, réplique M. *Marey*, les eaux de source et de rivière ne pouvaient être substituées dans la canalisation ; les eaux de source étaient rendues à domicile par des porteurs d'eau et, par exemple, sur la rive gauche alimentée par l'eau du puits de Grenelle, il n'y eut pas d'épidémie. D'ailleurs tous ces faits n'ont rien d'absolu ; ils démontrent la nécessité d'enquêtes ainsi établies.

En réponse aux observations de M. Armand Gautier, M. *Daremberg* craint que le remplacement de l'eau de Seine prise en aval de Paris, par l'eau de cette même rivière puisée en amont, ne donne que des avantages insuffisants, les proportions des matières organiques en deçà ou au delà de la capitale ne variant que de quelques milligrammes ; il importerait aussi de ne pas substituer indifféremment des eaux de

diverses provenances dans les conduites, de prévenir la population de la nature de l'eau que déversent les fontaines et de hâter l'exécution des projets dont il a été précédemment question. — Assurément, répond M. *Gautier;* mais l'administration ne saurait donner actuellement d'autre eau que celle qu'elle reçoit et il vaut mieux encore en avoir, même impure, que d'en manquer totalement.

M. *Léon Colin* estime, quant à lui, que la quantité d'eau de source, dont Paris peut disposer, est suffisante, puisqu'elle s'élève à 50 litres par tête chaque jour; mais sa répartition est malheureusement inégale dans les divers quartiers.

Incidemment et à propos de l'utilité de n'affecter à l'usage des bains que des eaux de source, M. *Gautier* a déclaré que, pendant les vacances, il avait contracté la fièvre intermittente à la suite d'un bain pris dans une eau stagnante et corrompue depuis plusieurs mois; il s'était fait, la veille, une éraflure à la main, et à peine sorti du bain, il fut pris de lymphangite, puis de frisson et finalement d'accès de fièvre intermittente, « par inoculation », dit-il.

Société des hôpitaux.

SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MILLARD.

Rapport sur deux mémoires du docteur Martel (de Saint-Malo) : « Anorexie hystérique et gavage » et « Note sur la poudre de viande de bœuf » : M. Fernet. — Des injections sous-cutanées d'acide phénique dans le traitement des fièvres palustres: M. Dieulafoy. (Discussion.)

M. *Fernet*, au nom d'une commission composée de MM. Blachez, Déjerine et Fernet, donne lecture de son Rapport sur deux mémoires adressés à la Société par M. le docteur Martel, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant. Dans le premier mémoire, ayant pour titre : *Anorexie hystérique et gavage*, l'auteur relate une intéressante observation d'anorexie suivie de phénomènes graves d'inanition, chez une hystérique de quarante-quatre ans, soumise par lui à l'alimentation au moyen de la sonde œsophagienne. Il formule en terminant les conclusions suivantes : 1° dans certains cas, l'anorexie hystérique aboutit à l'inanition, et la vie peut être mise en danger directement par l'insuffisance de la nutrition; 2° l'alimentation artificielle et forcée peut, dans ces cas, devenir nécessaire; mais elle n'y donnera guère les résultats rapides et brillants qu'on obtient dans certaines dyspepsies, chez les tuberculeux en particulier; 3° elle doit être pratiquée par petites quantités à la fois, à intervalles courts, réguliers, et continuée pendant longtemps, l'amélioration étant lente et la rechute facile; 4° la suralimentation sera rarement indiquée, jamais peut-être utile. — Dans la seconde Note *sur la poudre de viande de bœuf*, M. le docteur Martel établit l'ancienneté de la fabrication de cette poudre et rappelle que, pour sa part, il en fait usage depuis plus de dix ans. — M. Fernet termine en proposant d'inscrire M. Martel sur la liste des candidats au titre de membre correspondant, et de renvoyer ses deux mémoires au comité de publication.

— Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

— M. *Dieulafoy* donne lecture d'un mémoire intitulé : *Fièvre intermittente tierce. Traitement par les injections sous-cutanées d'acide phénique.* (Voy. p. 689.)

Le fait que je viens de rapporter, dit en terminant M. Dieulafoy, s'il n'est pas absolument nouveau, mérite du moins, à mon avis, d'attirer l'attention surtout de nos collègues de l'armée qui possèdent en Algérie un si vaste champ d'expérimentation à l'égard des fièvres paludéennes.

M. *Laveran* rappelle que l'acide phénique a été préconisé dès 1869, par Calvert, dans le traitement des fièvres intermittentes; mais, jusqu'ici, les résultats fournis par cette médication ont été négatifs. Il est vrai que l'acide phénique a été administré par les voies digestives et non en injections hypodermiques, cependant il est peu probable que cette seule différence puisse avoir un rôle bien important dans l'espèce. On peut objecter au fait rapporté par M. Dieulafoy que la fièvre palustre simple guérit spontanément, dans un certain nombre de cas, ainsi qu'on a pu l'observer avant l'emploi du sulfate de quinine; on voit parfois les accès diminuer progressivement d'intensité, puis disparaître, sous la seule influence du repos à l'hôpital et d'un régime tonique. Il devient, par suite, difficile d'apprécier exactement quelle a pu être l'action de l'acide phénique chez le malade de M. Dieulafoy ; il serait, en particulier, intéressant de savoir s'il lui a été prescrit du vin de quinquina. — Quant à expérimenter les injections phéniquées en Algérie, où les accès palustres sont si fréquents, ce serait assumer une lourde responsabilité en présence des accidents graves de la fièvre pernicieuse, contre lesquels l'efficacité du sulfate de quinine est incontestable ; dans les cas de fièvre intermittente simple, les difficultés d'interprétation subsisteraient tout entières. Le sulfate de quinine reste jusqu'ici le seul spécifique du paludisme; parmi les nombreux succédanés qui ont été préconisés, les plus utiles sont les toniques, l'arsenic, la noix vomique, l'alcool à dose modérée, le café, et aussi le régime alimentaire reconstituant.

M. *Dieulafoy* n'a pas donné de vin de quinquina à son malade; celui-ci d'ailleurs était vierge de toute médication antérieure, circonstance bien rare, et qui permet, dans ce cas, de mieux apprécier l'efficacité du traitement mis en œuvre. — Ce sont seulement les formes simples de l'impaludisme que M. Dieulafoy a proposé de combattre, en Algérie, avec les injections phéniquées. D'ailleurs, cette médication n'est, à coup sûr, pas nouvelle, et des résultats favorables ont été publiés particulièrement en Espagne; mais les observations manquent de précision, et, si M. Dieulafoy n'a pas cru devoir les rapporter, c'est que l'acide phénique a été administré concurremment sous forme pilulaire et en injections hypodermiques.

M. *Huchard* rappelle les bons effets signalés par M. Vallin de l'emploi du bromure de potassium contre les accès de fièvre intermittente rebelle. Il a lui-même employé ce médicament chez un jeune homme ayant contracté à Athènes une fièvre intermittente tierce contre laquelle le sulfate de quinine, l'arsenic et l'hydrothérapie avaient échoué. Le bromure, à la dose quotidienne de 4 à 5 grammes, permit d'obtenir la guérison complète au bout de quinze jours.

M. *Vallin* a eu l'idée de recourir au bromure de potassium pour combattre les accidents palustres chez un Arabe qui, depuis plus d'un mois, présentait chaque matin, en dépit des diverses médications instituées, un accès fébrile violent. Le bromure fut administré à la dose de 4 à 6 grammes et l'apyrexie était complète au bout de trois jours; la fièvre ayant reparu huit jours après, elle fut définitivement supprimée au moyen de doses moyennes de sulfate de quinine associées au bromure. M. Vallin avait été conduit à expérimenter le bromure de potassium dans la pensée que la fièvre palustre avait peut-être amené une excitabilité exagérée et périodique de la moelle. Depuis lors, il a tiré de bons effets de ce médicament dans un certain nombre de cas de fièvre intermittente, ou de névralgies palustres rebelles. Il est surpris que la guérison ne se soit montrée qu'au quinzième jour chez le malade de M. Huchard. Le fait rapporté par M. Dieulafoy est fort intéressant, mais il serait plus démonstratif si les accès avaient été *coupés* brusquement au lieu de diminuer peu à peu, pour s'éteindre tout à fait.

M. *Richard* s'associe aux réserves formulées par M. Laveran au sujet de l'expérimentation des injections phéni-

quées en Algérie. Il fait remarquer que ces fièvres, transplantées des pays chauds en France, perdent une partie de leurs caractères, ce qui permet peut-être d'expliquer l'action moins rapide et moins constante du sulfate de quinine dans nos climats, et autorise à essayer les médications nouvelles qui paraissent donner des résultats satisfaisants. A ce titre, l'acide phénique mérite d'être plus complètement expérimenté.

M. *Delasiauve* a soigné autrefois, à la campagne, de nombreux cas de fièvre intermittente simple ou pernicieuse, et a toujours obtenu une guérison rapide au moyen d'une dose maxima de 45 centigrammes de sulfate de quinine. Il n'a perdu que deux ou trois malades qui n'avaient pu, par suite de circonstances diverses, être traités en temps opportun. Dans une épidémie de fièvre palustre avec accidents bilieux, l'association des vomitifs au sulfate de quinine lui a fourni les meilleurs résultats.

M. *Laveran* pense que le bromure ne peut être considéré comme un *succédané*, mais bien comme un simple *adjuvant* du sulfate de quinine. Il agit contre les complications nerveuses, ou la trop grande irritabilité du système spinal.

M. *Vallin* est d'avis que le bromure mérite la qualification de *succédané*, puisque, administré seul, chez son malade, il a amené la cessation des accidents fébriles.

M. *Huchard* partage l'opinion de M. Vallin, et fait observer que le bromure lui a permis d'obtenir la guérison, non pas de simples accidents nerveux, mais de manifestations légitimes de l'impaludisme, contre lesquelles le sulfate de quinine et l'arsenic avaient échoué à diverses reprises. — Il précise davantage la rapidité d'action de ce médicament chez son malade; il a revu ce dernier, ainsi qu'il l'a dit, quinze jours après l'administration du bromure, mais la guérison datait du troisième jour après l'ingestion de la première dose.

M. *Dumontpallier* demande à M. Dieulafoy quel était le volume de la rate chez son malade.

M. *Dieulafoy* répond que la rate et le foie avaient un volume sensiblement normal.

M. *E. Labbé* pense que l'action de l'acide phénique contre la fièvre intermittente peut être rapprochée de son pouvoir antipyrétique dans diverses maladies fébriles. Il voit dans le fait rapporté par M. Dieulafoy une preuve évidente de l'innocuité des injections d'acide phénique; selon lui, on a souvent attribué à ce médicament des accidents qui ne lui sont pas directement imputables; il l'emploie fréquemment dans les affections fébriles comme antithermique, et n'a qu'à se louer de cette pratique. — Il est surpris de ne pas voir accorder une plus grande valeur au traitement des fièvres palustres par l'arsenic. Il a réussi, avec ce médicament, à supprimer les accès chez un jeune homme qui avait contracté au Sénégal une fièvre intermittente rebelle, ayant amené un état de cachexie manifeste. Au bout de trois semaines de traitement par les granules Dioscoride, à la dose de 8 par jour, la guérison fut obtenue; après une légère rechute, due à la cessation prématurée du traitement, les accidents furent de nouveau supprimés au moyen des préparations arsenicales, et cette fois d'une façon définitive. Si le sulfate de quinine reste toujours le meilleur médicament contre les accès palustres, l'arsenic doit être placé en seconde ligne et rend dans bien des cas d'importants services.

— A cinq heures la Société se forme en comité secret.

André Petit.

Société de biologie.

SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MATHIAS-DUVAL.

Suggestion sans hypnotisme : M. Ch. Richet. — Action toxique de l'ellébore blanc : M. Courtin. — Comparaison des digitalines française et étrangère : MM. Laborde et Duquesnel. — Phénomènes d'inhibition par l'acide carbonique dans l'asphyxie : M. Brown-Séquard. — Tube digestif des poissons de mer : M. Pillet. — Production d'urée dans les viscères abdominaux : MM. Gréhant et Quinquaud.

M. *Richet* entretient la Société des résultats de ses expériences sur la suggestion en dehors de l'état hypnotique et chez des sujets qui n'avaient jamais été endormis. Il a obtenu les mêmes effets d'impuissance musculaire, de défaut de perception des couleurs, de perte momentanée de la mémoire des mots, etc., que sur des sujets réellement hypnotisés. C'est un document de plus en faveur de la réalité des phénomènes de suggestion.

— M. *Courtin* (de Bordeaux) adresse une Note sur les effets physiologiques et les accidents toxiques de l'Ellébore blanc administré aux animaux par les différentes voies stomacale, sous-cutanée et veineuse. Les troubles digestifs et respiratoires, qui ont été dominants, se sont montrés liés à des altérations anatomiques que le contact direct de la substance toxique ne saurait expliquer et que M. Courtin rattache à des perturbations nerveuses centrales, retentissant par voie réflexe sur les muqueuses gastro-intestinale et respiratoire.

— MM. *Laborde* et *Duquesnel*, poursuivant leurs études sur l'action comparative des alcaloïdes, ont soumis à un examen spécial des échantillons de digitaline étrangère et française. En prenant pour objet d'examen le cœur de la grenouille et d'animaux mammifères, ils ont pu constater une différence considérable dans l'intensité d'action de cette substance suivant sa provenance : alors que l'arrêt systolique du cœur était obtenu en cinq minutes avec une dose donnée de digitaline française, pendant longtemps on ne constatait avec la même dose du produit allemand d'autres effets que ceux de la fatigue; c'est à peine si l'action ralentissante de la digitaline se manifestait au bout de plusieurs heures. A cette différence d'activité physiologique correspondent des différences tout aussi marquées des propriétés chimiques; de là résulte cette indication logique qu'au point de vue thérapeutique il ne saurait être indifférent d'employer, aux doses minimes que l'on prescrit d'habitude, l'une ou l'autre digitaline et qu'on est exposé à de graves mécomptes en ayant recours au produit étranger très répandu cependant.

— M. *Brown-Séquard*, après avoir justement rappelé l'historique des effets physiologiques de l'acide carbonique dans le cours de l'asphyxie et insisté sur ce fait que ses études datant de 1849 ont montré l'action excitante centrale et périphérique de cet agent, se propose d'expliquer le phénomène paradoxal suivant. Il arrive fréquemment qu'un animal soumis à l'asphyxie expérimentale ne présente de convulsions qu'au moment du retour à la respiration normale ou dans les instants suivants. Tel est le fait qu'a observé M. P. Bert et dont la réalité, reconnue par M. Brown-Séquard, a pu autrefois paraître contredire sa théorie des effets excitants centraux de CO^2 accumulé dans le sang. Aujourd'hui que le mécanisme des actions inhibitoires centrales est mieux déterminé, l'interprétation des phénomènes se présente toute simple et concordante avec les données préalablement établies sur les effets excitants de CO^2 : la production des convulsions n'est que la conséquence d'une intensité d'action moindre de l'acide carbonique, lequel se trouve atténué dans son effet par l'arrivée notable d'oxygène sous l'influence de la respiration. Jusque-là l'acide carbonique, par son excès dans le sang, provoquait une excitation d'une

intensité suffisante pour déterminer des phénomènes d'inhibition, lesquels réclament pour se produire, ainsi que l'a montré M. Brown-Séquard, une irritation beaucoup plus énergique que les actes positifs, moteurs ou autres. On s'explique ainsi et le défaut de convulsion pendant la phase intense de l'asphyxie, et leur apparition au moment où l'oxygène vient atténuer l'action inhibitoire de l'acide carbonique.

Cette influence inhibitoire qu'on voit ici survenir par le contact du sang asphyxique et des organes nerveux centraux, se produit par un mécanisme différent, mais compréhensible, cependant, sous l'influence des irritations vives de certaines muqueuses par le même agent : l'anesthésie plus ou moins étendue qui suit les douches laryngées de CO^2, la suspension d'activité nutritive des éléments anatomiques (arrêt des échanges) sous la même influence, résultent d'actions inhibitoires de provenance périphérique; c'est ainsi encore que s'explique la suspension des convulsions strychniques, phéniquées, hémorrhagiques, etc.

De telle sorte que l'action excitante centrale ou périphérique de CO^2 se traduit, quand elle est à son maximum, par la production de phénomènes inhibitoires, et à un moindre degré par la production de phénomènes de contractions à caractère plus ou moins convulsif.

— M. *Pilliet* adresse une note sur certaines particularités du tube digestif de quelques poissons de mer.

— MM. *Gréhant et Quinquaud*, cherchant la cause des divergences au sujet de l'augmentation de l'urée dans l'urine à la suite d'une alimentation azotée, se sont adressés à l'analyse du sang lui-même, en examinant comparativement le sang revenant des différents viscères et celui des autres parties du corps. Ils ont noté tout d'abord que dans le sang veineux total, celui d'une veine cave, le maximum d'urée est obtenu quatre heures après le repas azoté. Puis, se demandant quelle était la provenance de cette surcharge en urée, ils ont vu que la quantité maxima en était fournie par les viscères abdominaux, surtout par certains d'entre eux, par la rate en particulier; le sang veineux splénique, qui ne contient, par exemple, que 25 milligrammes pour une quantité de sang donnée, à jeun, fournit 110 milligrammes d'urée pendant la digestion. Ce fait vient à l'appui d'une conclusion antérieure des auteurs, à savoir que la veine porte contient le maximum d'urée. Ce qui ne doit pas cependant faire éliminer de la production d'urée les muscles par exemple; on doit seulement leur attribuer une beaucoup moindre importance qu'aux viscères abdominaux.

— M. *Beauregard* a suivi le développement de l'*Epicanta verticalis*, étude surtout intéressante en ce que c'est la seule espèce du genre *Epicanta* vivant en France et qu'on ne possède aucune donnée sur son développement. Il insiste sur les caractères de la larve de cette variété d'*Epicanta*, les rapprochant de ceux qu'a étudiés M. Riby sur une espèce américaine, l'*E. vittata*.

REVUE DES JOURNAUX

Sur le micro-organisme de la tuberculose zoogléique, par MM. Malassez et Vignal. — Ainsi que ces auteurs l'ont indiqué dans leurs précédentes communications, les lésions tuberculeuses dans lesquelles on ne trouve pas de bacilles peuvent provoquer par inoculation soit une tuberculose bacillaire, soit une tuberculose zoogléique, c'est-à-dire présentant au lieu de bacilles des micrococques réunis en amas zoogléiques ou disséminés dans les tissus. Les zooglées peuvent revêtir des formes très différentes, mais dont la parenté s'affirme par des types de transition : microcoques allongés, chapelets courts ou longs, grosses ou petites zooglées. Les courts chapelets ressemblent au bacille de Koch, mais ne se comportent pas de la même manière vis-à-vis des réactifs colorants. Les auteurs concluent donc à l'existence de deux variétés de tuberculose; ils expliquent les faits où les produits zoogléiques ont donné lieu à une tuberculose bacillaire par la coexistence des germes des deux infections dans certaines pièces d'inoculation. (*Arch. de physiol. norm. et pathol.*, août 1884.)

Le cerveau de l'écolier, par M. Francis Warner. — L'éducation des enfants doit viser deux buts : le bénéfice de l'enfant et le bénéfice de la société. A ce double point de vue, il est fort désirable que les facultés mentales et morales de l'enfant soient également cultivées. Comme les facultés de l'esprit dépendent du développement du cerveau, il serait à souhaiter que les personnes chargées de l'éducation des enfants aient quelque connaissance sur la nature des propriétés et des fonctions du cerveau de l'enfant qu'elles ont à former, afin de proportionner le travail intellectuel au développement de l'encéphale.

De même que les sourds et les aveugles sont élevés et instruits dans des classes spéciales, de même les enfants ayant quelques défectuosités du cerveau doivent être séparés des autres. Cette mesure doit s'appliquer surtout aux enfants nerveux, irritables, se plaignant de douleurs de tête par moment, ayant parfois des attaques de nerfs. Pour la mettre en pratique, il faut savoir reconnaître de bonne heure ces dispositions fâcheuses du cerveau de l'écolier. C'est la question que l'auteur a entrepris de résoudre.

Des notions précieuses seront fournies par l'observation attentive des mouvements et de l'attitude des enfants; l'étude de la physionomie, celle des yeux, des oreilles, des lèvres doit être mise au premier rang. Ensuite on devra observer les tendances intellectuelles des écoliers : facultés trop développées, sensibilité exagérée, mobilité d'esprit, etc.

Ces présomptions sur les troubles intellectuels des enfants étant établies par les moyens ci-dessus, elles seront confirmées par de fréquentes visites médicales, pendant lesquelles le directeur de l'école signalera les enfants soupçonnés. C'est alors qu'une technique spéciale d'éducation devra être appliquée à chaque cas particulier. (*Medical Times*, 27 septembre 1884, p. 429.)

Empoisonnement par des sardines, par le docteur Augustin-W. Addinsell. — Le 17 juin, à sept heures du soir, ce médecin est appelé en toute hâte près d'une dame atteinte de vomissements. S'informant de la cause qui peut les produire, il apprend qu'à trois heures cette dame a pris un lunch composé d'un petit pain au beurre et de quatre sardines, restant d'une boîte ouverte quelques jours auparavant. Elle avait remarqué une petite tache de blanc sur une ou deux d'elles, mais n'y avait attaché aucune importance. Quelques instants après elle fut prise de bâillements, et vers quatre heures et demie elle se mit à vomir, et fut en même temps atteinte de diarrhée et de violentes douleurs abdominales. Au moment où M. Addinsell voit la malade, elle est pâle, couverte de sueurs froides, sans pouls; sa température est au-dessous de la normale; diarrhée et vomissements incessants; douleurs abdominales intolérables. Glace à l'intérieur, frictions sur l'abdomen à la térébenthine et enveloppement dans une couverture chaude. Ces moyens amènent quelque soulagement, mais bientôt tous les symptômes reparaissent; on fait alors une injection hypodermique et on prescrit du brandy glacé. A ce moment la malade était dans la prostration absolue; elle avait des crampes et du refroidissement général. Cependant peu à peu elle se remit, et le lendemain matin elle était hors de danger. La véritable cause de ces accidents échappe, mais il est incontestable que le poison se trouvait dans les altérations des sardines contenues dans la boîte ouverte depuis quelques jours. (*The Lancet*, 27 septembre 1884, p. 540.)

Mémoire sur le bacille en virgule, cause présumée du choléra, par M. le docteur Timothy-Richards Lewis. — Les recherches qui font la base de ce travail ont été entreprises par l'auteur à Marseille, dans le foyer même de l'épidémie. Elles ont d'abord porté sur les déjections d'un grand nombre de cholériques, dans lesquelles on a trouvé un très grand nombre de micro-organismes de forme et de volume variés; les bacilles virgules sont les moins constants de ces organismes inférieurs, et en conséquence, jusqu'à nouvel ordre, « le choix du bacille virgule comme *materies morbi* du choléra semble tout à fait arbitraire ». En second lieu, l'auteur a eu l'idée d'étudier les micro-organismes qu'on rencontre dans les sécrétions buccales des personnes en bonne santé, et de les comparer à ceux qu'on trouve dans les déjections alvines des malades atteints de choléra. Chose surprenante, il a trouvé dans ces liquides des premières voies digestives les mêmes formations organiques que dans les selles cholériques, les spirilles y pullulent particulièrement.

La dernière phrase de ce mémoire ne saurait laisser de doute sur les convictions de son auteur. « Pour ce qui est du bacille en virgule trouvé dans le choléra, et auquel on a accordé des propriétés si virulentes, je continuerai à le regarder comme identique, dans sa nature, avec ceux qu'on rencontre ordinairement dans la salive, jusqu'à ce qu'il ait été clairement démontré qu'il en est physiologiquement différent. » (*Medical Times*, 20 septembre 1884, p. 397.)

Tétanos traumatique guéri par l'usage interne et externe du sulfate de morphine, par M. J.-W. Stickler. — Un enfant de huit ans se blesse avec un couteau le médius gauche; on essaye d'abord la réunion par première intention en coaptant exactement les surfaces sectionnées et en pratiquant quelques points de suture. Cette tentative ne réussit pas, la plaie se désunit. Comme il était manifestement impossible que l'extrémité du doigt fût conservée, le chirurgien se décida à amputer dans la première jointure. Tout alla bien pendant quelques jours, mais bientôt le malade fut pris de symptômes tétaniques: douleur au niveau des attaches du diaphragme et dans le dos, difficulté de la déglutition, contraction spasmodique des muscles masticateurs. Révulsifs sur les membres inférieurs, l'abdomen et la nuque; administration d'une potion morphinée, enveloppement dans une couverture. Le jour suivant, contraction fréquente des muscles de la face, du cou et du tronc; douleur très pénible dans la région épigastrique; déglutition des solides très difficile. A ce moment le docteur Wm. Pierson fut appelé en consultation. Il conseilla l'application de cataplasmes morphinés sur la partie malade, et ordonna à l'intérieur la solution de morphine de Magendie à prendre deux fois par jour à la dose de 25 à 35 gouttes. Au moment où ce traitement fut commencé, l'épisthotonos était assez prononcé pour qu'on pût aisément passer la main et l'avant-bras entre le lit et le dos du patient. Cet état se maintint environ soixante-douze heures. L'ouverture de la bouche ne permettait pas l'entrée du doigt; l'alimentation consista en lait et bouillon. Peu à peu la rigidité musculaire disparut, et au bout d'un mois le patient était complètement guéri. (*The medical Record*, 13 septembre 1884, p. 288.)

Sur le muriate de chaux, par M. John-C. Peters. — L'auteur rappelle les heureux effets de ce médicament d'après un certain nombre de médecins qui l'ont employé, particulièrement d'après le docteur Warburton Begbie.

A petites doses répétées, il produit l'augmentation des sécrétions des muqueuses, des urines et de la perspiration; à doses élevées, il est irritant. Fourcroy et quelques médecins de son temps avaient beaucoup de confiance dans ce médicament pour combattre la scrofule. Le docteur James Wood l'emploie dans la phthisie, dans toutes les formes de la scrofule et dans les fièvres hectiques. Le docteur Ingraham lui accorde la faculté de faire fondre les tumeurs de toutes sortes. Begbie s'en est heureusement servi contre les engorgements ganglionnaires du cou, alors que l'iodure de potassium, l'iodure de fer et l'huile de foie de morue avaient échoué. Suivant lui, il faut continuer pendant très longtemps, des mois et même des années, l'usage du médicament. Le muriate de chaux réussit encore dans le lupus *exedens* et non *exedens*, dans le psoriasis local, dans l'ozène, dans les amygdalites chroniques. (*The medical Record*, 13 septembre 1884, p. 289.)

Des températures hyponormales des paralytiques, par MM. Hitzig et Reinhard. — Le professeur Hitzig résume dans une communication à l'association des neurologistes de l'Allemagne du Sud, nos connaissances sur cette question. Tantôt les accès paralytiques s'accompagnent d'une ascension notable de la température que ne justifie l'état d'aucun organe; tantôt la température du corps descend au-dessous de la normale, souvent à des degrés qui ne peuvent qu'exciter l'étonnement des cliniciens; ces abaissements excessifs sont surtout fréquents dans la paralysie générale, ou dans les formes voisines (psychoses séniles, etc.).

D'après l'auteur, dans les cas aigus, on peut rencontrer les particularités suivantes :

Tantôt l'on observe des sauts étonnants de la température, sans accès convulsifs ou paralytiques. (Dans un cas observé par Hitzig, la température oscille entre 31°,6 et 38°,2.)

Tantôt la chute de la température précède un accès paralytique, et persiste pendant un temps plus ou moins long. (Dans un cas, la température qui etait, la veille, de 37°,5, était, le matin, à 32 degrés et oscilla autour de ce chiffre jusqu'à la mort qui arriva trois jours après.) D'autres fois, la chute de la température qui précède un accès peut être suivie d'oscillations plus ou moins étendues. (Dans un troisième cas, la température de 37 degrés descend à 35°,7 pendant l'accès; puis elle remonte, coïncidant avec des accès multiples, à 38°,5.)

Enfin on peut observer des températures hyponormales progressives, comme chez un homme qui, parti de 31 degrés, remonte, grâce aux soins, à 34°,2, puis, sous l'influence d'un accès, à 39°,2. Puis la température descend peu à peu à 32°,2. Nouvel accès annoncé par une température de 26°,8 (?), enfin diminution progressive jusqu'à 25 degrés, époque de la mort du malade. Cette période de basses températures dura de cinq à six jours.

Tous ces faits sont aussi bien constatés cliniquement qu'impossibles à expliquer physiologiquement. On peut invoquer l'action du centre thermique, mais comment, sur ce terrain, dépasser l'hypothèse pure? Dans un grand nombre de cas, Hitzig pense que la faiblesse du cœur joue un certain rôle. Souvent les battements du cœur, faibles et dépressibles, ne dépassent pas 40.

« Je ne vois aucune possibilité, dit-il en terminant, de réunir sous une même rubrique les faits précédemment exposés et de les expliquer par une théorie unique. » (*Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 34.)

M. Reinhard publie deux observations qui rentrent dans les mêmes catégories que les précédentes, mais qui se distinguent par des températures encore plus basses. Dans les deux cas, il s'agit de paralysie générale progressive; à la suite de périodes d'agitation durant plusieurs mois, surviennent subitement des collapsus avec abaissement thermique de 22°,6 à 22°,5 (!!!) dans le rectum, abaissement conduisant progressivement au décès (dans un cas à la suite d'une amélioration transitoire).

L'auteur ne partage pas l'opinion si sage de Hitzig au sujet de la pathogénie de l'affection et il montre longuement dans ses commentaires comment l'hypothèse du centre thermique explique bien les particularités de ses deux observations. (*Ibid.*, n° 34.)

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude statistique de la criminalité en France, par le docteur Jules Socquet, avec préface de M. Brouardel. Broch. in-4°. — Paris, 1884. Asselin et Cie.

La question qui fait le fond de cette excellente brochure rentre surtout dans les attributions du moraliste; elle intéresse aussi le médecin, quoique moins directement, par le côté où elle touche l'hygiène morale et l'hygiène physique. Nous y relevons seulement quelques données parmi les plus importantes, et nous les relevons avec d'autant plus de confiance que l'ensemble des faits, et quelques-uns d'entre eux en particulier, sont confirmés par les déclarations de M. Brouardel.

Le résultat le plus général de cette étude est que, contrairement à l'opinion commune, trompée par le retentissement actuel de la publicité, la criminalité contre la vie des personnes n'augmente pas en France. De 1846 à 1850, on a compté 240 accusés de meurtre et 324 d'assassinat; de 1876 à 1880, 160 des premiers et 250 des seconds. Mais comme ombre à ce tableau rassurant, on est contraint de reconnaître que les crimes contre la vie des personnes sont devenus plus fréquents chez les adolescents. De 1836 à 1840, 9 pour 100 des accusés de meurtre étaient âgés de seize à vingt et un ans; de 1876 à 1880, la proportion est de 12. De 1826 à 1830, la proportion des accusés d'assassinat âgés de seize à vingt ans est de 8 pour 100; elle est de 13 pour la période de 1876 à 1880. Mais il y a une ombre plus noire encore que la précédente dans les résultats de la statistique; c'est que, si le chiffre des crimes contre les adultes a diminué, celui des crimes contre les enfants s'est terriblement élevé. « Les personnes accusées d'infanticide, dit M. Brouardel, étaient de 550 de 1826 à 1830; elles sont plus de 1100 aujourd'hui. Les inculpations d'avortement sont passées, pendant le même temps, de 50 à plus de 250. Les inculpations de viols et attentats à la pudeur commis sur les enfants au-dessous de quinze ans se sont élevées, également pendant le même temps, de 130 à 800. » Cette augmentation est effrayante. Beaucoup en accusent la suppression des tours. M. Socquet a fait une étude spéciale de la question (p. 43 et suiv.), et dressé le tableau du nombre moyen annuel des accusées d'infanticide dans vingt-trois départements, avant et après la suppression des tours. Un diagramme (n° 3) rend la comparaison plus facile en indiquant le taux d'accusés par 1 000 000 d'habitants, également avant et après la suppression des tours. Nous ne pouvons entrer dans le détail des résultats, qui ne sont pas concordants; mais nous constatons que, dans l'ensemble des cas, la suppression des tours a été suivie d'une augmentation du nombre des accusés. Si, comme il le faut, on prend la seule base de calcul qui ait une signification précise, celle du nombre moyen des accusés par rapport au chiffre de la population, on trouve que ce nombre n'a pas varié dans le département de la Seine; il a *diminué* légèrement dans les départements de la Côte-d'Or et de l'Isère, et très sensiblement dans le Rhône et dans l'Ain. *L'augmentation* s'est surtout fait sentir dans la Corse, la Gironde, le Jura, la Loire-Inférieure, la Haute-Marne, la Nièvre, les Pyrénées-Orientales, la Sarthe, Seine-et-Oise, Cantal, Hautes-Alpes, Mayenne, Morbihan, Oise. M. Brouardel donne de ces différences une interprétation ingénieuse, mais qu'il ne présente pas lui-même comme absolument démonstrative.

On trouve encore dans l'ouvrage de M. Socquet des données précieuses relatives à l'influence de l'instruction sur la criminalité. Il la résume dans les termes suivants : « Il y a eu depuis 1826 jusqu'en 1880 une diminution très marquée dans le nombre des *accusés de toutes catégories* qui étaient *illettrés* ou qui avaient reçu une instruction supérieure, et un accroissement inverse dans le nombre des accusés sachant lire et écrire. C'est actuellement parmi ces derniers qu'on trouve plus de la moitié des accusés de crimes divers. » Mais il ne faudrait pas en conclure que l'instruction élémentaire est une préparation au crime. Ce résultat tient évidemment à ce que le nombre des illettrés a considérablement diminué, que celui des individus sachant simplement lire et écrire a suivi une marche inverse, ce qui accroît nécessairement la part de cette dernière catégorie dans la criminalité. Pour juger cette question en connaissance de cause, il faudrait pouvoir établir comparativement le chiffre proportionnel des crimes pour deux nombres égaux d'illettrés et de gens sachant lire et écrire.

Recherches expérimentales sur l'excitabilité électrique des circonvolutions cérébrales et sur la période d'excitation latente du cerveau, par le docteur Henry C. de Varigny. Thèse de doctorat. — Paris, 1884.

Dans ce travail, purement expérimental, l'auteur s'est tenu systématiquement à l'écart de toute espèce d'interprétation théorique. « Il existe, dit-il, assez de théories sans faits pour qu'il soit permis, par compensation, de donner quelques faits avec le moins de théorie possible. »

Le premier chapitre renferme un historique très soigneusement fait de la question de l'excitabilité cérébrale; le deuxième est consacré à la description minutieuse des procédés opératoires et des appareils appliqués à l'étude des réactions musculaires provoquées par l'excitation du cerveau; les derniers contiennent le récit détaillé des expériences pratiquées par l'auteur. Toutes ces expériences ont été faites sur des chiens chloralisés. Elles démontrent que la chloralisation diminue notablement et peut même abolir pour un certain temps l'excitabilité du cerveau; elle a aussi pour effet d'allonger sensiblement la période d'excitation latente. Dans le cours des expériences pratiquées sur un même animal, la durée de la période d'excitation latente se trouve quelquefois égale à toutes les explorations; quelquefois, au contraire, elle est inégale et suit alors une marche croissante, décroissante ou irrégulière. Ces variations s'expliquent par les modifications que subit l'excitabilité des centres nerveux sous l'influence de la fatigue, du repos, de l'action plus ou moins active de l'agent anesthésique, de la réfrigération des circonvolutions, etc. Il nous est impossible d'entrer ici dans le détail des expériences. Disons seulement que le travail de M. de Varigny est fait avec une grande rigueur expérimentale, et qu'il sera consulté avec profit par tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la physiologie cérébrale.

P.

Index bibliographique.

Corps étrangers spéciaux aux ouvriers de la métallurgie. — Etude sur les plaies des ouvriers en bois. — Plaies par peignes de filature, par le docteur Fr. Guermonprez (de Lille). Paris, 1883. J.-B. Baillière et fils. — Trois brochures renfermant une intéressante étude des traumatismes spéciaux aux ouvriers de certaines professions, au point de vue de l'étiologie, de la fréquence des accidents, de leur marche, de leurs conséquences relativement à la guérison plus ou moins complète et à la possibilité de reprendre le travail; enfin, au point de vue des indications du traitement et des moyens de les remplir. Ces brochures contiennent un grand nombre d'observations cliniques fort instructives, et des figures permettant de suivre les descriptions du texte avec plus de fruit.

Leçons cliniques sur la dipsomanie, faites à l'asile Sainte-Anne par M. V. Magnan, médecin en chef de l'asile; recueillies et publiées par le docteur M. Briand, médecin-adjoint. Paris, 1884.

A. Delahaye et E. Lecrosnier. — La dipsomanie, qui ne doit pas être confondue avec l'alcoolisme, est représentée par une impulsion impérieuse, un entraînement irrésistible poussant, par intervalles, l'homme à boire avec excès des liqueurs enivrantes. Mais ce n'est pas là une entité morbide, une maladie distincte, c'est un syndrome révélant une disposition maladive congénitale, des antécédents de folie héréditaire. Tous les malades observés par M. Magnan, et dont il rapporte les observations au cours de ses Leçons sur la matière, étaient, par leurs ascendants, prédisposés à la folie. L'accès lui-même n'est pas toute la maladie, pas plus qu'il n'est le résultat tardif d'habitudes d'ivrognerie; l'entraînement irrésistible à boire est précédé, et s'accompagne, de symptômes qui en font une véritable ébauche d'un accès mélancolique. D'ailleurs les dipsomanes sont, à diverses périodes, soumis à d'autres impulsions, à des obsessions constituant, comme la fureur de boire, un stigmate psychique de la folie héréditaire. M. Magnan étudie avec détails les accès, leurs causes occasionnelles déterminantes, leur forme, l'état des malades dans l'intervalle des paroxysmes, enfin le diagnostic et le traitement de l'affection elle-même et des complications alcooliques qu'elle entraîne assez souvent. Il établit, en terminant, l'irresponsabilité médico-légale relative aux actes commis pendant l'accès de dipsomanie et pendant l'accès de délire alcoolique consécutif à des accès rapprochés de dipsomanie.

De la folie a la ménopause, par le docteur Henri Guimbail, interne à l'asile d'aliénés de la Roche-sur-Yon. Thèse de Paris, 1884. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — L'auteur, après avoir rapporté l'opinion soutenue par la majorité des médecins aliénistes sur la plus grande fréquence de la folie chez la femme après la ménopause, et sur l'influence indéniable et puissante de la cessation des fonctions menstruelles relativement à l'apparition de l'aliénation mentale, étudie les conditions dans lesquelles se fait cette suppression de l'activité sexuelle, et le mécanisme de son retentissement sur les phénomènes psychiques; il admet, pour expliquer la pathogénie des troubles intellectuels, qu'à la pléthore sanguine et à la pléthore nerveuse, insuffisantes par elles-mêmes, doit venir s'ajouter l'action de causes morales, de l'hérédité, d'accès antérieurs de folie, ou encore de l'exaltation religieuse. La folie ménopausique comprend toutes les formes; le délire peut être passager ou continu, et se présenter avec des variétés infinies; cependant, il affecte plus fréquemment la forme lypémaniaque. M. Guimbail relate vingt et une observations personnelles, réparties en trois classes : 1° folies générales aiguës ou subaiguës; 2° délires partiels avec hallucinations de l'ouïe; délires chroniques d'emblée; 3° enfin, folies névropathiques où l'élément nerveux et hypochondriaque domine. Dans un dernier chapitre, il étudie la question du traitement : traitement moral, isolement, soins hygiéniques, traitement médical et pharmaceutique; il cherche à réagir contre le préjugé vulgaire que la médecine est désarmée devant la folie.

Étude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte, les formes anormales en particulier, par le docteur André Chantemesse, ancien interne des hôpitaux. Thèse de Paris, 1884. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — On peut admettre, d'après l'auteur, dans la méningite tuberculeuse de l'adulte, quatre formes principales, suivant la marche et la rapidité d'évolution des symptômes, ou suivant leur localisation plus ou moins précise. La première, ou forme *latente*, est exceptionnelle ou du moins se révèle d'ordinaire peu avant la mort par une attaque délirante, apoplectiforme ou épileptiforme, terminée par le coma ultime. La seconde, forme *délirante*, peut affecter le type aigu ou chronique; dans le premier cas, la mort est rarement retardée au delà du quinzième ou du vingtième jour; dans le second, elle peut ne survenir qu'au bout d'une ou plusieurs années. Le délire peut être continu ou paroxystique, ressembler à la manie aiguë, affecter un caractère manifestement érotique, etc.; il est ordinairement influencé par l'état constitutionnel du sujet. Il n'affecte, d'ailleurs, aucun rapport constant avec la température, et Jaccoud a établi que la méningite tuberculeuse de l'adulte peut évoluer entièrement sans que la température s'élève au-dessus de la normale. Le délire chronique n'est le plus souvent qu'un affaiblissement progressif de l'intelligence, une incapacité intellectuelle avec insouciance excessive. La troisième forme, ou forme *spinale*, n'est pas très rare chez les poitrinaires; elle simule, par sa marche envahissante, l'évolution d'une myélite ascendante; les accidents céphaliques n'apparaissent que plus tard. La quatrième forme est dite *hémiplégique;* elle se révèle par des symptômes différents, suivant la localisation des lésions, ordinairement représentées par des méningites en plaques. On observe, comme premier signe, une attaque d'épilepsie jacksonnienne, une monoplégie, une hémiplégie plus ou moins complètes, isolées pendant un certain temps de toute autre manifestation méningitique.

VARIÉTÉS

Projet d'un ordre des médecins. — Nous trouvons dans l'*Union médicale* le texte d'une proposition sur la création d'un *Ordre des médecins*, présentée par le docteur Surmay à l'Association des médecins de l'arrondissement de Saint-Quentin, votée par elle dans son assemblée générale du 6 octobre dernier et qui sera portée devant l'Assemblée générale à la prochaine réunion. Nous avons plusieurs fois émis la pensée qu'une institution de genre, repoussée jusqu'ici par des motifs dignes de considération, finirait par devenir indispensable. Nous avons signalé en même temps les articles publiés par M. Surmay dans le même journal (mars 1884). Nous ne pouvons donc qu'être satisfait de voir la question enfin posée, en quelque sorte, officiellement. « Nous ignorons, dit le rédacteur en chef de l'*Union médicale*, si la création d'un Ordre des médecins est possible. » Il ne faut pas oublier, en effet, que certaines difficultés peuvent se présenter; que l'Ordre des avocats dont on se prévaut généralement n'est pas une institution superposée à l'organisation particulière de la profession, mais qu'elle se rattache à l'organisation générale de la justice et y trouve une base qui manque à la médecine. Mais ces difficultés pourraient n'avoir d'autre effet que de nécessiter, dans les statuts de notre Ordre, des dispositions tout à fait spéciales.

Voici le texte de la proposition de M. Surmay:

L'Association des médecins de l'arrondissement de Saint-Quentin,

Considérant que, depuis la suppression de l'ancienne Faculté de médecine, la profession médicale manque d'une constitution qui, au regard de la société, soit une garantie d'honorabilité et de moralité aussi nécessaire que le savoir lui-même au bon exercice d'une profession dont la société attend le plus précieux de tous les services, — et, au regard de la profession médicale, soit une sauvegarde efficace de ses intérêts moraux et matériels;

Que les médecins n'ont cessé de réclamer sous diverses formes le rétablissement d'une pareille institution;

Qu'ainsi sont nées les Associations de prévoyance et de secours mutuels entre médecins et plus tard les Syndicats;

Que les Associations, tout en étant la moralisation et la protection en même temps que l'assistance, n'ont de ferme efficacité qu'en matière d'assistance;

Que les Syndicats, s'ils se bornent à poursuivre seulement la satisfaction des intérêts matériels de la profession, s'exposent à l'abaisser au lieu de la relever, et, s'ils ont en vue également les intérêts moraux, font double emploi avec les Associations et n'y réussiront pas mieux qu'elles; que, par la concurrence que la nouvelle loi sur les Syndicats professionnels leur permettra de faire aux Associations, ils sèmeront la division dans le corps médical et contribueront ainsi à son amoindrissement;

Que la cause de cette impuissance des Associations et des Syndicats en matière de moralisation réside dans l'absence d'obligation et de sanction légales;

Que le même défaut d'obligation et de sanction légales ne donne qu'une autorité précaire et à peu près illusoire aux résolutions et décisions des Associations et des Syndicats en matière d'intérêts matériels;

Que les intérêts moraux de la profession ne peuvent obtenir entière satisfaction que d'une autorité légale, autonome et souveraine;

Qu'il en est de même des intérêts matériels, pour lesquels cette autorité autonome serait, dans des limites déterminées par la loi, une juridiction spéciale,

Émet le vœu,

Qu'il soit institué un Ordre des médecins représenté par des chambres médicales d'arrondissement élues et par un Conseil général de l'Ordre également élu, et qu'à cette institution soit

déléguée par la loi une autorité souveraine sur tout ce qui concerne l'honneur et la dignité professionnelle et los rapports des médecins entre eux, autorité allant jusqu'au pouvoir d'interdire l'exercice de la médecine, et renfermée dans des limites déterminées par la loi en ce qui regarde les intérêts matériels dans leurs rapports avec le public,

Conformément au vœu émis par le *Congrès médical* de 1845, et dans le sens du projet proposé par le docteur Surmay, développé dans le journal l'*Union médicale* en 1884, et succinctement énoncé dans la dernière assemblée générale de l'Association des médecins de France.

Association générale des étudiants des Facultés et Écoles supérieures de Paris. — L'Association générale des étudiants de Paris qui s'est fondée cette année avec l'approbation de M. le ministre de l'instruction publique et de MM. les doyens des Facultés de Paris, vient d'établir son siège social, 41, rue des Ecoles.

Nous rappelons, par un extrait des statuts, que le but de cette Société est de resserrer les liens de solidarité et d'établir un centre de relations amicales entre tous ses membres. Elle réunit les étudiants dans l'intérêt de leurs études et pour la recherche des moyens de les perfectionner. Elle leur permet de s'entr'aider dans les difficultés matérielles de la vie.

Le montant de la cotisation est de 12 francs par an.

Le Comité.

S'adresser à M. Eugène Boureau, président du Comité, 15, rue Linné, à Paris.

La population de la France en 1883. — Il résulte de la statistique publiée par le *Journal officiel* que l'excédent total des naissances sur les décès ne s'élève qu'à 96 843, ce qui est sensiblement le même chiffre qu'en 1882, mais qui est inférieur à celui de 1881, où l'excédent était de 108 229. On a constaté, d'autre part, que les excédents de naissances les plus forts se trouvent dans les départements industriels et ceux dans lesquels existe la petite culture, tels que le Nord, la Seine, le Pas-de-Calais, le Finistère, le Morbihan, la Loire-Inférieure, etc.

Les excédents de décès se rencontrent, au contraire, dans les contrées riches, telles que l'Orne, l'Eure, le Calvados, Seine-et-Oise, etc. Le total des décès s'élève pour l'année dernière à 841 101; il avait été de 838 539 en 1882, de 828 828 en 1881, et de 858 000 en 1880. La progression des naissances par contre a augmenté. Le nombre des naissances, qui était de 920 000 en 1880, de 937 057 en 1881, de 935 566 en 1882, est monté en effet à 937 944 en 1883. Mais cette amélioration, dont on pourrait se féliciter à première vue, ne tient qu'à l'accroissement du nombre d'enfants naturels.

Choléra. — L'épidémie tend à disparaître partout; elle reste insignifiante en Algérie. En Italie, Naples a encore une quarantaine de décès par jour.

Distinctions honorifiques. — Par décret en date du 22 septembre, des médailles d'honneur (médailles d'or de première classe) sont décernées aux étudiants en médecine ci-après désignés, qui ont rivalisé de courage et de dévouement pendant l'épidémie cholérique dans le département de l'Ardèche : MM. François Leclercq, chargé du service médical à Ruoms; Georges Perrusset, chargé du service médical à Lavilledieu; Merley, étudiant en médecine, chargé du service médical à Saint-Pons.

Nécrologie. — Nous apprenons à l'instant la mort de M. le docteur Cazalas, ancien sénateur, ancien président du Conseil de santé des armées. Notre regretté confrère avait parcouru dans la médecine militaire une carrière des plus honorables. Comme médecin en chef de l'expédition de la Dobrutshka, il avait eu à lutter contre une épidémie cholérique des plus sérieuses, et il en avait rapporté des doctrines anticontagionnistes qu'il a souvent défendues depuis, soit à la Société médicale d'émulation, soit dans des communications présentées à l'Académie de médecine. Durant son court passage au Sénat, il avait souvent pris en mains les intérêts de ses collègues de l'armée, pour lesquels il s'est toujours montré plein d'aménité et de bienveillance.

Mortalité a Paris (41e semaine, du 3 au 9 octobre 1884). — Fièvre typhoïde, 19. — Variole, 2. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 20. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 1. — Méningite, 31. — Phthisie pulmonaire, 165. — Autres tuberculoses, 15. — Autres affections générales, 50. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 35. — Bronchite aiguë, 16. — Pneumonie, 43. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 58; au sein et mixte, 28; inconnu, 9. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 84; de l'appareil circulatoire, 75; de l'appareil respiratoire, 50; de l'appareil digestif, 53; de l'appareil génito-urinaire, 26; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 6. — Morts violentes, 32. — Causes non classées, 0. — Total : 852.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Leçons cliniques sur la dipsomanie, faites à l'asile Sainte-Anne, par M. X. Magnan. Recueillies et publiées par M. le docteur Marcel Briand. Brochure in-8 de 151 pages. Paris, Progrès médical. 2 fr.

Étude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte, les formes anormales en particulier, par M. André Chantemesse. 1 vol. in-8 de 184 pages, avec une planche hors texte. Paris, Progrès médical. 3 fr. 50

Médecine et thérapeutique rationnelles, par M. le docteur Henri Coiffier (du Puy). 1 vol. in-8 de 432 pages avec figures. Paris, J.-B. Baillière et fils. 6 fr.

Manuel pratique des maladies de l'enfance, par MM. A. Despine et C. Picot. 5e édition, revue et augmentée. 1 vol. in-18 de XII-804 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 7 fr.

Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et du nez, par MM. les docteurs Miot et Baratoux. 1re et 2e partie : anatomie, physiologie, otoscopie et rhinoscopie. 1 vol. in-8 avec 129 figures intercalées dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 6 fr.

Bulletins et Mémoires de la Société d'ophthalmologie. 2e année (1884). 1 vol. avec figures dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 5 fr.

Le choléra asiatique, histoire, étiologie, symptômes et traitement, par M. le docteur Wakefield. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

De la folie à la ménopause, par M. le docteur Guimbail. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

De l'épilepsie dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement, bromulation pendant la grossesse, par M. le docteur Béraud. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

De l'extirpation totale de l'utérus par le vagin dans les cas de cancer, par M. le docteur Doche. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

De la dilatation de l'estomac et de son traitement par le lavage stomacal et alcalins, par M. le docteur Souligoux. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

Causeries médicales, par M. le docteur Dubray. 1 vol. in-18. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Du cancer chez les syphilitiques et de l'hybridité cancéro-syphilitique de la cavité buccale en particulier, par M. le docteur Ozenne. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Les eaux ferro-cuivreuses de Saint-Christau, envisagées au point de vue thérapeutique, affections de la peau, de la langue, des fosses nasales et des yeux, par MM. les docteurs Tillot et Bernard. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Pleurésie et état puerpéral, 15 ponctions en deux mois chez une femme en couches, guérison, par M. le docteur G. Graux. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 50 cent.

La cure thermale à Bourbonne-les-Bains, par M. le docteur Bougard. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr.

Traitement et guérison du croup et de la phthisie par les inspirations antimicrobiques et médicamenteuses, par M. le docteur Sandras. In-4. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

Traité complet d'ophthalmologie, par MM. les docteurs L. de Wecker et E. Landolt. Anatomie microscopique, par MM. les professeurs A. Ivanoff, G. Schwalbe et W. Waldeyer. Tome II, fascicule 2. Maladies du tractus uvéal, du corps vitré, de la sclérotique, glaucome, par M. L. de Wecker. 1 vol. in-8 avec 101 figures dans le texte (gratis pour les souscripteurs). Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. Prix du tome II complet. 17 fr.
— Prix de l'ouvrage complet, 3 forts volumes in-8. 51 fr.

Médecine clinique, par M. le professeur G. Sée et M. le docteur Labadie-Lagrave, médecins des hôpitaux. De la phthisie bacillaire des poumons, par M. le professeur G. Sée. 1 vol. in-8 avec 2 planches en chromolithographie. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 11 fr.

Des affections vénériennes traitées par les eaux sulfureuses de Luchon, par MM. les docteurs Lambron et Doit. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 5 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

TRENTE ET UNIÈME ANNÉE — N° 43 — 24 OCTOBRE 1884

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) et divers documents intéressant le public médical.

Paris, 23 octobre 1884.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — LES RÉCLAMES ET LES ANNONCES; DÉCLARATION. — HÉMORRHAGIES INTESTINALES; ÉTIOLOGIE ET PROPHYLAXIE.

Séance de l'Académie de médecine.

A l'Académie de médecine, la question des eaux potables de Paris et de la banlieue a encore fait presque tous les frais de la séance, par l'intervention de MM. Proust, Daremberg, Lagneau, Colin (d'Alfort), Brouardel et Rochard. Nous devons signaler principalement l'important mémoire de M. Proust.

L'Académie avait d'abord adopté une proposition élégamment présentée par M. Ball au sujet de l'incendie du palais de Christianbourg, qui avait reçu les membres du Congrès de Copenhague, et la séance s'est terminée par une lecture très écoutée de M. Blachez, sur laquelle nous aurons occasion de revenir.

Les réclames et les annonces. — Déclaration.

Je ne sais si un moraliste a jamais émis cette maxime : qu'il est quelquefois moins difficile d'être honnête que de le paraître. Ce serait exprimer une grande vérité. On est honnête par nature, par bienfait d'éducation, par réflexion, par obéissance religieuse, toutes choses qui dépendent de la personne. Le calcul même qui, tout en effaçant le mérite de l'honnêteté, ne laisse pas d'en produire les effets, dépend de soi. Au contraire, la réputation d'honnêteté est un produit de l'opinion publique, sur laquelle personne n'a une prise directe et assurée. Or l'honnêteté est le côté du caractère sur lequel l'opinion est le plus exposée à l'erreur. Et cela pour deux raisons principales : la première est que presque jamais ce côté de l'homme ne se montre tout entier à découvert; la seconde, la plus puissante peut-être, est l'incertitude et l'instabilité de cette résultante de toutes les divergences d'esprit, de toutes les tendances morales, de tous les entraînements, de tous les préjugés, de tous les enthousiasmes et de toutes les sottises, qui, semblables à une statistique disparate, concourent à former le signe dont chacun de nous est marqué.

Pour ne pas sortir de la profession médicale, ceux qui y ont longtemps vécu, qui ont été bien placés pour l'observer à fond, dans les hommes comme dans les choses, ne peuvent qu'être péniblement affectés, soit de la légèreté capricieuse avec laquelle s'établissent de fâcheux courants d'opinion; soit, au contraire, d'une sorte de parti pris de tolérance à l'égard des actes les plus blâmables, les plus persistants et les plus notoires; ici, de ce défaut d'équité qui fait regarder avec des yeux de lynx, pour les noter d'infamie, les moindres écarts des besoigneux, des souffre-douleurs, des affamés de la profession, et avec des yeux de taupe, pour ne rien changer aux relations confraternelles, les scandales des riches et des puissants; ailleurs, et presque partout, de cette fausseté de jugement qui égare dans la conception de la vraie honnêteté les plus honnêtes eux-mêmes. C'est vraiment un spectacle instructif que celui de nombre de personnes toujours empressées à conter à l'oreille les petits péchés de leur voisin, à s'effaroucher sur des vétilles, sur de simples présomptions, et qui, sans faire le mal de leurs propres mains, oublient trop qu'ils l'encouragent par des intimités compromettantes ou par des rapports intéressés de clientèle.

Je n'ai en vue ici que les dupes involontaires d'une fausse vue de l'esprit. La morale ne peut être sainement pratiquée qu'à la condition de savoir discerner le bien du mal, et c'est affaire de jugement. Or, sur ce chapitre, c'est un travers chez beaucoup de personnes de se montrer en public plus chatouilleux que de raison. Ce n'est pas toujours chez elles affectation pure, étalage de principes dont ils seraient au fond peu soucieux; non; elles sont souvent sincères, mais le désir naturel de paraître posséder à un haut degré une qualité du cœur tant prisée en ce monde, va jusqu'à altérer leur jugement. La Rochefoucauld l'a dit pittoresquement : « La vertu n'irait pas si loin si la vanité ne lui tenait compagnie. » La vertu méticuleuse et intraitable est à l'honnêteté ce que la pruderie est à la pudeur et la bigoterie à

la religion. Et le défaut commun de toutes ces exagérations n'est pas seulement, comme on pourrait le croire, de singulariser ceux qui les pratiquent, mais de nuire aux causes mêmes qu'elles sont destinées à servir, et, par une conséquence nécessaire, à ceux qui en veulent être les soutiens.

Il est temps de dire quel est le motif de ces réflexions.

Quand la *Gazette hebdomadaire* a eu la pensée d'introduire dans son cadre des études pharmaceutiques propres à éclairer la pratique du médecin, elle ne s'est pas dissimulé que la nécessité de s'occuper de certains remèdes spéciaux, ou déjà exploités commercialement, ou pouvant l'être quelque jour, l'exposait à toutes les chances ci-dessus rappelées de fausses suppositions et d'interprétations désobligeantes. Certains indices, quelques confidences amicales donnent lieu de craindre que ces chances ne se soient parfois réalisées et n'aient même été sourdement exploitées. Aussi, quelque répugnance qu'on puisse avoir à paraître se défendre sur un pareil terrain, j'y entre d'autant plus volontiers, que c'est un de ceux sur lesquels l'opinion a le plus besoin d'être rectifiée.

Heureusement pour moi, j'échappe tout à fait à l'accusation d'accommoder mes principes à la cause présente. L'innovation de la *Gazette* est d'hier; il y a juste dix ans que, au sujet d'une discussion académique sur un rapport relatif au *coton iodé*, j'écrivais : « Une partie de l'Académie de médecine nous paraît être sous l'empire d'une prévention, consistant à croire qu'on porte atteinte à la délicatesse de conscience, ou tout au moins à la dignité personnelle, quand on fabrique, quand on vend des médicaments spéciaux. *C'est un excès de vertu*... Le tort que se donnent souvent les pharmaciens et les chimistes... d'empiéter sur le domaine des médecins dans les moyens qu'ils emploient pour vulgariser leur invention n'aliène en rien leur droit de commerçants, auquel le public tout entier est d'ailleurs intéressé. Le Codex peut bien arrêter *ne varietur* un certain nombre de préparations et de formules à l'usage du praticien; mais ce serait se refuser à l'évidence que de prétendre que l'art de la pharmacie n'est pas susceptible d'extension et de progrès et que le commerce des médicaments doit être un commerce fermé. Le Codex lui-même proteste contre une telle pensée, puisque à chaque édition nouvelle il enregistre de nouveaux perfectionnements. Où la dignité professionnelle peut être blessée (j'aurais dû écrire : *est réellement blessée*), c'est quand le médecin trempe dans une exploitation des médicaments; il se rapproche alors un peu de celui qui partage avec le pharmacien le produit de ses ordonnances... Le médecin ne doit pas être soupçonné, et c'est pour cela que le projet de loi sur l'organisation de la médecine présenté en 1847 interdisait le cumul de la profession de médecin et de la profession de pharmacien. *Voilà les vrais principes sur la matière ; le reste n'est que préjugé* » (*Gazette hebdomadaire*, 1874, p. 425). Le reste est si bien préjugé, que, dans la pratique médicale, il est constamment mis en oubli par les confrères les plus éminents et les plus respectables. Ne nommons personne; mais sachons bien que les remèdes spéciaux, mis en vente sous des formes spéciales, avec des marques de fabrique spéciales, figurent sur les ordonnances de praticiens célèbres plus encore que sur celles des humbles, par la raison que ce sont surtout les premiers qui font usage de certains remèdes nouveaux, délicats à préparer et à manier, dont souvent la bonne qualité ne peut être bien garantie que par les inventeurs. Le reste est si bien préjugé, que l'inventeur du coton iodé, jadis foudroyé par l'Académie de médecine, est aujourd'hui membre respecté de la Compagnie, comme l'a été l'inventeur de l'huile iodée.

En face de ces principes, les seuls justes devant la conscience, les seuls équitables devant le droit commun, les seuls libéraux, quel doit être le rôle de la presse médicale? Il est dicté par le bon sens. La pharmacie est un art; la médecine pratique, considérée exclusivement, n'est que cela aussi. La médecine pratique s'inspire des sciences anatomique, physiologique, etc.; le pharmacien s'inspire principalement de la chimie, qui est une science également; de plus, c'est elle qui fournit la plupart de ses moyens d'action à la pratique médicale, qui ne lui rend rien. Le pharmacien a donc tout droit à une intervention scientifique dans nos Sociétés médicales. « Comment, disais-je encore dans l'article précité, les inventeurs de remèdes ne s'adresseraient-ils pas à l'Académie tout comme les inventeurs d'opérations, puisque la Compagnie les y invite par les dispositions mêmes de son règlement? » Et je dis aujourd'hui : Pourquoi n'auraient-ils pas voix à la Société de thérapeutique et à la Société de biologie? La force des choses la leur a donnée en réalité, comme on peut souvent s'en apercevoir, et elle a, par cela même, tracé sur ce point la conduite de la presse, dont c'est une des fonctions de rendre compte des travaux des Sociétés savantes. La règle générale et impérative du devoir de la presse est de porter son attention sur les inventions ou innovations de la pharmacie sans autre préoccupation que celle de la vérité scientifique, en tenant compte, là comme ailleurs, des mille circonstances d'où peut dépendre le degré de confiance dans la personne ou dans le travail; là comme ailleurs, cela veut dire qu'il s'agisse d'un tonique, d'un antiseptique, d'un digestif, ou bien d'un livre sur un ordre de maladies à spécialités, comme celles de l'utérus, de la vessie ou du larynx.

Tant que l'innovation reste sous forme de communication scientifique, dans le domaine des Sociétés savantes ou dans celui des journaux, cette règle générale est si simple, qu'elle n'offre aucune difficulté particulière dans l'application; mais voilà le médicament passé à l'état de remède spécial, le voilà entré dans le commerce; quelle devient la situation de la presse à son égard?

D'abord, et cela résulte de ce qui précède, son droit, je n'hésite pas à dire son devoir, de faire de ce remède l'objet de sa critique, pour le louer ou pour le blâmer, reste entier. Il n'est pas seulement une marchandise, il appartient à la matière médicale, il appartient à la thérapeutique. Cette seule considération qu'il va peut-être s'imposer au Codex; que, en attendant, il est accepté par l'élite des praticiens, est décisive. Comment! on le prescrirait aux malades; il serait permis de dire à ceux qui s'en servent qu'ils ont tort ou qu'ils ont raison, et il ne le serait pas d'en déduire les motifs par l'examen du remède lui-même? C'est demander une contradiction. L'exploitation commerciale d'un remède non officiellement reconnu est un fait que le critique le plus scrupuleux a le droit d'ignorer. La quinine a été découverte en 1820; la première édition du Codex, postérieure à cette date, est de 1837; dès l'année suivante, les mémoires sur les vertus de la quinine commençaient à pleuvoir.

Cela peut ressembler à une réclame déguisée! Mon Dieu, oui, et c'est une aubaine pour la malignité; mais il faut savoir en prendre son parti. L'essentiel n'est pas d'éviter ce qui peut *ressembler* au mal, mais bien de ne pas commettre le mal lui-même. Or la réclame, ce genre d'article payé qu'on glisse *dans le corps d'un journal* pour lui donner l'air

d'émaner de la rédaction, voilà ce qu'il conviendrait de refuser à tout remède, spécial ou non. Beaucoup de personnes montrent bien qu'elles ne sont pas de cet avis; et, tenant compte de la puissance des mœurs et des usages, je ne leur jette pas la pierre.

Une autre règle qui s'impose à la presse est de n'accepter des inventeurs aucun nouveau travail, aucune réclamation qui ne soit justifiée par des raisons strictement scientifiques, à la condition même qu'ils aient qualité pour intervenir. On comprend la somme d'ingéniosité qu'on peut dépenser pour faire entrer dans le courant des discussions pendantes la barque qui porte votre fortune. La *Gazette* a eu plusieurs fois, par exemple, le regret de refuser à des pharmaciens très méritants et recommandables à tous égards l'insertion de réponses à des articles où se trouvaient discutées certaines propriétés thérapeutiques attribuées par eux ou par d'autres à un remède de leur invention, une appréciation de cette nature lui paraissant devoir être réservée aux médecins et déchargée de tout contrôle de la part des personnes intéressées dans l'exploitation.

Tel est le programme moral que s'est tracé la *Gazette hebdomadaire*. Encore une fois, j'aurais honte de relever le soupçon qu'il n'aurait pas été fidèlement suivi sur le point qui domine tous les autres et sans lequel notre conception des droits du pharmacien ne serait qu'hypocrisie; j'en aurais honte si, comme je le disais plus haut, quelque incertitude à cet égard ne s'était glissée dans l'esprit de confrères honorables. A ces confrères, nous n'avons qu'un mot à dire. Si l'on m'accusait d'avoir tué un homme la nuit dans un endroit écarté, en l'absence de tout témoin, ou d'avoir forcé une serrure, sans dire en quel temps et en quel lieu, je serais dans la même situation que celle où l'on place le journal. Je répondrais et il répond par une dénégation absolue; *il met au défi qui que ce soit de signaler dans la longue série de ses numéros un article, une ligne insérés contre payement dans le corps du journal*. Et si l'on se retranchait derrière la difficulté de la preuve, je prierais toute personne qui se croirait en état de fournir une articulation précise de vouloir bien me la faire connaître, afin de me mettre à même, moi, de le tirer de son erreur. Le lecteur a peut-être oublié l'incident d'où est sorti entre l'éditeur de la *Gazette* et celui qui écrit ces lignes, une sorte d'engagement réciproque, un pacte d'honneur qui, en toute franchise, ne me paraît avoir besoin d'aucune garantie. Ceux qui voudraient en connaître les détails pourront se reporter au n° 48 de l'année 1871 (p. 765). Ils y verront quel scrupule de délicatesse m'a empêché d'imposer plus longtemps à l'éditeur, par mon opposition à toute annonce, même sur la couverture, des sacrifices qui se chiffraient déjà à plus de 100 000 francs, et cela à un moment où les annonces étaient acceptées par tout le reste de la presse médicale et où les médecins les les plus considérables, Lasègue par exemple, écrivaient des articles en leur faveur; comment en acceptant, sur l'avis de mes amis les plus dévoués et les plus éclairés, d'écrire dans un journal désormais ouvert aux annonces, j'ai tenu cependant à ne le plus signer comme rédacteur en chef, me bornant à entrer dans le *comité de rédaction*, dont mes collègues m'ont nommé *président;* comment l'éditeur a, de lui-même, et, sans attendre aucune provocation de ma part, arrêté que les annonces réservées à la feuille qui enveloppe le numéro, « n'empiéteraient jamais sur l'espace réservé à la rédaction et ne se glisseraient jamais, sous une forme quelconque, dans le corps même du journal ». Ce programme, non seulement a été scrupuleusement tenu; mais à aucun moment, dans aucune circonstance, la moindre velléité d'y faire brèche ne s'est manifestée.

En deux mots, dans la *Gazette hebdomadaire*, le corps du journal, toujours suivi de la signature du propriétaire-gérant et auquel sont exclusivement réservés des articles scientifiques vraiment personnels, qu'ils traitent ou non de pharmacologie et de thérapeutique, n'a jamais reçu et ne recevra jamais aucun article payé « sous quelque forme que ce soit ». Il n'a pas à s'occuper d'autre chose.

A. Dechambre.

Hémorrhagies intestinales. — Étiologie et pathogénie.

S'il est habituellement facile de reconnaître la cause et de saisir le mécanisme des hémorrhagies intestinales, on rencontre quelquefois des cas où toute explication plausible semble faire défaut. Il y a quelques années encore on tranchait la difficulté en invoquant une disposition particulière du sujet, un état névropathique plus ou moins avéré. L'hémorrhagie était alors dite idiopathique, essentielle et on passait outre. Trousseau avait vu plus d'un fait de ce genre et il en parle dans sa leçon clinique sur l'ulcère simple de l'estomac. Pour ce grand clinicien, ces hémorrhagies, que rien n'expliquait au moment de leur apparition, étaient le plus souvent le symptôme de début d'un néoplasme en voie de formation et que l'exploration la plus attentive ne pouvait faire découvrir.

Dans un travail publié en 1875, notre collaborateur M. le docteur Lereboullet avait insisté sur la nécessité, en pareil cas, d'examiner avec soin l'état du système vasculaire : cœur et gros vaisseaux. Les maladies du cœur, surtout dans leurs périodes avancées, amènent souvent une dégénérescence granulo-graisseuse des tuniques vasculaires, d'où résulte une diminution de résistance, plus marquée dans les petits vaisseaux. On comprend dès lors combien cet état anatomique doit favoriser les ruptures vasculaires dans les cas où la tension circulatoire est exagérée. Mais cet état de dégénérescence généralisée ne peut être invoqué que vers la fin des maladies cardiaques, à l'époque de cachexie.

On peut au contraire admettre que ces dégénérescences se produisent localement à une époque beaucoup moins avancée. Il suffit pour cela qu'une artère d'un certain calibre soit oblitérée par une embolie; les vaisseaux des régions ainsi anémiées, étant eux-mêmes privés de sang artériel, ne tardent pas à s'altérer. Leurs tuniques subissent la dégénérescence granulo-graisseuse et cèdent à la plus faible pression. Cette explication s'appuie sur des autopsies déjà assez nombreuses. Elle a pour elle l'autorité de Gerhardt, de Kusmaul, de Virchow, Charcot, Lancereaux. On trouvera des observations confirmatives dans le *Traité des embolies*, de M. E. Bertin (Delahaye, 1869).

L'oblitération partielle des branches mésentériques peut ainsi donner dans plus d'un cas la clef d'hémorrhagies intestinales graves, autrefois inexplicables. On sait le parti que Virchow a tiré de cette théorie en ce qui concerne la pathogénie de l'ulcère simple de l'estomac.

Il y a déjà quelques années, nous eûmes l'occasion d'observer un malade atteint d'hémorrhagies intestinales graves dont l'explication nous fit d'abord défaut. Ce ne fut que plus tard et en nous appuyant sur les faits que nous rappelons, que nous arrivâmes à l'interprétation véritable des phénomènes morbides.

Il s'agissait d'un homme, âgé de soixante ans, d'une santé habituellement vigoureuse, très actif et se surmenant dans ses occupations. Après quelques jours d'un malaise attribué à des troubles gastriques d'ailleurs assez légers, il fut pris tout à coup de faiblesse extrême avec besoin de garde-robes. A peine installé sur la chaise, il perdit connaissance et quelques minutes après on le trouva inanimé. Il venait de rendre une selle sanglante très abondante et qui me fut présentée peu de temps après. Elle contenait au minimum trois litres de sang brun presque pur. On eut quelque peine à ranimer le malade, qui resta pendant trois semaines couché et dans un état anémique inquiétant.

L'exploration la plus attentive, maintes fois répétée, ne me permit de constater aucune tumeur, aucun point douloureux dans l'abdomen. Le toucher rectal ne donna aucun résultat. A l'auscultation du cœur je ne trouvai qu'un bruit léger à la base, que je rapportai à l'anémie.

Six semaines après, le malade reprenait ses occupations. J'attribuai l'accident au développement de quelque néoplasme trop peu volumineux pour se révéler à la palpation.

Trois mois après, les accidents se renouvelèrent avec la même symptomatologie : un peu de malaise gastrique ; expulsion instantanée d'une énorme quantité de sang presque pur. Rétablissement lent et anémie profonde. Je perdis ce malade de vue pendant plus d'un an et j'appris, à mon grand étonnement, qu'il s'était complètement rétabli. Dix-huit mois après, nouvelle hémorrhagie aussi abondante que la première. Même résultat négatif de l'examen pratiqué plusieurs fois avec le plus grand soin.

Après une quatrième hémorrhagie survenue à un intervalle de dix mois, je suivis le malade pendant plusieurs semaines et c'est alors seulement que je découvris avec un certain étonnement que le bruit de souffle très doux que j'avais constaté au cœur dès le début avait complètement changé de nature. Il était devenu rude et râpeux, ayant toujours son maximum à la base, mais se prolongeant du côté de la pointe et, tellement énergique, qu'on l'entendait parfaitement en arrière et jusque dans les parties les plus déclives de la poitrine. Le cœur était volumineux, les battements violents. En un mot, nous nous trouvions en présence d'une lésion des orifices gauches plus accentuée à la région aortique.

La dyspnée était cependant modérée et je ne constatai pas d'œdème. Les accidents intestinaux ne se sont pas reproduits depuis plus de deux ans.

Il est difficile de ne pas établir un lien étroit entre cette lésion cardiaque et les hémorrhagies. Cette maladie du cœur existait sans nul doute depuis longtemps. Le malade, interrogé depuis dans ce sens, avouait que depuis plusieurs années il s'essoufflait facilement, montait avec peine les escaliers ; mais il attribuait cette gêne à son âge et plus tard, quand les hémorrhagies se manifestèrent, il rapporta à son état anémique tous les symptômes cardiaques qui s'accentuaient de plus en plus. — J'ajoute que je ne retrouvai pas vestige de tumeur intestinale et qu'il est évident que depuis quatre années un néoplasme, s'il existait, se serait révélé par des symptômes non douteux.

Voici donc un nouveau cas dans lequel l'hémorrhagie intestinale s'explique de la manière la plus satisfaisante par l'affection cardiaque, laquelle, à ses débuts, a probablement déterminé à plusieurs reprises des oblitérations emboliques des branches mésentériques.

Ces hémorrhagies n'ont constitué qu'un accident passager ; mais il n'en est pas moins vrai que par le seul fait de leur abondance elles mettaient le malade en grand danger et pouvaient déterminer la mort, dont la véritable cause, la cause première, aurait été certainement méconnue.

Peut-on donner encore au diagnostic une plus grande précision et déterminer la région vasculaire où l'embolie se serait produite? Si l'on considère l'état du sang rendu, sa couleur, l'absence d'odeur gangreneuse et de grande fétidité, on pourrait, d'après les remarques de Kussmaul, penser qu'en pareil cas la mésentérique inférieure ou une de ses branches était intéressée.

Quoi qu'il en soit, on voit par ce fait combien il faut se garder en présence d'une hémorrhagie intestinale, que rien n'explique au premier abord, de conclure à une hémorrhagie idiopathique ou même, en raison de l'âge du malade, au début d'une affection organique de l'intestin. L'examen attentif et persévérant des voies circulatoires doit toujours être pratiqué et pourra souvent fournir à un moment donné de précieux renseignements.

Blachez.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pharmacologie.

Critique sur les études qui ont déterminé la commission du Codex a choisir la fibrine pour titrer la pepsine, par M. Th. Defresne, pharmacien de 1re classe, lauréat de l'École de pharmacie.

En mai dernier, il a paru dans les nos 19, 20 et 21 de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, un travail intéressant sur la pepsine, ses préparations et le mode d'essai pour en estimer le pouvoir digestif.

Ce travail est essentiellement objectif; en effet, nous ne devons pas perdre de vue que les sécrétions buccales, gastriques et duodénales se complètent l'une par l'autre et qu'une étude sur l'une d'elles est nécessairement incomplète si l'on omet de mentionner ses rapports avec la sécrétion suivante.

La pepsine, en particulier, a, non seulement pour mission de peptoniser les aliments azotés, mais encore d'en syntoniser la plus grande partie, d'opérer la division du reste et de préparer ainsi la digestion duodénale.

Nous le répétons, le but à atteindre était le suivant : Déterminer le meilleur mode de dosage de la pepsine et fixer les formes thérapeutiques qu'il convient de mettre en usage pour lui conserver son action intégrale.

Pour démontrer dans quelle mesure l'auteur a atteint le but qu'il se proposait, il est nécessaire de nous placer sur son terrain et de respecter les règles qu'il a tracées, tout arbitraires qu'elles puissent être; nous nous sommes très bien rendu compte que le moindre écart dans les rapports de l'aliment azoté, de l'eau, de l'acidité, de la température, ne nous donnait plus des résultats comparables.

En effet, 1 gramme de pepsine officinale, en suivant les indications de l'auteur, peptonise en six heures 20 grammes de fibrine; la même dose de pepsine en peptonise 60 grammes dans le même temps si on ne fait, ce qui paraîtrait équitable, que de tripler le poids d'eau et d'acide, en même temps qu'on triple celui de fibrine; si l'on quadruple, si l'on décuple le poids de l'eau acidulée et de la fibrine, on peptonise, dans le même temps, des quantités de plus en plus considérables de l'élément azoté avec la même quantité de pepsine.

C'est pourquoi nous acceptons les quantités d'eau et d'acide que l'auteur a fixées pour les milieux, ainsi que les six heures réglementaires pour une digestion artificielle. Nous recon-

naissons *qu'il y a une différence essentielle au point de vue qui nous occupe, entre la dissolution des aliments azotés et leur peptonisation;* nous nous servirons également de l'acide nitrique pour reconnaître s'il se trouve dans un milieu de digestion des aliments albuminoïdes incomplètement transformés, bien que cet acide laisse échapper, sans les dénoncer nettement, certaines modifications de l'albumine qui sont plus sûrement décelées par la neutralisation et l'ébullition du milieu.

La pepsine, cela est évident, ne peut fournir la preuve de son énergie qu'en présence d'un aliment azoté dont elle peptonise, dans des conditions toujours identiques, un poids plus ou moins grand.

Quel est donc l'élément azoté qui permettra d'atteindre ce résultat avec le plus de facilité et de la façon la plus rigoureuse. Serait-ce la fibrine? Nous ne le pensons pas.

En France, jusqu'à ce jour, on a fait usage de la fibrine; le Codex vient de ratifier ce choix. L'Angleterre, les Etats-Unis, l'Allemagne, emploient l'albumine cuite. Pourquoi n'a-t-on pas pensé à employer l'albumine crue?

Il n'y a pas lieu de se montrer surpris de nous voir faire entrer l'albumine crue en lice avec la fibrine et l'albumine cuite, car nous avons présent à l'esprit que notre criterium c'est la *peptonisation* et non la *liquéfaction* de l'aliment azoté.

Voyons donc quelles sont les propriétés de ces différents corps :

La fibrine se fluidifie dans l'eau chlorhydrique officinale à 1 gramme pour 100, après six heures d'étuve à 50 degrés; dans ces conditions, l'albumine cuite reste insoluble, l'albumine crue reste fluide.

La fibrine se trouve dans les abattoirs; le sang dont on l'extrait est à peu près abandonné à lui-même et la fibrine que l'on en retire se présente, une fois lavée, sous l'aspect de gros filaments renflés en massue à l'une des extrémités; elle est mêlée de poils et de différentes impuretés; toutes choses égales, d'ailleurs, 50 centigrammes de pepsine officinale peptonisent 10 grammes de cette fibrine en neuf heures, tandis que la fibrine en filaments légers que l'on obtient, comme l'indique l'auteur, en fouettant avec un balai d'osier le sang chaud qui s'échappe de la veine, toutes choses égales d'ailleurs, est peptonisée en six heures. C'est cette dernière fibrine qu'il faut employer, nous l'avons compris; nous ne pouvons toutefois nous empêcher de faire remarquer qu'il est difficile de se la procurer.

Combien il est plus facile d'obtenir de l'albumine!

La fibrine a l'inconvénient de se trouver en filaments plus ou moins gros, mais cependant assez solubles dans l'eau chlorhydro-pepsique.

L'albumine cuite ne peut toujours être pulpée d'une façon uniforme, faute sans doute d'une indication générale; on lui reproche aussi de se dissoudre avec quelque lenteur dans l'eau chlorhydropepsique.

L'albumine crue n'offre plus les mêmes objections, elle est plus facile à obtenir encore que l'albumine cuite, elle est aisément débarrassée du réseau cellulaire qui la renferme, par un battage préalable; enfin sa pénétration par l'eau chlorhydro-pepsique est instantanée.

La fibrine, dit l'auteur, doit être essorée; cette expression ne nous permet pas d'établir combien 100 grammes de fibrine doivent laisser de résidu sec; c'est là un oubli regrettable.

Nous allons montrer, en effet, que la fibrine peut laisser un résidu sec plus ou moins abondant.

Elle peut être essorée avec une énergie variable; elle peut provenir d'un sang plus ou moins frais, elle peut avoir été conservée pendant quelques jours dans de la glycérine; voici autant de causes qui influent sur le poids sec de 100 grammes de fibrine.

Nous avons, à de longs intervalles, préparé la fibrine; voici quelques-uns des résultats obtenus.

100 grammes de fibrine séchée nous ont donné : 22^{gr},40, 23^{gr},50, 25^{gr},80 et 25^{gr},80.

Les trois premiers poids nous ont été fournis par de la fibrine très fraîche, elle ne mouillait pas le papier buvard sur lequel on la posait et cependant, selon toute apparence, elle avait été essorée dans des conditions différentes.

Un des poids, 25^{gr},80, nous a été fourni pendant les chaleurs de l'été par une fibrine retirée d'un sang noir; le dernier résultat, 25^{gr},80, nous a été donné par une fibrine qui avait été conservée quarante-huit heures à l'aide de 25 pour 100 de glycérine; dans ces deux derniers cas, elle était plus flasque, plus ridée et contenait moins d'eau d'hydratation; ainsi, d'une expérience à une autre, le poids apparent de fibrine fraîche peut en réalité varier de 14 pour 100.

L'albumine ne présente pas ces inconvénients; elle est toujours à la portée de l'opérateur, et dans des conditions dont il est le maître, elle ne renferme ni poils, ni corps étrangers, elle présente le précieux avantage d'avoir une composition toujours uniforme et à peu près invariable. En effet, différents essais portant sur 100 grammes d'albumine nous ont donné, albumine séchée à 70 degrés : 12^{gr},70; 12^{gr},40; 12^{gr},50.

Le poids d'une albumine fraîche, d'une expérience à une autre, ne varie donc que de 2,4 pour 100.

Si cette albumine est préalablement mise à macérer dans six fois son poids d'eau, contenant 1 pour 100 d'acide chlorhydrique, les sels minéraux seuls sont dissous et il reste : albumine sèche, 10^{gr},70; 10^{gr},40; 10^{gr},50. Les écarts extrêmes sont de 2,80 pour 100.

La fibrine permet-elle de trouver le titre d'une pepsine? L'auteur l'avance.

Mais, si l'on veut bien réfléchir que la fibrine, au milieu de l'eau chlorhydrique seule, est fluidifiée et même dissoute, on comprend que l'expérimentateur ne peut être guidé par aucun signe physique et l'on pressent par quels essais rebutants et multipliés il doit passer pour fixer un titre qui peut être compris entre zéro et 150.

En résumé, la fibrine est difficile à se procurer, plus difficile encore à obtenir dans les conditions requises; l'eau d'hydratation de la fibrine fraîche est variable, le Codex a omis d'en fixer le poids, ce qui peut amener des variations de 14 pour 100 dans la fibrine employée; cela nous explique les réticences de l'auteur au sujet de la fibrine laissée à l'air ou conservée dans de la glycérine; la fibrine permet, dans une certaine mesure, de vérifier le titre annoncé d'une pepsine, elle ne permet pas de titrer pratiquement une pepsine dont la valeur n'est pas connue.

L'albumine crue présente de grands avantages sur la fibrine; elle est facile à obtenir; elle est liquide; aussitôt mise en contact avec l'eau chlorhydro-pepsique, la digestion commence sur tous les points à la fois.

Si donc il est possible de déterminer le rapport qui existe entre la peptonisation de fibrine et celle de l'albumine crue, en présence d'un même poids de pepsine, toutes les conditions de température, de volume, d'acidité, de durée, adoptées par le Codex, restant les mêmes, il y aurait, ce nous semble, grand avantage à substituer l'albumine crue à la fibrine dans les essais de pepsine.

Nous avons cherché ce rapport et nous avons trouvé que 1 gramme de pepsine médicinale peptonise complètement 30 grammes d'albumine d'œufs crus, comme elle peptonise 20 grammes de fibrine.

Si donc nous avons à vérifier le titre d'une pepsine officinale, il est indifférent, au point de vue de la facilité d'exécution, de suivre l'une des trois formules suivantes :

N° 1	Pepsine médicinale..........	0^{gr},50
	Eau distillée.................	60 grammes.
	Acide chlorhydrique officinal..	0^{gr},60
	Fibrine de porc............	10 grammes.

N° 2 Pepsine médicinale........... 0gr,333
Eau distillée................ 60 grammes.
Acide chlorhydrique officinal... 0gr,60
Albumine d'œuf cru.......... 10 grammes.

N° 3 Pepsine médicinale........... 0gr,50
Eau distillée................ 90 grammes.
Acide chlorhydrique officinal... 0gr,90
Albumine d'œuf cru.... ..... 15 grammes.

Faites chauffer au bain-marie, dans un flacon à large ouverture, pendant six heures à 50 degrés (le flacon doit être bouché), agitez quelquefois au début (cette recommandation est nécessaire pour la fibrine), puis toutes les heures.

Après six heures de digestion, 10 centimètres cubes de liqueur filtrée ne doivent ni précipiter, ni se troubler par l'addition successive de trente à quarante gouttes d'acide nitrique.

La pepsine extractive, dans les mêmes conditions d'essai, doit digérer, à la dose de 20 centigrammes dans les formules 1 et 3 et à la dose de 133 milligrammes dans la formule 2.

Recherche du titre d'une pepsine. — Le titre d'une pepsine est chose délicate à déterminer, nous nous sommes vu obligé de passer par des tâtonnements successifs et d'exécuter plus de vingt expériences, en nous astreignant à suivre le procédé indiqué par l'auteur; nous avons compris alors qu'il fallait dresser quelques jalons qui pussent guider l'expérimentateur dans ce labyrinthe; l'albumine cuite nous a été un précieux auxiliaire en cette circonstance; elle ne se dissout pas en toutes proportions dans l'eau chlorhydrique, comme le fait la fibrine, et la partie inattaquée est un premier indice; si on vient, après six heures de digestion, à neutraliser le milieu et à le porter à l'ébullition, toute l'albumine, plus ou moins modifiée, est précipitée, recueillie, séchée et pesée. Il est évident que le poids de l'albumine séchée ainsi obtenu est d'autant plus grand, que la pepsine employée est plus faible et *vice versa;* il y a un rapport direct entre l'albumine restée intacte et l'albumine peptonisée; on peut estimer cette dernière et reconnaître la force *virtuelle* de la pepsine employée. Je dis *virtuelle*, car, lorsqu'il y a un résidu d'albumine non peptonisée, l'équilibre est rompu dans les différentes conditions de l'expérience, la pepsine s'est trouvée devant un excès d'albumine et au milieu d'un volume d'eau chlorhydrique qui peut être deux, trois, sept, dix fois plus considérable que dans les conditions préfixées.

Dans ces conditions, il y a eu, en chiffres ronds 1,5; 2,5; 6; 7 fois plus d'albumine peptonisée, ce qui ferait attribuer à la pepsine en expérience une force 1,5; 2,5; 6; 7 fois trop grande. Pour éviter cette erreur d'estimation, nous avons établi, à l'aide d'expériences successives, les quelques points de repère suivants :

PEPSINES DIVERSES.	ALBUMINE CUITE.	1000 EAU 10 HCl OFFICINAL.	RÉSIDU SÉCHÉ A 100 DEGRÉS.	1 GRAMME DE LA PEPSINE EMPLOYÉE PEPTONISE		OBSERVATIONS.
				Albumine crue.	Fibrine.	
0,10	10gr	60gr	0,10	150gr	100gr	La digestion est prolongée six heures à 50 degrés.
—	—	—	0,126	120	80	Il faut, dans le dosage, faire les rectifications nécessaires : perte de poids du filtre, matières étrangères à la pepsine, etc.
—	—	—	0,17	90	60	
—	—	—	0,19	72	48	
—	—	—	0,215	60	40	
—	—	—	0,347	30	20	L'albumine doit être passée trois fois sur un tamis laiton n° 30.
—	—	—	0,475	15	10	

On peut donc, après une expérience à l'aide de l'albumine cuite, et après avoir consulté ce tableau, fixer le titre très approximatif de la pepsine, que l'on vérifie ensuite à l'aide des formules mentionnées ci-dessus.

Réaction nitrique. Réaction par la chaleur et la neutralisation. — La réaction nitrique est indiquée par le Codex pour signaler, dans un milieu de digestion, la présence de l'albumine plus ou moins transformée. Ce réactif est bon, il ne permet pas, toutefois, d'apprécier la quantité d'albumine en voie de transformation qui existe dans une liqueur; il est moins sensible que la coagulation à 100 degrés; celle-ci permet de précipiter de légers flocons d'albumine, là où l'acide nitrique laisse le milieu apparemment limpide; mais il faut préalablement neutraliser les liqueurs, tout en les laissant acides; cette condition a échappé à l'auteur du travail sur les ferments digestifs; elle est nécessaire, car si l'on porte à 100 degrés une solution d'albumine contenant 1 pour 100 d'acide chlorhydrique officinal, non seulement l'albumine ne se précipite pas dans ces conditions, mais elle s'y dissout; vient-on à neutraliser le milieu, la coagulation s'opère sur-le-champ et toute l'albumine, plus ou moins modifiée, peut être recueillie, séchée et pesée.

Température. — Le Codex prescrit d'opérer les essais de pepsine à 50 degrés; cette température est donc obligatoire; mais nous ferons remarquer que la température rationnelle est de 40 degrés, et nous ajouterons que toute pepsine qui ne se peptonise pas à cette température ne répond pas aux besoins de la thérapeutique.

Durée de l'essai. — M. Vigier a conseillé, avec juste raison, de limiter à six heures la durée d'un essai de pepsine; non seulement ce temps limité permettra d'essayer plus fréquemment la pepsine; mais il tend à se rapprocher des limites d'une digestion stomacale, comme nous l'avons vu en opérant sur nous-même.

En effet, nous absorbâmes 200 grammes de bifteck cuit, représentant 330 grammes de bifteck frais, et 325 grammes d'eau; trois heures et demie plus tard, l'ipéca nous permit d'obtenir 280 grammes d'un chyme fluidifié où l'on ne reconnaissait plus que des tendons, des aponévroses et quelques débris musculaires; la chymification était terminée et 245 grammes au moins avaient déjà franchi le pylore.

Titre de la pepsine. — 50 centigrammes de pepsine officinale doivent, après six heures d'étuve à 50 degrés, donner une peptone ne contenant plus trace d'éléments albuminoïdes. Une telle pepsine peut être obtenue dans l'industrie, car nous avons, pour les besoins de cette étude, préparé une pepsine contenant encore 30 pour 100 de matériaux étran-

gers et susceptibles, néanmoins, de peptoniser un poids de fibrine cinq fois plus grand que celui prescrit par le Codex.

Fibrine crue. Albumine crue. — Nous ne ferons que rappeler brièvement les objections que présente l'emploi de la fibrine; elle est difficile à se procurer, elle n'est pas toujours de grosseur régulière, toutes choses égales d'ailleurs, elle peut contenir plus ou moins d'eau d'hydratation; son poids peut, par suite, varier de 14 pour 100, elle ne se peptonise donc pas dans des temps égaux. L'albumine crue, au contraire, est facile à obtenir, elle est liquide, elle contient une quantité d'eau d'hydratation toujours la même, son poids réel ne peut varier que de 2,40 pour 100, et elle se peptonise intégralement dans des temps égaux.

Pour obtenir l'albumine crue, cassez des œufs frais, mettez de côté le jaune, battez le blanc pour en rompre les cellules et passez au travers d'un linge fin.

Dans vos expériences, tenez compte du rapport suivant: Toutes les autres conditions du Codex étant remplies, 1 gramme de pepsine officinale peptonise 30 grammes d'albumine crue.

Acide. — La pepsine n'agit que dans un milieu acide et c'est l'acide chlorhydrique qui convient d'être employé. En effet, M. Ch. Richet, mettant à profit un cas de gastrotomie, l'a démontré dans un mémoire publié en 1878. Nous-même avons vu que le suc gastrique pur que nous avions pu obtenir sur notre personne, après l'ingestion préalable de *sinapis alba*, contenait de l'acide chlorhydrique. *A 30 degrés, ce suc gastrique* émettait des vapeurs qui donnaient une fumée blanche en présence de l'ammoniaque; ces vapeurs, condensées sur un vase refroidi, nous ont fourni quelques gouttes de liquide où le nitrate d'argent déterminait un précipité caillebotté de chlorure d'argent.

Ces expériences, nous n'avons pu les reproduire avec le suc gastrique mêlé au chyme, car alors il ne contient plus que des acides ayant cédé leurs bases à l'acide chlorhydrique (voy. *Etudes expérimentales sur la digestion*, in *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, t. LXXXIX, 1879, p. 737).

Le degré d'acidité adopté par le Codex correspond à 1gr,91 d'acide chlorhydrique gazeux par litre. M. Vigier qui l'a proposé s'est trouvé bien servi par ses tâtonnements; en effet, M. Ch. Richet, sur son malade opéré de gastrotomie, a vu l'acidité du suc gastrique pur et celle du suc gastrique mixte varier chez l'homme entre 1gr,5 et 2gr,2 pour 1000 d'acide chlorhydrique.

Dans les expériences que nous avons faites sur nous-même, nous avons, au bout d'une heure, obtenu 300 grammes de suc gastrique pur; son acidité répondait à 1gr,47 d'acide chlorhydrique gazeux par litre; le suc gastrique mixte, provenant de 200 grammes de bifteck et de 325 grammes d'eau, obtenu après trois heures et demie, répondait à 2 grammes d'acide chlorhydrique gazeux.

Le chyme résultant d'un repas complet, obtenu après quatre heures d'ingestion, répondait à 2gr,23 d'acide chlorhydrique gazeux.

L'acidité du chyme est variable, comme on le voit, elle se maintient chez l'homme en bonne santé dans des limites comprises entre 1,7 et 2,2. L'acidité est d'autant plus développée que la masse à élaborer est plus considérable, le travail de l'estomac plus pénible, la durée de la digestion plus longue. Une acidité plus grande ne nuit pas à la digestion stomacale. Nous l'avons vue, dans un cas de dilatation de l'estomac, s'élever à 3gr,2 pour 1000. M. Ch. Richet l'a vue, chez les poissons, s'élever à 10 pour 1000.

Dans nos expériences de laboratoire, nous avons pu doubler la dose normale d'acide chlorhydrique, sans influencer d'une manière notable la digestion; cependant cette acidité n'est plus physiologique chez l'homme et quand elle dépasse 2 grammes ou 2gr,2, ce qui arrive quelquefois, la bile alcaline ne peut suffire à sa tâche, le chyme élaboré reste acide et la seconde digestion est languissante; ce fait explique le succès des eaux alcalines dans certaines dyspepsies. Il est bon de remarquer, en passant, que l'emploi de l'albumine crue, naturellement alcaline, dans le dosage de la pepsine, abaisse effectivement l'acidité du milieu, qui devient ainsi égale à 1,76 d'acide chlorhydrique gazeux par litre. Ce chiffre est encore dans les données physiologiques; d'ailleurs, rappelons-nous que le titrage d'une pepsine se fait dans des conditions arbitraires et que la formule que l'on applique n'a de valeur qu'au point de vue de la direction uniforme que peuvent suivre les expérimentateurs.

Influence de la dilution des liqueurs sur la digestion. — Lorsqu'il s'agit de contrôler le titre d'une pepsine, il est essentiel d'adopter la dilution choisie par M. Vigier et consacrée par le Codex.

En effet, si nous prenons la pepsine officinale qui, dans 180 grammes d'eau chlorhydrique, peptonise, en six heures, 30 grammes d'albumine crue, l'expérience nous démontre que cette même dose de pepsine, en présence de dix fois plus d'eau chlorhydrique et dix fois plus d'albumine, peptonise, dans le même temps, 220 grammes d'albumine crue. Cette dilution de l'albumine ou de la fibrine dans six fois son poids d'eau chlorhydrique répond très bien au but que se propose le Codex, mais n'est pas dans les données physiologiques; nous allons le voir; il n'est pas rationnel non plus d'avancer que les peptones nuisent à la digestion, parce que l'on a ajouté sans mesure de la peptone dans ce milieu artificiel, c'est la désagrégation et la syntonisation des aliments qui domine dans cette circonstance; il eût fallu donner l'explication de ce phénomène et montrer que toute substance qui vient élever la densité du milieu, amène naturellement le même résultat.

Quand on traite des propriétés de la pepsine, il faut envisager le processus de la digestion tout entière et mettre en évidence le rôle complexe du suc gastrique, qui a également comme attribut, ne l'oublions pas, de préparer la seconde digestion.

En effet, quand les aliments ont été profondément divisés par les dents, quand ils ont été pénétrés par la salive qui détruit la cohésion des amylacés, la division du bol alimentaire n'est pas encore assez avancée pour permettre aux différents sucs digestifs de le pénétrer et de le fluidifier rapidement; c'est l'estomac, aidé du suc gastrique, qui parfait ce travail; aussi est-il permis de considérer celui-là comme une seconde mâchoire mieux armée que la première.

En effet, l'estomac comprime les aliments en tous sens, il détermine leur glissement lent les uns sur les autres et facilite ainsi l'imbibition, la pénétration des aliments par le suc gastrique et enfin leur désagrégation, leur syntonisation et leur peptonisation. Ce travail ne peut s'effectuer que si le bol alimentaire présente quelque consistance; l'observation des faits est là pour le démontrer. Nous avons quelquefois nourri, avec de la viande, des chiens et des chats, en vue d'expérimenter sur leur estomac, et ils ne nous ont pas paru souffrir de la privation d'eau que nous leur imposions.

Il nous est arrivé d'ouvrir un brochet pesant 750 grammes: son estomac, long de 10 centimètres, était en plein travail; nous y rencontrâmes un petit poisson dont la tête touchait au pylore et dont la queue se trouvait engagée dans l'œsophage large et dilaté; la partie antérieure est en pleine chymification et les ossements de la tête se trouvent mêlés à une pulpe semi-liquide; le chyme filtre au travers de ces débris et franchit le pylore; on peut suivre sa marche dans l'intestin grêle qui est acide. Les deux tiers postérieurs de la victime sont encore intacts et bien conservés, aucun liquide ne les baigne, le chyme recueilli, étendu de son poids d'eau, filtré et neutralisé, se coagule par la chaleur, il contient donc de la syntonine et des albumines solubles. Nous avons fait

aussi plusieurs expériences sur nous-même, nous l'avons mentionné plus haut. Nous prîmes 200 grammes de bifteck grillé et nous absorbâmes 325 grammes d'eau; après trois heures et demie, nous obtînmes 280 grammes d'un chyme où l'on ne reconnaissait plus que des tendons, des aponévroses et quelques rares faisceaux musculaires; la chymification était complète, elle s'était opérée dans moins de deux fois son poids d'eau. Une partie de ce chyme, comme on le voit, avait franchi le pylore et celui qui restait dans l'estomac, filtré et neutralisé, se coagulait abondamment par la chaleur.

Dans une deuxième expérience, nous prîmes 150 grammes de pain, 80 grammes de volaille cuite, 90 grammes de chicorée cuite, 30 grammes de pâtisserie et 450 grammes d'eau vineuse; le chyme obtenu après quatre heures de digestion pèse 770 grammes; il prend assez rapidement la forme du vase qui le contient; on y retrouve des débris de pain, des faisceaux musculaires encore intacts; il laisse à l'étuve 17 pour 100 de matériaux solides; le suc gastrique mixte que l'on en retire par expression pèse 3 degrés Baumé; sa densité est 1030. S'il est neutralisé, il se coagule à l'ébullition. La chymification, qui était terminée dans la première expérience, est bien avancée dans cette dernière.

La chymification des aliments chez l'homme se fait donc dans un poids d'eau et de suc gastrique à peu près le double de celui des aliments ingérés.

Ainsi, les observations que nous avons faites sur les chiens, les chats et celle que nous venons de relater sur l'estomac d'un brochet, nous montrent que la chymification, peu active dans le tiers supérieur de l'estomac, prend de l'intensité dans la partie moyenne et devient très énergique dans le voisinage du pylore.

Les expériences faites sur la muqueuse détachée de l'estomac d'un porc confirment ces faits d'observation. En effet, la moitié de la muqueuse, côté du cardia peptonise à peine trois fois son poids d'albumine crue; la moitié de la muqueuse du pylore peptonise soixante-deux fois son poids d'albumine crue; la chymification n'est donc pas uniforme dans tout l'estomac; le travail le plus intense se fait aux environs du pylore et la partie chymifiée en cet endroit, composée d'albumine désagrégée, dissoute, syntonisée, peptonisée, de sucre, d'amidon et de graisse, passe, au fur et à mesure de son élaboration, dans le duodénum, où la seconde digestion commence sous la double action de la bile et du suc pancréatique. L'absorption se fait sur le parcours de l'intestin grêle.

Si nous revenons maintenant à une digestion artificielle complète, obtenue en suivant la formule de l'auteur, pour le dosage de la pepsine par la fibrine, nous trouvons que 10 grammes de fibrine dans 60 grammes d'eau chlorhydro-pepsique donnent une liqueur laissant à l'étuve 3,4 pour 100 de résidu sec; cette liqueur ne pèse que 2 degrés Baumé et n'a pour densité que 1010 grammes.

La chymification des aliments solides ne se ferait pas dans des liqueurs aussi diluées, et la peptonisation qui semblerait devoir être plus grande que celle qui s'opère dans un milieu plus dense, serait en réalité plus faible, car elle ne se ferait qu'à la surface des aliments. Nous avons un exemple frappant de cette chymification incomplète dans la dilatation d'estomac; dans ce cas, le bol alimentaire s'accumule dans la partie dilatée, il s'y dissout, s'y peptonise et laisse un résidu qui occupe le fond de la dilatation; les liqueurs chymifiées et peptonisées ne sont pas absorbées par l'estomac où elles séjournent, ce qui semblerait indiquer que la voie d'absorption des peptones n'est pas l'estomac.

Au repas suivant, les aliments tombent dans ce liquide et s'y noient; ils ne peuvent, sous l'impulsion de l'estomac, réagir mécaniquement l'un sur l'autre, la chymification est longue et pénible, les douleurs sont violentes, les vomissements fréquents et la consomption fait des progrès rapides. Mais, si on vient à conseiller au malade de vider son estomac avant de se mettre à table, à l'aide du tube de Faucher, il retire un liquide chargé de peptone, de syntonine et de débris d'aliments; il peut manger; la chymification se fait sans douleur et la digestion duodénale sans encombre. 400 grammes de ce liquide, provenant d'une vidange stomacale, nous ont été remis par un malade; il présentait les caractères énoncés ci-dessus, il contenait du suc gastrique actif et son séjour prolongé dans l'estomac en avait considérablement augmenté l'acidité, qui s'élevait alors à 3gr,20 d'acide chlorhydrique gazeux par litre.

Nous voyons donc qu'une dilution exagérée est contraire à une bonne chymification; en vain pourrait-on objecter que ce liquide qui séjourne dans la dilatation entrave la chymification, parce qu'étant chargé de peptone, il arrête tout nouveau travail digestif; cela serait, si le patient mangeait sans boire, mais il boit et se trouve dans la condition relative des expériences où l'on double la dose de fibrine et d'eau chlorhydro-pepsique, et où l'on voit la peptonisation se faire comme dans l'eau chlorhydro-pepsique simple.

Les peptones nuisent-elles à la chymification? — Des physiologistes ont vu que la peptone entravait la peptonisation; le fait est exact, mais n'est pas concluant, car, si à la place d'ajouter 1, 2, 3, 4 grammes de peptone, on ajoute du sucre, le résultat est absolument le même, la peptonisation n'est plus complète. D'ailleurs, on va le voir, si l'addition de peptone se fait dans une certaine mesure, on se rapproche de la digestion stomacale, dont le rôle est de chymifier les aliments, de préparer la seconde digestion, c'est-à-dire de faire des albumines solubles de la syntonine et de la peptone, et non pas exclusivement de la peptone.

10 grammes de viande peuvent donner de 1 gramme à 1gr,25 de peptone. Si, au début d'une digestion artificielle contenant 10 grammes de fibrine et 60 grammes d'eau chlorhydro-pepsique, nous ajoutons 2 grammes de peptone représentant 16 grammes de viande, nous avons formé un milieu répondant à 26 grammes de viande et 44 grammes d'eau chlorhydro-pepsique. Ce milieu rappelle les digestions mixtes dont nous avons parlé ci-dessus, il pèse 3 degrés Baumé; sa densité est de 1030 et les 10 grammes de fibrine qui s'y trouvent sont en partie dissous, en partie syntonisés, en partie peptonisés. C'est ainsi que les choses se passent dans l'estomac.

Préparations à la pepsine. — Nous terminerons ce travail en passant rapidement en revue les différentes préparations pharmaceutiques où l'on fait entrer la pepsine.

Nous avons vu la poudre et les pilules de pepsine présenter, après dix ans, la même activité qu'au premier jour. Les vins et élixirs de pepsine sont loin de donner les mêmes résultats, même après les premiers mois de fabrication. C'est d'ailleurs, si nous l'avons bien compris, l'opinion de M. Vigier. Pour la pepsine et autres ferments du même genre, il est bon de se rappeler qu'ils redoutent l'action prolongée de l'eau et de l'alcool et qu'ils la redoutent plus encore, lorsque la température s'élève au-dessus de 35 degrés.

Parmi les préparations liquides, il n'y a, selon nous, qu'une forme qui permette de conserver intégralement le ferment qu'on lui confie pendant un temps très long. Nous voulons parler du sirop de pepsine qui ne s'altère pas, si on a la précaution de l'additionner de 5 pour 100 d'alcool.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

INOCULABILITÉ DE LA SCROFULE ET DE LA TUBERCULOSE DE L'HOMME. Note de M. *S. Arloing.* — Des expériences comparatives instituées par l'auteur sur le lapin et le cobaye, il résulte que : 1° l'injection sous la peau de l'une et l'autre espèces animales de suc de tubercules vrais détermine chez toutes deux la tuberculisation viscérale; 2° l'inoculation du suc d'un ganglion strumeux laisse le lapin indemne, tandis qu'il produit chez le cobaye une hypertrophie ganglionnaire caséeuse et une tuberculose pulmonaire et splénique; 3° le cobaye est donc propre à la généralisation des principes scrofuleux et tuberculeux, tandis que le lapin se prête seulement à l'évolution de la tuberculose vraie.

D'où l'auteur en arrive à cette double conclusion : ou la scrofule et la tuberculose sont des affections voisines, mais causées par des virus différents, ou bien elles dérivent d'un seul et même virus dont l'activité est plus ou moins modifiée dans la forme scrofuleuse.

LES EAUX CONTAMINÉES ET LE CHOLÉRA. — Sous ce titre, M. *Marey* donne lecture du mémoire qu'il a communiqué à l'Académie de médecine dans la séance du 14 de ce mois (voy. notre dernier numéro).

Académie de médecine.

SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

M. *Besnier* présente plusieurs ouvrages de M. le docteur *Fabre* (de Commentry) sur *l'anémie des mineurs* et divers sujets de *pathologie cutanée.*

M. *De Villiers* dépose une Note complémentaire de M. le docteur *Vidal* sur *l'épidémie du choléra à Bessèges. (Commission des épidémies.)*

M. *Maurice Perrin* fait hommage d'un Rapport de M. le docteur *Vaillard* sur *le service de la vaccination animale au Val-de-Grâce en 1883-1884. (Commission de vaccine.)*

M. *Lunier* offre un *Mémoire* qu'il vient de publier sur *l'aliénation mentale en France.*

M. *G. Lagneau* fait hommage de son travail sur *l'émigration en France.*

M. *Cornil* offre le récent volume du *Manuel d'histologie normale et pathologique*, qu'il publie avec M. *Ranvier.*

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose un Rapport de M. le docteur *Gimbert* (de Cannes), sur *la prophylaxie du choléra à Cannes et la Madeleine en 1884. (Commission des épidémies.)*

M. *Le Roy de Méricourt* présente, au nom de M. le docteur *Eklund* (de Stockholm), un *filtre rapide* pour les armées en campagne.

MOTION. — Le corps médical anglais ayant déjà exprimé, à l'occasion du récent incendie du palais de Christiansborg, dans lequel le dernier congrès international des sciences médicales a été reçu, toute sa sympathie au roi et au peuple danois, M. *Ball* propose à l'Académie de faire pareille démarche en souvenir de la cordialité avec laquelle les médecins français ont été reçus en Danemark. — Une commission, composée de MM. Verneuil, Trélat et Ball, est chargée de rédiger une adresse à cet effet, que l'Académie adoptera dans sa prochaine séance.

INFECTION DE LA SEINE ET EAUX DE PARIS. — M. *Proust* a entrepris, depuis plusieurs mois, avec M. *Henri Fauvel*, une série de recherches sur l'appréciation des eaux potables à l'aide de la culture par la gélatine, et il vient d'appliquer ces recherches à l'examen des eaux de Paris. La méthode employée est celle qui a été imaginée par Koch et qui repose sur la propriété possédée par la gélatine d'être un excellent milieu de culture pour les bactéries en même temps qu'elle est liquéfiée par les bactéries des matières animales en putréfaction. Si l'on se sert d'une solution de gélatine, suffisamment concentrée pour se prendre rapidement en gelée par le refroidissement, les bactéries et les germes se trouvent alors emprisonnés et séparés les uns des autres ; d'où multiplication de chacun d'eux, au bout de quelques heures, en se nourrissant de la gélatine qui l'environne, et formation de colonies isolées dont la proportion par centimètre cube au bout d'un temps donné permet de mesurer le degré de putrescibilité des diverses eaux examinées. C'est ainsi qu'entre l'eau de la Vanne et celle du grand collecteur à Clichy il existe une différence de 231 000 colonies. Quant à l'époque où commence la liquéfaction des gélatines, à une température intermédiaire à 20°—10° C., pour une eau très pure (eau de la Vanne), elle se déclare le dixième ou douzième jour ; pour une eau pure (eau de la Seine prise à Saint-Denis en amont du collecteur), le huitième jour ; pour une eau mauvaise (eau de l'hôpital Lariboisière, eau du canal de l'Ourcq), le quatrième jour; pour une eau infecte (eau de Seine en aval du collecteur), le deuxième ou troisième jour. Comparativement, MM. Proust et Fauvel ont dosé les matières organiques contenues dans ces mêmes eaux ; ils ont trouvé 4 milligrammes pour l'eau de la Vanne prise dans l'aqueduc ou après séjour dans les réservoirs ; 5 pour l'eau fournie à Lariboisière, 14 pour l'eau de l'Ourcq, 11 pour l'eau de la borne-fontaine de Saint-Ouen, 11 pour l'eau de la Seine à Clichy en amont du collecteur, 18 pour l'eau de la Seine à Saint-Denis, en amont de la prise d'eau, 176 pour l'eau de la Seine à Saint-Denis, en aval de la prise d'eau, et 411 pour l'eau de la Seine à Saint-Denis, en aval de l'égout départemental. On peut remarquer d'ailleurs que toutes ces analyses concordent et que l'eau de la Vanne peut être prise comme le type de l'eau pure, tandis que les eaux prises en Seine, en aval des collecteurs, sont des plus infectes.

M. *Lagneau* voudrait que l'eau de source ne soit employée que pour l'alimentation et la toilette, tandis que les eaux de l'Ourcq et de rivière serviraient exclusivement aux autres destinations. De fait, la police d'abonnement des eaux à Paris stipule, en son article 24, que les eaux d'Ourcq doivent être réservées, en dehors des services publics, aux besoins industriels, à l'arrosage des jardins, cours, remises, écuries, etc.; mais l'eau de rivière étant d'un prix beaucoup moins élevé, les propriétaires sont peu disposés à établir des colonnes montantes dans les appartements, et forcent les locataires à s'approvisionner à la fontaine de la cour, soi-disant destinée à l'arrosage ou au lavage. Actuellement la compagnie pousse, il est vrai, à la consommation de l'eau de source, qu'elle fait payer le double ; il s'ensuit que cette eau, qui fait généralement défaut dans certains quartiers ouvriers, est employée avec prodigalité dans les quartiers aisés.

Il résulte des nouvelles analyses que vient de faire M. *Daremberg*, que l'eau de la Seine en amont de Paris contient 12 milligrammes de matières organiques à Melun, 16 à Choisy-le-Roi et 17 au pont de Paris ; il convient donc de ne pas s'en servir. De plus, l'analyse chimique comparée des eaux de source montre qu'elles ont une composition fixe et bonne dans les réservoirs, et que leur teneur, en matière organique, est variable aux robinets dans la même rue et le même jour.

M. *Colin* (d'Alfort) rappelle que les prises d'eau en Seine à l'amont de Paris sont placées auprès d'usines insalubres et alors qu'un certain nombre d'égouts se sont déjà déversés dans le fleuve.

M. *Armand Gautier* fait observer qu'il est difficile de se débarrasser des matières fécales produites par une ville comme Paris. Faut-il supprimer les dépotoirs, comme on l'a demandé ? Mais on diminuerait alors la quantité de matières fécales transformées par l'industrie et l'on augmenterait ainsi, dans une proportion notable, la quantité de ces mêmes matières jetées à la Seine. Il faut donc accepter la nécessité d'avoir des usines qui traitent les matières fécales et se con-

tenter de les engager à améliorer leurs procédés de transformation. On peut également demander la suppression de la prise d'eau de Saint-Denis, parce que, quoi qu'on en dise, celles qui resteront seront moins mauvaises; mais cela n'empêchera pas de déclarer que ces dernières elles-mêmes sont loin d'être irréprochables.

Les émanations des usines traitant les matières fécales, quelque désagréables qu'elles puissent être, ne présentent pas de danger, ajoute M. *Brouardel*, tandis que les eaux souillées par les matières fécales peuvent être pernicieuses pour la santé publique. La suppression de ces usines irait à l'encontre du but que l'on se propose, car ce serait alors la totalité des matières fécales qui souillerait la rivière. Quelque déplorable que soit la situation actuelle, il est juste aussi de reconnaître qu'il est difficile d'y remédier; de plus, en présence des discussions auxquelles donne lieu la suppression de ces usines, leurs propriétaires reculent souvent devant les améliorations les plus utiles, en raison des frais qui leur en incomberaient; le jour où ils seront assurés de l'avenir, ils ne se refuseront pas à y introduire tous les perfectionnements qui leur seront avantageux aussi bien pour eux-mêmes que pour l'hygiène de la population. Quoi qu'il en soit, il est utile que l'Académie émette le vœu qu'il faut avant tout sauvegarder la Seine et ne pas permettre qu'elle reçoive de matières fécales; le jour où il en sera ainsi, on ne fera qu'exécuter les lois de 1780 et 1790 et s'inspirer des règlements qui régissent l'hygiène des cours d'eau en Angleterre.

M. *Rochard* estime que l'Académie n'a pas à s'occuper des voies et moyens, mais seulement à poser des principes, en laissant aux pouvoirs publics le soin de les appliquer. Comme elle l'a déjà demandé, il y a deux ans, à propos de la fièvre typhoïde, elle doit demander que l'eau fournie aux populations soit pure et que la Seine soit préservée de toute souillure.

MM. *Rochard*, *Brouardel* et *Bouley* sont chargés de rédiger un vœu en ce sens, pour être voté au commencement de la prochaine séance.

Horse-pox. — M. *Blachez* communique, en son nom et au nom de son interne, M. *Guinon*, la relation d'une épidémie de horse-pox observée à la nourricerie de l'hospice des Enfants-Assistés. Le 27 mai, dans cette nourricerie, jusqu'alors indemne de toute maladie épidémique et dans laquelle n'entrent que des enfants syphilitiques ou présumés tels, il constata en même temps, sur la bouche d'un enfant, une large ulcération de la lèvre inférieure avec gonflement considérable, et sur l'ânesse qui l'allaitait une gerçure profonde, indurée, suintant du mamelon; après les renseignements de la fille de salle, la lésion chez l'ânesse aurait précédé de deux jours celle qui était observée chez l'enfant. Cherchant l'origine de cette lésion, il découvrit que l'ânesse infectée avait donné son pis depuis quinze jours à une autre enfant atteinte de la gerçure spécifique de la langue si dangereuse chez les enfants. De là à établir une corrélation entre les accidents déterminés chez l'ânesse par cette dernière enfant et ceux que l'autre enfant avait contractés, il n'y avait qu'un pas. On devait donc avoir affaire à des accidents d'origine sûrement syphilitique et ayant déterminé par inoculation chez l'ânesse des boutons ulcéreux dont la nature nous semblait douteuse. L'épidémie s'étend et l'un des maîtres en syphilis consulté, reconnut différents détails particuliers, constata l'aspect singulier des lésions et, sans vouloir préjuger leur nature, invoqua à son tour l'intervention d'une autorité en art vétérinaire; c'est alors que M. Bouley reconnut la véritable nature de la maladie, et montra qu'il s'agissait d'une épidémie de horse-pox, dont il avait à rechercher l'origine :

Un enfant entré douze jours auparavant avec les deux bras couverts de pustules vaccinales trop rapprochées et ulcérées, avait été plusieurs fois pansé par une des infirmières, dont les doigts contaminés avaient inoculé le pis de nos ânesses. Les ânons, allant de l'une à l'autre ânesse, avaient servi de véhicule et inoculé presque toute l'écurie. Ce qui avait, jusqu'à un certain point, motivé l'erreur, c'est que les accidents buccaux des enfants avaient une physionomie toute particulière et qui ne rappelait nullement les lésions vaccinales. Ils se présentaient au moment de l'examen sous forme de larges ulcérations vaccinales, à fond dur ou parcheminé, avec engorgement des ganglions voisins. Chez les ânesses, c'étaient des ulcérations beaucoup plus petites, à bords coupés à pic, à surface rouge-jambon. En résumé, dans les premiers examens chez les enfants, chez les ânesses et surtout chez les ânons, on n'avait eu affaire qu'à des ulcérations dont, partout ailleurs que sur les animaux, les caractères spécifiques n'eussent pas semblé douteux. Bien que nul doute ne fût plus tard possible sur la nature de l'épidémie, on devait faire chez nos enfants ce qu'on peut appeler la preuve par inoculation: l'enfant Canel, non vacciné à son entrée, et qui avait eu sur la langue le 2 juin deux belles pustules ulcérées, fut vacciné le 10 juillet par six piqûres avec le liquide recueilli sur un enfant sain. Deux vaches inoculées avec le liquide recueilli sur une des ânesses offrirent une éruption de cowpox. Deux enfants, de quatorze et vingt-cinq jours, furent inoculés sans succès avec le liquide des pustules. On sait, si l'on se base sur les expériences analogues de M. *Chauveau*, que le passage du liquide virulent à travers plusieurs organismes différents pouvait, sans toutefois l'expliquer, rendre compte de l'insuccès.

Voici donc, en définitive, les conclusions qui découlent de ces observations:

La maladie a été certainement introduite par l'enfant, qui présentait à la pointe de la langue une de ces petites ulcérations que nous avons le droit de regarder comme suspectes, mais qui en outre portait aux deux bras de larges pustules vaccinales ulcérées, suintant abondamment. L'infirmière qui les pansait plusieurs fois par jour, et mettait ensuite les enfants au pis de l'ânesse, a sans doute contaminé celle-ci par contact direct des doigts avec le pis. C'est alors que la seconde enfant est infectée. L'épidémie s'étend, soit par l'intermédiaire de l'enfant qui ne tetait pas toujours la même ânesse; soit, et bien plus probablement, par l'intermédiaire des ânons allant teter indistinctement toutes les ânesses pour en obtenir les restes de lait laissés par les enfants; et l'on assiste dès lors au développement d'une épidémie de horse-pox. — Le Mémoire de M. *Blachez* est renvoyé à l'examen d'une Commission, composée de MM. *Bergeron*, *Bouley* et *Fournier*.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Opération d'Estlander, rapport de M. Nicaise. Discussion: MM. Lucas-Championnière, Bouilly, Monod.

M. *Nicaise* fait un rapport sur un travail envoyé par M. Salzmann (d'Helsingfors) au sujet de l'opération d'Estlander. Cet auteur appuie ses conclusions sur quelques observations inédites de son maître Estlander et sur cinq faits qui lui sont personnels. Dans ces cinq derniers faits, deux fois l'opération a été pratiquée pour une fistule pleurale spontanément établie; dans les trois derniers cas, il s'agissait de pleurésies chroniques préalablement traitées par l'empyème. Les deux premiers opérés ont radicalement guéri, les trois derniers ont été considérablement améliorés; mais il reste encore chez eux une fistule et une cavité purulente.

A propos de ces intéressantes observations, M. Salzmann fait les remarques suivantes :

D'abord, relativement au mode opératoire, une seule incision parallèle aux côtes à réséquer est préférable à l'incision à lambeau ou à volet employée en France par MM. Bouilly et

Lucas-Championnière; si une seule incision ne suffit pas, comme cela arrive toujours lorsqu'on doit enlever un grand nombre de côtes, on en fait une série s'échelonnant les unes au-dessus des autres. Par ce moyen on éviterait, au dire du chirurgien d'Helsingfors, la perte de sang, les décollements, les abcès et les fusées purulentes qu'on a signalés dans les procédés à lambeaux.

Souvent on a noté un affaissement et un rétrécissement considérable du thorax quelque temps après l'opération, accident qui tient à la non-reproduction des os enlevés, au rapprochement et au chevauchement des fragments costaux. En effet, parfois, malgré la précaution prise de conserver le périoste, l'os ne se régénère pas. M. Salzmann a constaté ce fait très nettement chez un malade opéré pour la deuxième fois plusieurs mois après une première intervention. La question de savoir le nombre et l'étendue des côtes à réséquer ne peut être résolue d'une façon mathématique; quoi qu'on ait pu dire, il faut d'une façon générale proportionner la résection osseuse à la grandeur de la cavité à combler; il faut aussi, principe important, surtout enlever les arcs costaux dans les points où le poumon, dépourvu d'adhérences, s'est rétracté vers la colonne vertébrale; le poumon venant presque toujours s'accoler dans la partie supérieure de la gouttière costo-vertébrale, c'est surtout en bas et en arrière du thorax que portera la résection des côtes. Il faut encore se préoccuper très soigneusement de pratiquer des incisions de décharge avec drain dans les points les plus déclives. Pas besoin d'insister sur la nécessité de l'emploi des procédés antiseptiques les plus rigoureux. En terminant, M. Salzmann dit que les opérations ayant été faites jusqu'ici dans les plus mauvaises conditions, chez des malades épuisés par de longues suppurations, il n'est pas étonnant de constater une proportion peu élevée dans les guérisons (40 pour 100); les guérisons seraient bien plus fréquentes si l'on intervenait bien plutôt, avant la dégénérescence des organes splanchniques.

Après ces remarques mêmes de M. Salzmann, que M. Nicaise a tenu à rappeler à cause de leur importance et de leur justesse, le rapporteur communique deux observations de sa pratique : l'une ayant trait à la répétition d'une opération d'Estlander sur le cadavre d'un pleurétique, l'autre se rapportant à un malade tuberculeux opéré en juin dernier, amélioré, mais non guéri. S'appuyant sur son expérience personnelle, sur ses lectures, auxquels il joint les conclusions qui se dégagent du travail de M. Salzmann, M. Nicaise insiste sur les points suivants.

Avec M. Salzmann il est d'avis qu'il vaut mieux user d'incisions multiples, suivant le trajet des côtes, que d'employer des lambeaux qui s'accolent toujours mal et incomplètement, et exposent aux clapiers, fusées purulentes, etc. La résection doit porter surtout sur les côtes inférieures, particulièrement dans leur partie postérieure, en un mot aux points les plus déclives. L'ablation de la plèvre, que M. Salzmann rejette justement, ne donne que de très mauvais résultats, ainsi qu'on peut s'en convaincre en se rappelant l'observation communiquée l'année dernière à la Société de chirurgie par M. Hermann (de Mulhouse). Cependant, dans les petites cavités, il peut y avoir avantage à réséquer un lambeau du feuillet pleural. M. Nicaise, en définitive, conclut avec M. Salzmann que l'opération d'Estlander est une bonne opération, qui donnera de bien plus beaux résultats lorsque, ses indications et ses contre-indications étant bien précisées, on ne la fera que pour les cas qui la réclament. C'est cette étude qui s'impose aujourd'hui. Le travail de M. Salzmann y contribuera; il mérite non seulement une place honorable dans les archives de la Société, mais encore la publication *in extenso* dans les *Bulletins*.

M. *Lucas-Championnière* a fait un assez grand nombre d'opérations d'Estlander : chez tous ses malades la guérison a été longue à survenir, chez quelques-uns même elle n'a pas eu lieu, mais chez tous elle a été suivie d'amélioration très notable de l'état général. A ce titre seul elle mériterait quelque considération. C'est ainsi que, chez un malade préalablement opéré deux fois, il vient d'intervenir une troisième fois sur les instances du patient, qui réclamait le bénéfice que lui avaient procuré les deux premières opérations.

Avec M. Nicaise, M. Lucas-Championnière est d'avis qu'il faut opérer tôt. Il ne serait même pas éloigné de croire qu'une résection d'une ou de deux côtes au moment de l'empyème préviendrait la formation et l'organisation de la fistule; à ce moment, du reste, rien n'est plus facile que cette petite opération. Il est préférable de décoller le moins possible les parties molles du thorax, et les incisions parallèles aux côtes doivent être préférées toutes les fois qu'elles sont possibles; mais dans certaines régions, par exemple à la partie supérieure du thorax, il faut forcément décoller le grand pectoral; la boutonnière contractile faite par une simple incision ne permettrait pas les manœuvres.

M. *Bouilly* a opéré jusqu'ici sept malades par le procédé d'Estlander, et il a assisté à toutes les opérations faites à Paris. Il réserve pour plus tard les remarques que son expérience lui a suggérées, mais il veut dès aujourd'hui faire observer que l'on a jusqu'à ce moment confondu beaucoup trop de choses sous le nom d'opération d'Estlander, la même dénomination s'appliquant aux opérations dirigées contre les grandes cavités des pleurétiques, les petites cavités et les simples fistules pleuro-cutanées. Il y a lieu de revoir tout cela, afin de bien déduire les indications et les contre-indications des résections costales. Dans la prochaine séance, M. Bouilly lira un travail à ce sujet.

M. *Monod*, pensant qu'il est bon d'apporter toutes les pièces au procès pendant, donne des nouvelles d'un malade opéré par lui depuis plus d'un an. Ce malade n'est pas encore guéri. On a dû faire plusieurs ponctions et contre-ponctions dans les points les plus déclives, ce qui vient bien à l'appui de ce qu'a dit M. Nicaise sur la nécessité de faire porter la résection sur les parties les plus inférieures du thorax.

Alf. Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Pouls dans la fièvre typhoïde : M. Parisot. — Névrites motrices périphériques : M. Déjerine. — Influence suspensive des torsions articulaires sur l'accès épileptique : M. Brown-Séquard. — Tumeurs périostiques du conduit auditif : M. Gellé. — Vaisseaux allantoïdiens : M. Duval. — Vitesse de l'onde musculaire chez l'homme : M. Bloch. — Dualité des organes : M. Philipeaux. — Système circulatoire des holothuries : M. L. Petit. — Convulsions asphyxiques par insuffisance d'oxygène dans le sang : M. P. Bert. — Variations rythmiques de courbure d'une cornée conique : M. Javal.

M. *Beaunis* adresse à la Société un mémoire sur les conditions de la justesse et de la fausseté de la voix.

— M. *P. Parisot* fait hommage à la Société de sa thèse sur « le pouls dans la convalescence et la rechute de la fièvre typhoïde ». Les conclusions de ce travail sont publiées dans le *Bulletin* de la Société.

— M. *Dejerine* expose les résultats de ses recherches sur les altérations périphériques des nerfs moteurs dans les paralysies oculaires des tabétiques. Il montre par l'analyse détaillée d'un cas de paralysie de la troisième paire qu'il s'agissait d'une névrite motrice périphérique, et insiste sur l'importance de cette étude, qui doit être menée parallèlement à celle des névrites des nerfs de sensibilité.

— M. *Brown-Séquard* a montré autrefois l'influence inhibitoire de la torsion du gros orteil sur l'accès épileptique. Il apporte aujourd'hui de nouveaux faits montrant que la tor-

sion d'autres articulations possède une influence semblable: la flexion énergique de la jambe sur la cuisse a non seulement fait disparaître, dans deux cas, l'état tétanique préexistant, mais a encore supprimé la possibilité de provoquer les convulsions cloniques d'origine spinale, qu'on peut produire, par exemple, par le chatouillement de la plante des pieds. Il a été conduit ainsi à rechercher si les phénomènes de contracture dus à des lésions encéphalo-médullaires ne pourraient pas être supprimées par un mécanisme analogue; il a, en effet, observé cette suppression et vu que les articulations dont la torsion ou le tiraillement sont surtout capables de produire les phénomènes suspensifs sont, par ordre d'activité, celles du gros orteil, du genou, du cou-de-pied, de la hanche.

Une différence importante existe dans le mode de suspension des convulsions chez l'homme et chez les animaux: chez ceux-ci la disparition est graduelle et ne commence qu'un certain temps après la torsion articulaire; chez l'homme, la cessation des convulsions est instantanée.

En poursuivant ces recherches, M. Brown-Séquard a eu l'occasion de constater de nouveau un fait vivement contesté et depuis longtemps par M. Schiff: la cessation de la respiration costale, dans le côté correspondant à une hémisection de la moelle, était attribuée par M. Schiff à la paralysie des muscles intercostaux. M. Brown-Séquard montre qu'elle tient à une contracture qui se produit dans ces muscles comme dans ceux des membres, et qu'elle disparaît définitivement ou passagèrement par la malaxation du thorax.

— M. *Gellé* a observé plusieurs fois l'évolution de tumeurs périostiques du conduit auditif externe; il en décrit les symptômes et le diagnostic différentiel.

— M. *Mathias Duval*, revenant sur l'étude qu'il a déjà présentée à la Société à propos de la formation du sac placentoïde des oiseaux, indique la manière dont se comportent les vaisseaux allantoïdiens pour passer du feuillet interne sur le feuillet externe, à la suite de l'occlusion de l'allantoïde. La solution de cette question qu'il cherchait lui-même à élucider, a été donnée, il y a près de cinquante ans, par un embryologiste français, Dutrochet: « Les vaisseaux de la vessie ovo-urinaire, dit Dutrochet, se trouvent tendus comme des cordes du col de cette vésicule à l'endroit de l'adhérence, et la vessie ovo-urinaire, en se développant rapidement..., rencontre un obstacle dans le vaisseau principal, sur lequel elle se ploie *de manière à lui former une sorte de mésentère...* » C'est par ce mécanisme qu'on doit comprendre, en effet, le passage des vaisseaux allantoïdiens à la surface externe de l'allantoïde malgré l'occlusion de celle-ci.

— M. *Bloch*, reprenant sur l'homme les études que Aeby, Marey, etc., avaient exécutées sur des muscles isolés, indique la vitesse de transmission de l'onde musculaire dans le triceps fémoral (vaste externe). Le dispositif de son expérience est fort simple: deux appareils explorateurs du gonflement musculaire sont placés à une distance connue et envoient chacun le signal du passage de l'onde à un appareil enregistreur; l'espace compris entre les débuts des deux courbes correspond au temps employé par l'onde musculaire pour franchir l'intervalle des deux explorateurs. En multipliant les expériences, M. Bloch est arrivé à fixer le chiffre de 2 mètres par seconde pour la vitesse de transmission de l'onde musculaire chez l'homme. Il fait remarquer avec raison que ses expériences fournissent un argument nouveau en faveur de la nature réflexe du phénomène du genou, car, dans ce dernier cas, la contraction musculaire éclate simultanément dans tous les points du muscle au lieu de s'y propager à la manière d'une onde progressive, comme cela se produit quand, au lieu de percuter le ligament rotulien, on percute l'extrémité inférieure du muscle lui-même.

— M. *Philipeaux* apporte un nouveau document en faveur de la théorie de la *dualité* chez les mammifères, théorie défendue par Serres, Flourens, etc. On savait déjà que la suppression d'une moitié du cerveau, d'un rein, etc., n'empêche pas les animaux de survivre, et que l'autre organe ou l'autre moitié d'organe supplée la partie détruite. En étendant la théorie à toutes les parties du corps, on avait admis aussi que la dualité existe même pour des organes médians, comme les vertèbres, et M. Gervais appuyait cette vue en affirmant l'existence de deux points d'ossification dans le corps vertébral. Tout récemment M. Philipeaux a, de son côté, observé ces deux points d'ossification sur l'axis d'une baleine, et, ayant photographié la pièce, il en soumet une épreuve très nette à la Société.

— M. *Louis Petit* adresse une note sur le système circulatoire des holothuries. (Voy. le *Bulletin* de la Société.)

— M. *P. Bert* revient sur la question soulevée par M. Brown-Séquard dans la dernière séance, à propos des convulsions asphyxiques (qu'on pourrait appeler *récurrentes*), et qui surviennent souvent au moment où se rétablit la respiration. Il ne peut accepter l'explication qu'en a donnée M. Brown-Séquard, et n'admet pas qu'un agent convulsivant, comme le serait l'acide carbonique, manifeste son influence précisément au moment où il s'élimine. Pour lui qui, comme on sait, attribue les accidents asphyxiques, convulsifs et autres, au défaut d'oxygène et non à l'accumulation de CO^2 dans le sang, c'est le contact, avec les organes nerveux moteurs, du sang insuffisamment oxygéné qui détermine les convulsions à cette période de l'asphyxie comme à telle ou telle autre.

M. *Brown-Séquard* se réserve de répondre dans une prochaine séance.

— M. *Javal* expose sommairement un fait intéressant dont il vient d'être témoin: il s'agit de variations de courbure d'une cornée conique rythmées avec le cœur. Il signale le fait, n'en connaissant pas d'analogues.

Société des médecins et naturalistes de Bonn.

SÉANCE DU 23 JUIN 1884.

Thorax en entonnoir.

M. le professeur *Ribbert* présente à la Société une préparation qui lui paraît de nature à élucider l'étiologie du *thorax en entonnoir*. Cette déformation, bien connue des médecins militaires de tous les pays, et sur laquelle Ebstein a dernièrement rappelé l'attention, consiste en une dépression conique de la partie médiane du thorax correspondant à l'extrémité inférieure du sternum. Elle est congénitale, très rarement acquise. Après avoir rappelé les divers modes de production invoqués (rachitisme, inflammation du médiastin, traumatisme, etc.), Ebstein concluait à un arrêt de développement: le sternum ou une partie du sternum serait restée à une place correspondante à un degré inférieur du développement de l'individu.

M. Ribbert pense que, pour obtenir une idée claire de cette pathogénie discutée, il faut s'adresser aux organismes les plus jeunes. C'est pourquoi il démontre à la Société des pièces provenant de l'autopsie d'un enfant de quelques jours, qui présentait à un degré très marqué la forme de thorax en question. Aucune trace de traumatisme, de médiastinite ou de rachitisme. Par contre, l'idée de Zuckerkandl (qui attribuait ces enfoncements à la pression des parties fœtales) semble trouver son application: le menton de l'enfant se place aisément dans la cavité par la flexion exagérée de la tête et s'y adapte parfaitement. Il suffit, pour comprendre cet effet mécanique, qu'il y eût une diminution de la cavité interne. Or ce rétrécissement est démontré d'abord par l'existence sur le thorax

de deux gouttières longitudinales latérales correspondant aux bras, et ensuite par le déplacement des os du crâne avec soudure consécutive des os déplacés. (*Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 42.)

REVUE DES JOURNAUX

De l'action des substances infectieuses dans le tube digestif, par M. Falk. — Comment se comportent les agents infectieux dans les voies digestives? Suivant Falk, les moisissures vulgaires ne sont détruites ni par la salive, ni par le suc gastrique, ni par le suc pancréatique ou intestinal. Leur croissance est simplement un peu retardée par le contact de ces divers liquides, frais ou putréfiés.

Le bacille charbonneux résiste à la salive, à la bile et au suc pancréatique. Par contre, le suc gastrique lui enlève toute propriété virulente grâce à l'acide chlorhydrique qui entre dans sa composition. De même la putréfaction détruit ou du moins suspend la virulence du charbon.

Le bacille de la tuberculose semble de même impressionné par les liquides digestifs; l'injection de produits tuberculeux sur les animaux les plus divers n'a guère fourni de résultats positifs. Cependant les expériences de Koch démontrent qu'il ne s'agit pas d'une véritable destruction des propriétés infectieuses.

En résumé, des substances infectieuses peuvent traverser l'intestin en conservant en grande partie leurs propriétés et sans infecter le porteur lorsque le canal intestinal ne présente pas de lésion. (*Archives de Virchow*, t. XCIII, p. 177.)

Contribution à la chirurgie de l'estomac, par M. F. Maurer. — Czerny a opéré de la façon suivante un malade de quarante et un ans, atteint d'ulcère rond de l'estomac. Incision de la paroi stomacale, parallèle à l'axe longitudinal de l'organe, raclage de l'ulcère sur la paroi épaissie, suture interne de la plaie ainsi formée, et suture superficielle externe de l'incision.

L'auteur nous fait connaître le sort du malade de trente-huit ans opéré en 1881, par Czerny, d'un cancer du pylore. Au commencement de 1882, cet homme jouissait encore d'une bonne santé, mais il mourut, dix-sept mois après l'opération, d'une récidive locale compliquée de cancer du péritoine. Il rappelle à ce propos l'histoire du chien auquel Kaiser avait enlevé, en 1876, la plus grosse partie de l'estomac et qui fut sacrifié, en 1882, à Leipzig. Le reste de l'organe n'avait plus, à l'état de réplétion, que la grosseur d'une orange. Un gros pli de la muqueuse correspondait à l'incision, mais nulle part on ne trouvait de rétrécissement et l'examen histologique démontra que l'épithélium était partout conservé. Donc les rétrécissements cicatriciels ne sont pas à craindre lorsque les tissus pathologiques ont pu être complètement enlevés. (*Archiv. fur klin. Chir.*, t. XXX.)

Travaux à consulter.

Des albuminoses, par MM. Kuhne et Chittenden. — Du produit de la digestion de la fibrine avec le suc gastrique artificiel, les auteurs ont, après enlèvement du précipité de neutralisation, isolé quatre albuminoses différentes en dehors des peptones; ce sont la protalbuminose, l'hétéro-albuminose, la dysalbuminose, la deutéro-albuminose. Chacun de ces corps possède des caractères chimiques spéciaux, mais très peu différents. — Rien n'indique que ces recherches nouvelles contribuent à jeter un peu de jour sur la question si ardue des albumines. (*Zeitsch. für Biol.*, t. XX, p. 11.)

Un cas de chancre mou de l'amygdale droite, par M. Thomas-chewsky, observé à Kiev (Russie) chez un homme qui portait simultanément plusieurs chancres au prépuce. Quelques jours après l'apparition de ces derniers, il s'était enfoncé, en avalant trop avidement, une pointe osseuse dans le pharynx; il n'est pas impossible, vu la malpropreté de l'individu, qu'il se soit inoculé directement la maladie. Ce cas est peut-être unique dans la science. (*Wiener med. Presse*, 1884, n° 34.)

Un symptôme curieux de pathologie nerveuse, par MM. Fürstner et Zacher. — En touchant la peau de n'importe quelle partie du corps on observe d'abord de la pâleur, puis de la rougeur des téguments, puis au bout d'une à deux minutes apparaissent dans toute la zone rougie des vésicules claires, contenant du sérum, qui se terminent par une papule élevée persistant plusieurs jours. A l'autopsie, néoplasie s'étendant tout le long de la moelle dans la substance grise, et interrompue à diverses reprises par des cavités indépendantes du canal cervical. Confirmation de la théorie de Schultze qui prétend que les cavités de la moelle peuvent provenir de la fonte des gliomes. (*Arch. für Psych.*, t. XIV, p. 422.)

Action de l'iodure de méthyle, par M. Schwerin. — Recherches expérimentales. Conclusions : 1° l'iodure de méthyle possède les mêmes propriétés hypnotiques et anesthésiques que les dérivés chlorés du même radical; 2° inhalé ou absorbé par les voies digestives, il constitue un agent toxique pour les oiseaux et les lapins; 3° il pénètre dans le cerveau, de telle sorte que l'iode peut agir directement sur les cellules ganglionnaires par un procédé identique à celui que Binz admet pour l'iodoforme. (*Centralb. für die med. Wiss.*, 1884, n° 10.)

Traitement du tétanos par le curare, par M. Karg. — Expériences faites à la clinique de Leipzig sur quatre cas de tétanos aigu ou suraigu, tous mortels. Le curare paraît avoir été employé avec énergie; à plusieurs reprises il fallut avoir recours à la respiration artificielle; deux fois la trachéotomie préalable avait été faite. Résultats peu encourageants. L'auteur pense qu'il ne faut ni trop louer, ni trop mépriser l'emploi du curare dans cette terrible complication. (*Archiv für klin. Chir.*, XXIX, p. 338.)

Affection nerveuse consécutive aux oreillons, par M. Haslon. — Une femme de vingt-trois ans devint complètement sourde de l'oreille correspondante, vingt-quatre heures après l'apparition d'un oreillon. Résultats de l'examen négatifs; trois ans après l'apparition de l'affection on ne constatait aucune amélioration de l'ouïe, et les bourdonnements étaient continus. (*Practitioner*, juin 1883.)

De la vaccination animale, par M. Pissin. — L'auteur, qui dirige un institut renommé de vaccination animale, s'élève vivement contre les essais récents de *vaccine variolique*. Il se déclare nettement dualiste, et prouve, par les leçons de l'histoire, qu'un pareil procédé ne peut avoir d'autre résultat que de répandre le virus variolique. (*Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 34.)

De l'infection par le poison cadavérique, par M. Ambrojéwitsch. — Les oiseaux supportent bien cette intoxication, ce qui tient probablement à la haute température de leur sang et à sa proportion d'oxygène. Les cabiais ne la supportent pas : l'inhalation d'oxygène ne change rien au résultat. (*Wratsch*, 1883, et *Cent. f. med. W.*, 1884, n° 11.)

Tumeurs bronchiques, par M. Chiari. — Sur les trois cas décrits, deux se ressemblaient fort : il s'agissait de tumeurs de la grosseur d'une noix ou d'une noisette, nées dans des dilatations bronchiques, qu'elles remplissaient. Les deux constituaient des hyperplasies de la paroi bronchique : dans le premier cas, avec du cartilage et de la graisse; dans le second, avec des glandes muqueuses. — Dans le troisième cas il s'agissait d'un carcinome. (*Prag. med. Woch.*, 1883, p. 129.)

L'ophthalmie du jequirity, par M. E. Klein. — Le principe actif du jequirity n'est pas un micro-organisme, ainsi qu'on l'a prétendu. M. Klein possède un demi-litre d'infusion restée pendant une semaine dans l'étuve à 35 et 37 degrés, parfaitement claire, et ne contenant aucune trace de microbes. Et cependant chaque gouttelette de ce liquide est extraordinairement toxique, et produit en moins de vingt-quatre heures, chez le lapin, l'ophthalmie la plus typique. D'autre part, si deux gouttes de cette infu-

sion sont mélangées avec 5 centimètres cubes d'eau distillée, une goutte de ce nouveau produit détermine encore en vingt-quatre heures l'ophthalmie spéciale du jequirity. Ce dernier fait ne peut s'expliquer par la doctrine parasitaire. (*Cent. für die med. Wiss.*, 1884, n° 11.)

L'iodoforme dans les maladies d'yeux, par M. Alker. — Il convient surtout aux ulcères atoniques de la cornée, aux formes infectieuses de la kératite avec hypopyon; il rend d'excellents services dans les plaies récentes; il possède certainement la propriété de rendre à la cornée sa transparence dans les pannus scrofuleux et les infiltrations profondes. (*Archives de Græfe*, t. XXIX, p. 89.)

Tic douloureux et névralgie dentaire, par M. Walzberg. — Trois observations destinées à montrer que la distinction établie par Magitot entre ces deux affections au point de vue de la marche et de la symptomatologie, n'a pas sa raison d'être. Le troisième cas est intéressant : l'extraction de la seule dent cariée du malade mit subitement fin à sa névralgie, et cependant *cette dent était absolument insensible*. (*Cent. für Chir.*, 1883, n° 45.)

Méthode simple pour percevoir le retentissement vocal, par M. Frænkel. — L'auteur avait conseillé précédemment de remplacer la main par la flamme sensible de Kœnig. Actuellement il emploie les résonateurs, lesquels renforcent considérablement les vibrations, et permettent de localiser complètement le phénomène. Des petits ballons ordinaires de 50 à 60 grammes suffisent; l'ouverture est appliquée sur la peau; le médecin garde dans sa main la portion renflée. (*Cent. für die med. Wiss.*, 1884, n° 10.)

BIBLIOGRAPHIE

Recherches expérimentales sur le système nerveux vaso-moteur, par MM. Dastre et Morat. Paris, G. Masson, 1884.

Bien que, riche de faits observés avec soin et d'expériences très minutieusement décrites, ce livre s'adresse plus spécialement aux physiologistes, il ne peut manquer d'intéresser aussi les médecins. Si, en effet, récemment encore très en honneur parmi nous, la théorie vaso-motrice ne compte plus aujourd'hui autant d'adhérents, nous espérons montrer cependant qu'elle peut rendre compte d'un assez grand nombre de résultats obtenus par la thérapeutique ou de symptômes observés au lit du malade. Aussi les médecins eux-mêmes ne peuvent-ils qu'applaudir aux recherches scientifiques qui ont pour but de préciser les rapports qui existent entre les divers ordres de filets vaso-moteurs. Et c'est pourquoi nous avons tenu à présenter nous-même aux lecteurs de ce journal le savant ouvrage que publient aujourd'hui MM. Dastre et Morat.

En reproduisant une série de Mémoires dont les principales conclusions ont déjà été publiées soit dans les *Archives de physiologie*, soit dans les *Comptes rendus de la Société de biologie*, les auteurs ont eu la bonne pensée de faire précéder cette réimpression d'une introduction, qui en résume les données essentielles, et de la faire suivre d'un chapitre de conclusions que nous aurons surtout à interpréter. Les physiologistes aimeront à étudier et à discuter les Mémoires originaux et les expériences sur lesquels il s'appuient ; les médecins s'attacheront, comme nous, aux déductions pathologiques et thérapeutiques qui pourront en être tirées. Voyons donc, en suivant MM. Dastre et Morat, ce que l'on sait aujourd'hui du rôle des nerfs vaso-moteurs et en quoi leur fonctionnement peut éclairer la médecine pratique.

Chacun connaît les belles expériences de Cl. Bernard et de Brown-Séquard. Ils ont démontré l'existence des nerfs constricteurs des vaisseaux et l'action exercée par ceux-ci a paru tout d'abord suffisamment expliquer comment la température du corps peut être réglée et pourquoi les actes nutritifs, qui exigent une distribution du liquide sanguin incessamment variable, pouvaient s'opérer grâce à l'état d'activité des nerfs constricteurs ou bien à leur paralysie transitoire, celle-ci déterminant la dilatation du réseau capillaire. Mais bientôt une nouvelle catégorie de nerfs, les nerfs vaso-dilatateurs, fut découverte par MM. Vulpian et Heidenhain. Il fallut, dès lors, apprécier le rôle de ces nouveaux venus, expliquer en quoi leur fonctionnement pouvait se concilier avec l'action de leurs antagonistes, déterminer leurs origines, leurs connexions, les circonstances qui mettaient en jeu leur activité, etc., etc. Dans un premier Mémoire, intitulé de l'*Innervation des vaisseaux cutanés*, MM. Dastre et Morat se sont préoccupés de bien fixer la distribution des nerfs vaso-moteurs. Ils ont, par de nouvelles expériences, complété ce que l'on savait déjà des nerfs constricteurs. Ils ont, de plus, et cette découverte a un très grand intérêt, cherché à prouver que, comme leurs antagonistes, les nerfs vaso-dilatateurs existaient partout, qu'ils se mélangeaient aux nerfs constricteurs dans un même tronc nerveux et qu'il est dès lors souvent difficile de mettre en évidence leur action physiologique. Dans un nerf un peu volumineux, on n'observe, en effet, que des résultats complexes résultant de l'excitation simultanée de fibres nerveuses dont les actions sont contraires. Cette théorie nouvelle se trouve vérifiée par une série d'expériences qui font l'objet d'un deuxième Mémoire et qui ont eu pour résultat de montrer, par l'étude physiologique du grand sympathique et de ses relations avec la moelle et les ganglions, que le système vaso-dilatateur était aussi généralisé que le système vaso-constricteur et que les deux catégories de nerfs vaso-moteurs obéissaient aux mêmes causes d'excitation périphérique. L'expérience la plus saisissante, au point de vue exclusivement physiologique, est celle qui consiste à exciter le sympathique cervical chez le chien. MM. Dastre et Morat ont constaté que cette excitation déterminait une dilatation immédiate et souvent considérable des vaisseaux de la cavité buccale, des lèvres et des joues. Ces phénomènes de dilatation qui ne peuvent être expliqués par une paralysie des nerfs constricteurs, due elle-même à une excitation trop vive, ne sauraient être interprétés qu'en admettant dans le nerf sympathique cervical, outre les filets vaso-constricteurs, dont l'action sur l'oreille est si bien démontrée depuis l'expérience de Claude Bernard, des faisceaux vaso-dilatateurs qui agissent sur la cavité buccale. Il en résulte que « si, au lieu d'opérer sur le lapin et d'observer l'oreille, Cl. Bernard et Brown-Séquard, en 1851, avaient opéré sur le chien et observé la bouche, la science eût été jetée dans une tout autre voie. Le sympathique aurait été considéré comme le dilatateur vasculaire et non comme un constricteur ». Par ce simple exemple on peut juger combien sont délicates toutes ces expériences physiologiques et combien, par conséquent, leurs interprétations sont parfois contestables. Aussi doit-on louer le zèle avec lequel MM. Dastre et Morat ont varié et multiplié leurs vivisections pour arriver à un résultat positif. Nous ne dirons rien du troisième et du quatrième Mémoire, qui ont surtout pour objet des recherches de physiologie pure ou des expériences dont nous aurons à parler plus loin. Le cinquième Mémoire est relatif à l'influence qu'exerce l'état du sang sur le fonctionnement du système nerveux. Il a pour résultat de montrer que, dans ces cas, l'arrêt du cœur, provoqué par l'asphyxie, n'est nullement un fait de paralysie, mais bien un phénomène d'activité nerveuse, que le sang noir exerce une action générale sur les centres nerveux médullaires et bulbaires, sur le système accélérateur comme sur le système modérateur, et que, à égalité d'excitation pour le cœur et le système cutané, la prédominance reste au système modérateur ou vaso-dilatateur, tandis que les vaso-constricteurs exercent plus énergiquement leur action sur le système vasculaire de l'intestin. Ainsi donc le sang asphyxique dilate les vaisseaux de la peau et contracte ceux de l'intestin. Cette observation est très importante à retenir. Elle démontre qu'il

existe dans le jeu des mécanismes circulatoires une loi fondamentale; qu'il y a balancement entre la circulation cutanée et la circulation abdominale. Tandis que les vaisseaux de l'intestin se contractent et chassent le sang vers la peau, les artères périphériques se dilatent et le cœur ménage ses mouvements à mesure que l'oxygène est près de manquer. Nous aurons à revenir plus loin sur tous ces faits.

Après avoir ainsi résumé le contenu des cinq Mémoires qui sont réunis dans ce volume et reproduit intégralement ceux-ci, MM. Dastre et Morat consacrent un dernier chapitre aux conclusions générales qui leur paraissent pouvoir être déduites de leurs observations. De ces conclusions nous ne rappellerons, comme nous l'avons fait jusqu'ici, que celles qui intéressent plus directement le médecin.

Le système vasculaire a un rôle et des effets variés suivant l'état de constriction et de relâchement des artères périphériques. Tandis que le cœur chasse périodiquement, en raison de ses contractions rythmées et rapides, l'ondée sanguine vers la périphérie, les vaisseaux peuvent, en se contractant ou en se relâchant sous l'influence de l'action exercée par le système nerveux vaso-moteur, entraver ou favoriser les circulations locales. Les vaisseaux périphériques ne sont donc point des cœurs accessoires, auxiliaires de l'organe central; ce sont des agents autonomes et indépendants, chargés de répondre à des incitations directes et personnelles et de régler, suivant les nécessités, les apports vasculaires qu'exige le fonctionnement des organes. Ce fonctionnement autonome des vaisseaux périphériques est dirigé par les filets vaso-dilatateurs et vaso-constricteurs que contiennent les nerfs sympathiques. Chaque nerf peut, en effet, être considéré non comme une unité physiologique, comme un fil destiné à porter toujours dans une même direction un ordre déterminé à l'avance, mais bien comme l'assemblage, la réunion d'éléments physiologiquement distincts les uns des autres, moteurs, sensitifs, sécrétoires, vaso-constricteurs ou vaso-dilatateurs, suivant l'impression qu'ils reçoivent et surtout suivant l'élément auquel ils aboutissent. Le tronc nerveux qu'isole et que dissèque l'anatomiste diffère donc à bien des égards du conducteur sur lequel expérimente le physiologiste. Le premier ne voit que des tissus ou des éléments histologiquement comparables les uns aux autres; le second y reconnaît des organes distincts et destinés à remplir dans l'organisme un rôle différent. Mais, pour comprendre cette action contradictoire en apparence d'organes qui semblent identiques quant à leur structure, il fallait nécessairement admettre non seulement que les attributions des divers filets nerveux étaient nettement définies, mais encore qu'il existait en dehors de ces conducteurs des centres chargés d'en régler le fonctionnement. On sait quel est le mécanisme des actions dites réflexes et pourquoi une impression périphérique peut, grâce à l'intervention d'une cellule médullaire, donner naissance à un mouvement involontaire; on peut donc admettre que les nerfs vaso-dilatateurs n'agissent pas directement sur les fibres musculaires des vaisseaux ou sur des éléments anatomiques circonvoisins, mais qu'ils ont une influence *inhibitoire* et que, par l'intermédiaire des ganglions périphériques, ils entravent le fonctionnement normal (dirigé par l'action des vaso-constricteurs), c'est-à-dire la constriction des artérioles et des capillaires. C'est donc par l'intermédiaire des cellules nerveuses que les différents nerfs d'un même cordon nerveux agissent les uns sur les autres. « C'est précisément cet office d'entremise entre deux catégories de vaso-moteurs que rempliraient les amas cellulaires, ganglions périphériques des trois plexus qui enlacent et pénètrent les tuniques artérielles. Une de leurs fonctions serait de mettre en rapport les dilatateurs avec les constricteurs, d'en permettre le conflit et de présider ainsi au mécanisme vaso-dilatateur. » Que de troubles pathologiques peuvent s'expliquer par l'arrêt, l'interversion, l'irrégularité de ce fonctionnement des ganglions ou des nerfs qui y aboutissent : les phénomènes d'ischémie cérébrale, les désordres cardiaques, les anomalies de la circulation périphérique, etc., etc., tous ces accidents si souvent consécutifs à des troubles intestinaux ne sont-ils pas souvent sous la dépendance d'une irritation anormale des nerfs du système du grand sympathique ou d'un fonctionnement défectueux de ces ganglions? Et ne pourrait-on pas, en agissant plus directement sur le système nerveux gastro-intestinal, modérer ou même faire disparaître bien des symptômes que l'on considère trop souvent comme d'origine exclusivement cérébrale ou médullaire?

Une autre conclusion thérapeutique peut ressortir des recherches de MM. Dastre et Morat. Déjà, depuis longtemps, les médecins ont reconnu l'influence exercée sur le fonctionnement des organes splanchniques par les médications externes (frictions sèches, frictions alcooliques, massage, bains excitants, révulsifs cutanés, etc., etc.). Toutes les fois que, par un procédé quelconque, on vient à favoriser la circulation périphérique, on vient en aide à la nutrition générale, et c'est ainsi que les agents de révulsion ou d'excitation cutanée combattent si avantageusement les désordres que M. Bouchard a justement appelés *maladies par ralentissement de la nutrition*. En démontrant scientifiquement le balancement qui existe entre le système cutané et le système des muqueuses, MM. Dastre et Morat ont prouvé que les expériences entreprises dans ce sens méritent d'être poursuivies et devront conduire à bien des résultats utiles.

Mais la notion capitale qui ressort de la lecture de ce livre est la conception du système sympathique et la démonstration de son indépendance et de son unité. Le système du grand sympathique est bien, comme l'avaient soutenu Bordeu et Bichat, le nerf essentiellement nutritif, celui qui seul présente des nerfs vaso-constricteurs et vaso-dilatateurs, qui seul aussi mérite le nom de nerf ganglionnaire et qui reste distinct du système cérébro-spinal, bien qu'il se trouve incessamment en conflit avec lui. Le rôle de ce système nerveux ganglionnaire intéresse le médecin bien plus encore que le fonctionnement du système cérébro-spinal. Aussi devions-nous signaler à l'attention de tous ceux qui cherchent la raison d'être des faits qu'ils observent, une série de travaux qui ont le grand mérite d'avoir éclairé tout un côté de cette étude si complexe, si controversée et si intéressante. Faisons des vœux pour que, continuant et complétant ces remarquables études, MM. Dastre et Morat arrivent à résoudre, au point de vue pathogénique, tous les problèmes qu'à chaque instant la clinique impose à l'attention du médecin.

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

Deux homœopathes sans le savoir.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DECHAMBRE.

Mon cher ami,

Voulez-vous me permettre d'user de l'hospitalité et de la publicité de la *Gazette hebdomadaire* pour couper court à un bruit erroné et ridicule qui s'obstine à me représenter comme converti à la doctrine homœopathique, et fait de moi une sorte de pendant au titre de la comédie de Destouches, c'est-à-dire un *Homœopathe sans le savoir*. Hier, c'était le *Scarboro Evening News;* puis sont venus : le *Yorkshire Herald*, le *Monthly Homœopathic Review*, et la nouvelle, passant le détroit, commence à se produire dans quelques-uns de nos journaux politiques. On raconte que j'ai constaté *de visu* les merveilleux effets du traitement homœopathique du choléra dans la dernière épidémie de Cette, et que je me porte garant de sa supériorité sur les moyens grossiers qu'emploie l'allopathie. Tous les malades traités par celle-ci auraient invariablement succombé, tandis que tous ceux qui ont été traités par l'homœopathie auraient guéri, comme de raison, et se seraient mis « à jouer à la fossette ». Or j'habite depuis six ans

le fond de la Bretagne, je n'ai pas vu un seul cas de choléra de l'épidémie actuelle, et je n'ai pu, par suite, comparer le mérite des méthodes de traitement qui ont été mises en usage à deux cents lieues de moi. D'ailleurs, si j'avais été à Cette, Marseille ou Toulon, j'y aurais fait la médecine que je me suis toujours efforcé de faire : celle de tout le monde, c'est-à-dire du sens commun.

L'homœopathie a, je le reconnais, l'oubli généreux ou l'illusion facile, et je me permets, pour qu'elle cesse de me détenir prisonnier, de la renvoyer à l'introduction de la deuxième édition de mes *Principes de thérapeutique générale*, dans laquelle, étudiant les réformateurs de la thérapeutique au dix-neuvième siècle, j'ai fait de la doctrine hahnemannienne une critique très convaincue, mais qui a pu paraître dure au plus grand nombre de ses adeptes. L'article Homœopathie, que vous avez bien voulu me confier dans le *Dictionnaire encyclopédique*, montrera bientôt que mes convictions sont les mêmes, et qu'il faut me ranger dans la catégorie des allopathes impénitents.

En attendant, il ne me convient pas de laisser durer plus longtemps un bruit qui, né d'hier, a l'air de vouloir faire son chemin, et qui a été, à son origine, ou une plaisanterie d'un goût douteux, ou une spéculation d'une moralité équivoque.

Bien affectueusement à vous,

J. Fonssagrives.

On dit qu'on se console plus facilement à deux. Si donc mon savant ami avait besoin d'être consolé, je lui dirais que j'ai éprouvé un malheur à peu près pareil au sien. Un journal d'homœopathie a publié plusieurs articles pour démontrer que j'avais tiré d'Hahnemann les principes scientifiques exposés dans mon *Introduction* du *Dictionnaire encyclopédique*. Moi, je conclurais plutôt de la ressemblance, s'il y en avait une, que ce qu'il peut y avoir de raisonnable dans la doctrine homœopathique lui vient de l'allopathie. A. D.

Le choléra. — Un journal médical de Vienne (*Wiener med. Woch.*, n° 42) contient l'information suivante que nous ne signalons que sous les plus expresses réserves : « Un avis de Berlin du 17 courant nous apprend que Koch a réussi à transmettre le bacille en virgule aux animaux et à produire le choléra chez le lapin, et d'autre part que la doctrine de Finkler-Prior sur l'identité du bacille en virgule et du bacille du choléra nostras a été reconnue fausse. »

D'autre part les journaux politiques nous apprennent que M. le professeur M. von Pettenkofer aurait déclaré publiquement qu'il se préparait à absorber les cultures du bacille de Koch et qu'il espérait être imité par un grand nombre de collègues. Nous avouons comprendre difficilement qu'un homme aussi autorisé se prête à ce genre d'expérimentation romanesque.

— Tandis que l'épidémie tend de plus en plus à s'éteindre dans le midi de la France, divers autres foyers sont signalés. A Yport (Seine-Inférieure), un bateau ayant relâché à Cette paraît avoir importé le choléra. On a constaté 12 cas et 6 décès. D'autre part, autour de Paris, du 27 septembre au 3 octobre, on signale 8 décès, et du 4 au 10 octobre 7 décès, soit en tout 15 décès cholériques depuis quinze jours, alors que du 13 au 25 septembre on n'en comptait que 6. Presque tous ces décès ont été observés à Aubervilliers.

Tableau hebdomadaire des décès cholériques dans les départements. — Nous comptions relever dans le *Journal officiel* le tableau des décès de la dernière semaine pour le joindre à celui de la semaine précédente. Le premier n'a pas été publié; nous devons donc nous borner à donner les résultats constatés dans la période du 4 au 10 octobre. Les résultats sont les suivants :

Ardèche, arrondissement de Privas, 6. — *Aude*, arrondissements de Carcassonne, 1; de Narbonne, 1. — *Bouches-du-Rhône*, arrondissements de Marseille, 27; d'Aix, 1. — *Gard*, arrondissements de Nîmes, 5; d'Alais, 7; du Vigan, 2. — *Haute-Garonne*, arrondissement de Toulouse, 3. — *Hérault*, arrondissements de Montpellier, 1; de Béziers, 1; de Lodève, 1. — *Hautes-Pyrénées*, arrondissement de Tarbes, 3. — *Pyrénées-Orientales*, arrondissements de Perpignan, 10; de Prades, 4. — *Seine*, arrondissements de Paris, 1; de Saint-Denis, 6. — *Tarn*, arrondissement d'Albi, 1. — *Var*, arrondissement de Toulon, 5.

Récapitulation. — En France, nombre de communes atteintes; du 27 septembre au 3 octobre, 47; du 4 au 10 octobre, 33; diminution, 14.

En France, nombre de décès signalés : du 27 septembre au 3 octobre, 144; du 4 au 10 octobre, 86; diminution, 58.

En Algérie, du 4 au 10 octobre, 49 décès. — Semaine précédente, 55.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 24 octobre). — *Ordre du jour :* Discussion du rapport de M. Vallin sur la prophylaxie de la tuberculose. — M. Dujardin-Beaumetz : Hématémèses très abondantes provoquées par un ulcère simple de l'estomac, traitées avec succès par la transfusion.

Cours d'accouchements de MM. Bar et Auvard. — M. Auvard commencera le cours le lundi 3 novembre. Les leçons auront lieu chaque jour, à quatre heures et demie, 5, rue du Pont-de-Lodi. — Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser à M. le docteur Auvard, les lundi, mercredi et vendredi, de une à deux heures, 21, rue de Lille.

Société de médecine vétérinaire. Séance publique de distribution des récompenses. — Cette séance a eu lieu rue de Lille, 19, le jeudi 23 octobre 1884, à trois heures précises.

Ordre des lectures : I. Discours de M. Weber, président de la Société. — II. Rapport sur le concours de 1884, par M. P. Cagny, secrétaire des séances. — III. Eloge biographique de Delafond, ancien directeur de l'Ecole d'Alfort, par M. H. Bouley, secrétaire général. — IV. Programme du concours de 1886, par M. P. Cagny, secrétaire des séances. — La distribution des prix et médailles a eu lieu ensuite, et la éance s'est terminée par la lecture du programme du concours de 1886. Ce programme portant tout entier sur la médecine vétérinaire, nous croyons pouvoir nous dispenser de le publier.

Comité consultatif d'hygiène. Nomination des auditeurs. — Dans sa dernière séance, le Comité consultatif d'hygiène publique de France, sur le rapport de M. le docteur Bergeron, a décidé de présenter à la nomination du ministre du commerce, pour remplir les fonctions d'auditeurs, MM. Grancher, Napias, A.-J. Martin et Du Mesnil.

Nécrologie. — On annonce la mort du docteur Girard de Cailleux, ancien inspecteur général du service des aliénés, membre correspondant de l'Académie de médecine et officier de la Légion d'honneur.

L'internat des femmes. — Nous avons peine à croire, bien qu'on nous l'ait affirmé, que notre récent article sur l'internat des femmes (n° 41, p. 683) a été considéré par quelques-uns comme favorable à l'innovation. Il nous avait paru et il nous paraît encore évident qu'il a pour signification générale la désapprobation, non seulement de l'internat, mais de l'admission des femmes à la pratique de la médecine.

Corps de santé militaire. — Ont été promus :

1° *Au grade de médecin inspecteur :* (Choix) M. Paulet (Vincent), médecin principal de 1re classe.

2° *Au grade de médecin principal de 1re classe :* (Choix) M. Arnaud (Bernard), médecin principal de 2e classe. — (Choix) M. Badour (Antoine), médecin principal de 2e classe.

3° *Au grade de médecin principal de 2e classe :* (Choix) M. Flament (Victor-Pierre), médecin-major de 1re classe. — (Choix) M. Richon (Michel-Paul), médecin-major de 1re classe.

4° *Au grade de médecin-major de 1re classe :* MM. les médecins-majors de 2e classe : (Choix) Duprey; (ancienneté) Gorsse; (choix) Castaing; (ancienneté) Forgues; (choix) Margantin; (ancienneté) Mulot; (choix) Pagès.

5° *Au grade de médecin-major de 2e classe :* MM. les médecins aides-majors de 1re classe : (Choix) Mourey; 1er tour (ancienneté), Tixier; 2e tour (ancienneté), Godir; (choix) Ravau; 1er tour (ancienneté), Boiron; 2e tour (ancienneté), Bony; (choix) Francou; 1er tour (ancienneté), Dziewonski; 2e tour (ancienneté), Vignol.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 30 octobre 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LES EAUX DE PARIS; VOL DES OISEAUX; CHOLÉRA. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : Les eaux de Paris. — Vol des oiseaux. — Choléra.

Ce n'est pas l'une des moindres singularités du régime actuel de l'alimentation de la Ville de Paris en eau potable, que la nécessité dans laquelle vient de se trouver l'Académie d'adopter les conclusions du rapport que lui a présenté M. Brouardel. Ces conclusions sont en effet d'une simplicité telle qu'au premier abord la savante Compagnie se demandait s'il convenait bien de rappeler aux pouvoirs publics des préceptes aussi élémentaires; mais aucun doute n'était possible après la lecture du rapport si précis et si clair de M. Brouardel. Dire en effet que l'eau qui sert à l'alimentation doit être exempte de toute souillure, quelle qu'en soit la provenance, et qu'il importe d'interdire absolument et immédiatement toute projection de matières fécales dans les eaux de source, de rivière et de fleuve, ce n'est à proprement parler que reproduire des indications que chacun doit connaître depuis l'école primaire. Et cependant le service des eaux de la Ville de Paris les a tellement oubliées, qu'il a bien fallu les lui rappeler. Or, si l'on veut bien se reporter aux renseignements qui ont été fournis ici, depuis plusieurs semaines, on remarquera combien cette administration a compliqué comme à plaisir, depuis quelques années, les difficultés d'un problème dont la solution avait paru tout d'abord beaucoup plus simple, si bien qu'aujourd'hui, quelque projet que l'on adopte pour remédier à un tel état de choses, il faudra attendre plusieurs années pour que les habitants de Paris soient au moins assurés de la pureté de l'eau qui leur est servie comme boisson.

C'est à propos de la prise d'eau établie en Seine en aval du débouché du grand collecteur pour l'alimentation des communes de la banlieue Nord et Nord-Ouest ainsi que d'une partie du XVIIIe arrondissement que cette discussion a été soulevée; il s'agit là d'une quantité d'eau assez minime et l'on ne conçoit pas qu'on n'ait pu encore employer l'usine de Saint-Ouen

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Projet de fondation d'une Ecole de médecine en Birmanie. — Mort accidentelle d'un médecin. — Un maire autocrate en Angleterre. Sa procédée à l'égard du Corps médical. — Un mot sur le travail des femmes à Londres. — Équivalence des grades dans les Universités anglaises. — Qui a découvert la vaccine? Lady Montague, Astley Cooper ou sir James Paget?

La *Gazette* de Rangoon renfermait dernièrement des détails intéressants sur un projet relatif à la fondation d'un Collège médical en Birmanie. Une telle institution répond à un besoin réel; nulle part dans les possessions anglaises, l'enseignement supérieur n'est dans un état aussi misérable qu'en Birmanie. Pour faire cesser cet état de choses, il s'est formé à Rangoon un syndicat d'éducation, dont le président est le premier magistrat de la ville, le vice-président; l'évêque catholique. Depuis que les Anglais sont dans le pays, c'est la première fois qu'on s'occupe de ces questions; il n'a donné à peu près personne aux Universités des Indes ou d'Europe. On ne connaît pas un seul médecin birman gradué; l'art de guérir consiste en formules magiques, en recettes de même ordre, dont de vieilles femmes ont le secret. Tous les ans, bon nombre de femmes en couches sont tuées par elles; le pis, c'est qu'elles auraient reçu, après examen, une sorte d'investiture. Par qui, et comment? personne n'en sait rien. Cette situation s'améliorera très vite aussitôt que le Syndicat d'éducation aura présenté un projet au gouvernement des Indes, tout disposé à le mettre à exécution.

— Le Corps médical d'Aberdeen a été douloureusement ému ces jours derniers par la mort d'un de ses membres les plus sympathiques. Le docteur Crombie était de la ville même; c'est là qu'il avait fait ses études, pris ses grades; là qu'il s'était établi et marié en 1870. Agé de quarante-quatre

pour fournir à la population ainsi desservie autre chose qu'une eau constamment mélangée d'eau d'égout. A défaut d'une dérivation partielle des eaux de source, mieux eût valu utiliser l'eau sortant du drain de Gennevilliers, qui est très voisine de cette prise et dont la pureté a été constatée maintes fois par les analyses micrographiques du docteur Miquel. Mais il est un autre point sur lequel le rapport de M. Brouardel a insisté avec une énergie toute spéciale, à savoir que lorsqu'une conduite a été parcourue par des eaux souillées, son début reste suspect même quand elle est de nouveau parcourue par de l'eau pure; d'où il suit que les conduites destinées à servir l'eau potable aux habitants ne peuvent indifféremment débiter tantôt de l'eau de source, tantôt de l'eau souillée. Il n'est pas douteux que la pratique constante du service des eaux de Paris a rendu ce grave danger permanent. De plus, comme il a été prouvé que la Seine et la Marne ne peuvent fournir des eaux pures à la consommation qu'autant qu'on remonte leur cours jusqu'à une distance assez éloignée de la capitale, comme il est probable que les causes de contamination de ces fleuves dans ces limites ne pourront qu'augmenter, il semble qu'il faut absolument rejeter de l'alimentation en eau potable à Paris toutes eaux autres que celles provenant de sources, telles que la Vanne et la Dhuis, par exemple, à moins de pouvoir amener des eaux de rivière prises et amenées dans des conditions parfaites de pureté, de limpidité et de température.

Si l'on examine avec soin les projets les plus récents, on voit que l'Administration, également soucieuse depuis longtemps d'augmenter la *quantité* des eaux potables à Paris, ne présente cependant que des solutions insuffisantes, et, ne se préoccupant que de l'aménagement de quelques sources destinées à fournir un appoint relativement restreint à la fourniture actuelle, ne saurait ainsi se soustraire à l'obligation qui lui incombe aujourd'hui de substituer de temps à autre les eaux de rivière aux eaux de source dans la canalisation d'eau potable. Il faut qu'on le sache bien : on n'évitera cette éventualité qu'autant qu'on aura amené dans cette canalisation la quantité d'eau qui lui est nécessaire en tout temps. De même le développement du réseau d'égouts et les procédés de nettoyage de galeries par des chasses automatiques augmenteront de plus en plus le volume de la consommation générale. Des solutions incomplètes pouvaient à la rigueur se comprendre autrefois, lorsque les conditions de salubrité de la Ville de Paris ne semblaient pas encore nécessiter autant d'impérieuses exigences ; elles ne seraient plus admissibles aujourd'hui. D'ailleurs, parmi les projets anciens, il en est un qui avait reçu un accueil tout particulièrement favorable et que des complications budgétaires seules firent échouer ; nous voulons parler de la dérivation des eaux de la nappe souterraine de la Loire. Il s'agissait de prendre dans la couche des sables du fond de ce fleuve un volume de 6 mètres cubes d'eau par seconde, au moyen d'une galerie filtrante naturelle, placée à 5 mètres au-dessous de l'étiage, et de l'amener à Paris par un système spécial de conduites. Tel était le projet de l'ingénieur Grisot (de Passy), en 1859; depuis il a été modifié par celui-ci, et M. l'ingénieur Wazon, dans son récent ouvrage sur les *Principes techniques d'assainissement des villes et habitations*, l'a lui-même complété.

Il a été reconnu, en effet, que tous les puits creusés le long des bords de la Loire, entre Nevers et Orléans, donnent toujours une eau fraîche et parfaitement limpide; il est par suite facile et peu coûteux d'établir, dans cette partie du fleuve, un certain nombre de puits filtrants reliés par des aqueducs; en puisant ainsi, à travers cette couche filtrante constamment renouvelée par les mouvements du fleuve lui-même, la quantité d'eau jugée indispensable, soit 10 mètres par seconde, à Bonny, sans nuire toutefois au débit d'un fleuve qui fournit dans cette localité 45 mètres par seconde pendant l'étiage, il est prouvé qu'on peut facilement amener cette eau jusqu'à Paris en aqueduc couvert à une cote suffisante pour l'alimentation à tous les étages des habitations. La température de l'eau à la prise serait constamment maintenue aux alentours de 10 degrés centigrades, soit une température presque tiède pour la saison d'hiver et une fraîcheur agréable en été. Nous n'entrerons pas dans les détails de ce projet, dont l'exécution n'offre aucune difficulté technique insurmontable ; l'eau filtrée de la Loire serait ainsi conduite à Paris, bien protégée dans un aqueduc fermé contre toute variation de température : évaporation, fuite et contre toutes les causes de pollution. Des calculs faits, il résulte, d'autre part, que le prix du mètre cube d'eau ainsi amenée à Paris ne serait que le cinquième du prix de l'eau de Seine actuellement élevée par pompes à vapeur et qu'après amortissement elle coûterait vingt-quatre fois moins cher que l'eau plus ou moins chaude et impure de la Seine ainsi captée et conduite à Paris. En outre, l'eau pure et fraîche obtenue par cette dérivation de la Loire en aqueduc cylindrique pourrait être fournie au prix de 0 fr.00076 le mètre cube après amortissement, soit cinq cent trente fois moins

---

ans seulement, il avait une belle clientèle, occupait plusieurs emplois publics et était membre à vie de la Société médico-chirurgicale.

Le matin du 1er octobre dernier, M. Crombie revenait, à cheval, d'une visite qu'il avait faite dans le voisinage; sa monture fit un écart et il fut jeté par terre si malheureusement, qu'il eut le crâne fracassé; le défunt laisse une veuve avec neuf enfants.

— Il existait autrefois, dit-on, en France, des maires qui avaient une manière à eux d'interpréter la loi. Aux beaux débuts de l'empire, un sous-préfet, s'adressant à ceux de son arrondissement, leur tenait à peu près ce langage : « Sachez bien, messieurs, que vous êtes les représentants de l'autorité, les agents directs du Gouvernement ; que vous êtes, en un mot, autant de petits empereurs dans vos communes. » Naturellement les petits empereurs se le tinrent pour dit et s'occupèrent d'organiser sérieusement leur rurale autocratie. De pareilles choses n'existent heureusement plus; cependant les magistrats communaux sont-ils toujours et partout exactement fixés sur l'étendue de leurs attributions? Les abus ont-ils disparu de la surface du monde? Ce serait le plus merveilleux des phénomènes. En Angleterre, le pays par excellence de la liberté et du self-government, on trouve bien de temps en temps des choses qui sembleraient bizarres et légèrement arbitraires, même chez nous. Le maire d'une ville importante (Exeter) a créé, pour son usage, une interprétation spéciale de la loi sur les aliénés; les plaintes des intéressés, les réclamations des journaux, rien n'y fait. « Non seulement, dit le *British medical Journal*, il pense que la législation est imparfaite et que le certificat d'un médecin ordinaire ne permet pas de conclure à la raison ou la folie d'un individu, mais il est tout aussi convaincu que sa qualité lui donne le droit d'exercer sur tous les médecins pratiquant dans l'étendue de sa juridiction un pouvoir despotique. C'est lui qui prétend choisir l'expert chargé d'examiner tout

cher que le tarif actuel d'abonnement du mètre cube d'eau, mesurée au compteur. Après la réalisation d'un tel projet, et en y comprenant l'alimentation actuelle, ainsi que les projets partiels proposés par l'Administration, on obtiendrait un volume de 2520000 mètres cubes par jour, soit, pour une population qui s'élèvera dans quelques années à 2500000 habitants, un volume moyen de 1 mètre cube d'*eau pure* par tête, volume dont disposent un certain nombre de villes.

Ces quelques indications ne nous ont pas paru inutiles, au moment où il convient de se préparer à un avenir plus conforme aux nécessités et aux progrès de l'hygiène dans les grandes agglomérations. L'influence de l'alimentation en eau potable prime toutes les autres et c'est d'elle qu'il faut surtout se préoccuper. L'Académie a rendu un réel service en rappelant mardi dernier les principes qui doivent y présider; elle a été également bien inspirée, du moins à notre sens, et ainsi que nous en exprimions l'opinion dès le début de cette discussion, en se refusant à compliquer cette question de celle des divers modes d'évacuation des immondices et de leur utilisation. Il faut savoir gré à M. Brouardel d'avoir résisté au désir exprimé à cet égard par plusieurs de ses collègues et de s'être offert à traiter ultérieurement, s'il était nécessaire, cet autre côté du problème de l'assainissement de Paris avec toute la hauteur de vues qu'il ne peut manquer de lui donner.

— M. *Giraud-Teulon* a lu une importante communication dans laquelle il a pris à partie la théorie mécanique du vol de l'oiseau, telle que M. Marey l'a déduite de ses expériences. Ce dernier s'est borné à faire observer à son contradicteur que les expériences en question avaient été renouvelées un grand nombre de fois, que les résultats en étaient obtenus mécaniquement sans intervention de l'observateur et que dans ces conditions ces résultats n'avaient jamais varié.

— M. le docteur *Gibier* a terminé la séance par la lecture d'un intéressant mémoire sur l'épidémie de choléra dans plusieurs communes du département du Var, où il avait été chargé par le ministre de l'intérieur d'une mission médicale accomplie avec un grand dévouement.

M.

Contributions pharmaceutiques.

TOPIQUE CONTRE LES CORS.

Il existe depuis quelque temps dans le commerce, sous les dénominations les plus fantaisistes, des médicaments contre les cors de formules variées et dont les succès sont incontestables.

Leurs auteurs ont mis à profit les remarquables propriétés de l'acide salicylique en le fixant au moyen du collodion. Ces solutions sèchent dès qu'elles sont étalées à la surface de la peau, sur laquelle elles forment un vernis solide et n'occasionnent ni douleur, ni désagrément.

J'ai examiné ces diverses préparations secrètes, tant vantées par les annonces, et je crois que la formule que je publie aujourd'hui les résume assez bien :

Acide salicylique..................	1 gramme.
Extrait alcoolique de *Cannabis indica*.	0gr,50
Alcool à 90 degrés................	1 gramme.
Ether à 62 degrés.....	2gr,50
Collodion élastique................	5 grammes.

Faites selon l'art un mélange que vous conservez dans un flacon bien bouché.

L'application de ce topique est très simple.

On trempe un petit pinceau, ou le bout d'une allumette, dans le liquide; on le passe à plusieurs reprises sur la partie cornée; on renouvelle cette opération tous les deux jours pendant une semaine; quelques jours après le cor s'enlève avec la plus grande facilité sous la pression du doigt ou à la suite d'un bain de pieds.

— J'ai lu avec attention l'article inséré dans le dernier numéro de la *Gazette* par M. Delresne, mon confrère en pharmacie, au sujet de ceux que j'ai publiés sur la pepsine. Je reconnais que cet article a un caractère exclusivement scientifique, mais son examen nécessiterait de reprendre point par point toute la question, et cela pour arriver à ne rien changer à mes conclusions. Je préfère donc m'en rapporter à l'appréciation des hommes compétents.

Pierre VIGIER.

individu suspect de folie. Il croit même probablement qu'un pareil examen est une obligation civique; il a menacé dernièrement d'interdire l'exercice à un praticien qui avait refusé d'en faire un; une autre fois il a refusé de payer l'expert qu'il avait requis. Il faudrait pourtant qu'il sache, définitivement, qu'un médecin non chargé d'une fonction officielle donne ses soins à qui bon lui semble et que, sous ce rapport, ni le maire, ni un autre magistrat n'ont pouvoir sur lui. La seule explication plausible des menaces du maire d'Exeter, c'est qu'il existe un acte secret du Parlement qui lui délègue des pouvoirs spéciaux. Les lois relatives à des localités contiennent souvent des dispositions étranges; une d'elles renferme peut être une clause qu'il interprète mal; nous doutons pourtant qu'aucune disposition actuellement en vigueur fasse ses serviteurs ou ses employés de tous les médecins pratiquant dans l'étendue de la ville. Nous ne comprenons pas davantage comment il a été soutenu par le juge du comté dans son refus de payer des honoraires. Il est probable que les médecins ont négligé de faire la preuve que c'était lui qui les avait appelés. La loi est formelle : l'homme qui en fait travailler un autre doit le payer, quelle que soit la nature du travail.

L'emploi d'un médecin qui assiste un malade est de tout point comparable à celui de l'ingénieur qui surveille une construction, du charpentier qui fait une boîte, et celui qui lui donne un ordre est responsable.

Il n'était probablement pas démontré que le maire d'Exeter eût appelé le médecin de son propre chef, car autrement il serait impossible de comprendre comment le juge d'Exeter peut admettre qu'un médecin n'a droit à aucune rétribution pour les services qu'il rend lorsqu'il est requis par le maire.

— Il y a, en Angleterre comme en France, des lois relatives à l'hygiène des ateliers, aux heures de travail, à l'âge des enfants que les industriels peuvent employer. Ces lois sont à peu près respectées dans les ateliers d'hommes, les

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Artérite aigue généralisée rhumatismale; thrombose de l'artère humérale gauche sans gangrène du membre; anévrysme vrai consécutif de l'axillaire, par M. A. Legroux, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Laennec. (Observation lue à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 24 octobre.)

L'histoire de l'artérite aiguë est loin encore d'être complète et les faits cliniques, y ayant trait, sont peu nombreux. L'observation qui suit constitue un exemple rare de cette affection, et bien qu'elle soit encore incomplète, il m'a paru utile de la communiquer à la Société des hôpitaux.

Je ne puis, en raison de certaines circonstances qui m'imposent une grande réserve, la rapporter dans tous ses détails, mais ce que je vais en dire suffira pour mettre en relief les phénomènes particulièrement intéressants de ce cas, dont l'issue ne peut encore être nettement définie.

Une jeune fille de vingt-deux ans, sans autre hérédité morbide appréciable que l'arthritisme, vivant dans un milieu plus qu'aisé, ayant toujours eu une menstruation régulière quoique étant un peu chlorotique, est prise dans les premiers jours de juillet 1884 d'une attaque de rhumatisme articulaire. La maladie n'était pas chez elle une nouveauté, car à l'âge de douze ans, il y avait eu un premier accès, lequel n'avait laissé aucune trace apparente. Cette fois, le rhumatisme fut tout d'abord subaigu: quelques jointures devinrent douloureuses, roses, un peu tuméfiées, mais en même temps, et au milieu d'un appareil fébrile modéré, une éruption très douloureuse d'érythème noueux à la face antérieure des deux jambes vint en marquer déjà le caractère un peu anomal.

Au bout de trois semaines, pendant lesquelles le repos, les calmants et le sulfate de quinine furent prescrits, l'état devint meilleur et l'on se décida à transporter la jeune malade au bord de la mer dans l'espérance d'agir sur l'anémie devenue plus accentuée qu'avant cette poussée rhumatismale. Le cœur alors était considéré comme sain et semblait avoir échappé cette fois encore à la griffe du rhumatisme: toutefois on y percevait un souffle de caractère anémique.

Pendant les premiers jours passés à la mer, la santé et les forces semblèrent se ranimer bien que l'érythème noueux et les douleurs articulaires aient en partie persisté; mais au commencement du mois d'août on vit survenir des accès de fièvre quotidienne, à heures irrégulières, accès attribués à l'impaludisme assez répandu dans le pays: le sulfate de quinine employé à doses assez fortes enraya momentanément les accidents.

Le 15 août, pendant que Mlle X... procédait, couchée encore, aux soins de sa toilette, elle ressentit un engourdissement pénible dans la main, l'avant-bras et le bras gauches, bientôt suivi de douleurs aiguës et d'impotence fonctionnelle du membre dans sa totalité.

Le docteur S..., l'un des doyens des internes des hôpitaux de Paris, aussitôt appelé, constate la disparition du pouls dans la radiale, la cubitale et l'humérale jusqu'à sa naissance, en même temps qu'une température glaciale de toute la partie inférieure de l'avant-bras et de la main. Ces parties, un peu tuméfiées, présentaient sur leur face dorsale quelques taches d'un rose brun. Un manuluve sinapisé réchauffa un peu le membre et fit disparaître ces taches légèrement ecchymotiques.

On craignit, à bon droit, que le membre se gangrenât: il n'en fut rien. La fièvre, atténuée par la quinine, reparut plus intense, le pouls monta à 110, 120, la température atteignit 38 et 39 degrés, et bientôt des phénomènes morbides du côté du cœur vinrent dominer la scène: douleurs précordiales, dyspnée, palpitations, apparition d'un bruit de souffle au premier temps, intense et tellement étalé que le deuxième bruit du cœur était masqué. Ce souffle, dont le point maximum semblait être vers la pointe du cœur, s'étendait à la base et sur toute la zone de l'aorte.

M. le professeur P... appelé de Paris, le 17 août, diagnostiqua une endocardite ulcéreuse et probablement une embolie ayant obturé l'humérale gauche. A ce moment l'artère humérale gauche était peu sensible au toucher. Quelques jours après cette visite, le docteur Charles Hardy, médecin habituel de la famille, vint à son tour visiter sa cliente et pensa, en raison de l'état général grave, puis de la sensibilité et des nodosités qu'il constata le long de l'artère humérale, en raison aussi d'un bruit de souffle entendu tout le long de l'aorte thoracique, que l'oblitération de l'humérale devait tenir à une thrombose développée grâce à une artérite aiguë rhumatismale, partie de l'endocarde et de l'aorte. Le docteur L..., médecin des hôpitaux, qui fut appelé par le docteur Charles Hardy à donner aussi son avis, se rattacha au diagnostic de rhumatisme cardio-vasculaire aigu. Il pensa que l'artérite était en voie d'extension, et que l'oblitération humérale était due à une coagulation sur place. On prescrivit l'iodure de potassium à petites doses, l'immobilisation, les injections hypodermiques de morphine pour calmer les intolérables douleurs qui parcouraient le membre..., etc., et il fut convenu que l'on profiterait d'une accalmie pour ramener la malade à Paris, le voisinage de la mer pouvant être défavorable en ces conditions.

Après des péripéties diverses, le retour à Paris put s'effectuer sans danger et je fus appelé à voir la malade avec le docteur Ch. Hardy.

Je trouvai là une jeune fille pâle, débilitée, extrêmement

---

ouvriers ont leurs associations, leurs *trades-unions*, qui luttent parfois avec avantage contre leurs patrons et même contre l'Etat; mais il y a toute une classe de personnes pour lesquelles ces lois sont lettre morte, ce sont les ouvrières travaillant à ce que nous appelons en France les métiers de luxe, modistes, confectionneuses, etc. Nulle part leur condition n'est merveilleuse, il paraît qu'elle est atroce à Londres. Elles sont entassées dans de misérables pièces, dit M. Brindley James, contenant juste deux fois moins d'air respirable que l'hygiène n'en demanderait, puis elles travaillent de douze à quinze heures; souvent même elles s'interrompent à peine pour prendre leur repas, et quel repas? On a moins soin d'elles que d'un convict de Dartmore; elles accomplissent une tâche si pénible, que les matelots d'un navire baleinier se révolteraient sûrement si on essayait de leur en imposer une pareille. Ce travail est-il au moins rémunérateur? « J'ai parmi mes clientes, dit M. Brindley James, une jeune dame qui est une excellente ouvrière modiste; elle travaille douze heures par jour et gagne 15 shillings par semaine. » Et ces choses-là se passent dans un pays où les femmes sont probablement mieux protégées que partout ailleurs en Europe! On a beaucoup écrit de tout temps sur la dignité et la grandeur du travail, il moralise, il ennoblit; c'est un consolateur dans les jours d'épreuve, un préservateur contre les tentations. Il vaudrait mieux dire tout simplement qu'il nourrit quelquefois l'homme et permet à peu près toujours à la femme de mourir tranquillement de faim.

Un praticien anglais, gradué d'une Université continentale, a posé dernièrement la question suivante dans un journal professionnel: « Entre-t-il dans les usages de nos Universités de délivrer, sans examens, un diplôme aux candidats placés dans les mêmes conditions que moi, ou bien leur fait-on subir un examen spécial, en tenant compte de la scolarité déjà faite et des épreuves subies? » En France, c'est cette procédure que l'on suit. Le ministère de l'Instruction publique accorde en général une équivalence en tenant compte

faible, torturée par des douleurs continues avec exacerbations violentes irradiant de l'épaule à l'extrémité des doigts, un peu affaissée par l'usage quotidien des injections hypodermiques de morphine devenues indispensables, un peu anhélante, presque sans voix, amaigrie et prenant peu de nourriture, souffrant d'autre part de quelques douleurs articulaires rhumatismales dans les genoux et les tibio-tarsiennes. Il y avait de la fièvre; pouls à 100-110, température oscillant entre 38 et 39 degrés.

L'examen minutieux auquel je me livrai avec mon confrère nous fit reconnaître :

1° Une cardiopathie complexe caractérisée par des bruits intenses, violents, soufflés et répartis à la pointe comme à la base, si bien que l'auscultation la plus attentive avait peine à discerner des maxima dans ce tapage cardiaque qui s'étendait jusqu'à la fourchette du sternum et sous les deux clavicules.

2° Un bruit aortique intense, presque un bruit de scie, le long de la colonne vertébrale, jusqu'au niveau des insertions du diaphragme.

3° Un bruit soufflé intense, rude dans la sous-clavière gauche.

4° Une dilatation de l'artère axillaire du volume d'une énorme prune, dilatation très douloureuse, faisant saillie à la partie antérieure de l'épaule, siège de battements énergiques, soulevant le stéthoscope au moyen duquel on perçoit un bruit de souffle rude et superficiel; cette tumeur, saisie entre les doigts recourbés dans l'aisselle et le pouce appliqué en avant, a un mouvement d'expansion dans tous les sens qui ne laisse aucun doute sur une dilatation ampullaire (anévrysme vrai) de l'artère axillaire. Au moyen du stéthoscope flexible de M. Constantin Paul, qui me rend, je me plais à le reconnaître, de si grands services dans la pratique quotidienne pour la délimitation exacte des bruits cardio-vasculaires; je puis chercher sur tous les points de la tumeur, en avant, en bas, en arrière, au fond de l'aisselle, le bruit de souffle et le retrouver avec tous ses caractères d'intensité en tous ces points.

5° Au-dessous de cette dilatation, l'artère humérale se présente comme un cordon dur, fibreux, résistant, du volume d'un crayon, sans aucun battement. L'absence absolue de pouls est constatée tout le long de cette artère, ainsi que dans la radiale et la cubitale.

6° Le membre est pâle, flasque, amaigri, sans mouvements; la main est atrophiée; les ongles un peu recourbés poussent cependant et montrent un sillon profond en avant de la lunule, indicateur de l'époque où l'arrêt subit de la circulation s'est effectué.

Toutefois, la circulation sanguine n'est pas éteinte, quoique le membre soit froid et pâle, puisque la vie y persiste et que l'on n'y constate aucune trace de gangrène.

La sensibilité du membre au contact est abolie dans les deux tiers inférieurs; un corps froid est à peine perçu vers la région humérale; une piqûre énergique n'éveille aucune sensibilité à la main, tandis qu'elle est appréciée vaguement et avec un retard de quelques dixièmes de seconde sur l'avant-bras et le bras.

Enfin le membre dans sa totalité est parcouru par des douleurs intenses, rapportées souvent à l'extrémité des doigts, douleurs que les injections de morphine calment pour quelques heures.

Nous assistons donc là au phénomène de l'anesthésie douloureuse signalée dans les névrites ou dans les compressions des nerfs.

7° L'exploration de la poitrine révèle l'existence d'un épanchement pleurétique droit, d'une épaisseur de 7 à 8 centimètres.

Rien d'ailleurs dans les autres appareils dont le fonctionnement paraît normal. Absence d'albumine ou d'autres produits anormaux dans l'urine.

Le traitement institué dès le début de la maladie, en juillet, avait été le sulfate de quinine, les toniques ensuite : quand vint l'accident d'obstruction artérielle, le membre fut recouvert d'onctions calmantes, entouré de ouate et placé dans une gouttière. Des injections de morphine, je l'ai déjà dit, devinrent indispensables et furent répétées deux, trois et quatre fois en vingt-quatre heures. La digitale fut administrée, puis l'iodure de potassium. Un vésicatoire fut appliqué au-devant du cœur.

Des périodes d'accalmie se produisirent, bientôt suivies d'accidents plus ou moins inquiétants: c'est ainsi que des douleurs avec fluxion rhumatismale survinrent de temps à autre dans diverses articulations grandes ou petites; une autre fois une poussée de muguet se développait dans la bouche; c'est ainsi encore qu'il y a quinze jours, une fluxion très douloureuse dans la région parotidienne droite vint nous faire craindre une parotidite suppurée et cela avec d'autant plus de raison que, six semaines auparavant, un abcès sous le cuir chevelu, au niveau de l'occipital droit, s'était produit spontanément, mais avait rapidement guéri après une large incision ; en dernier lieu une poussée congestive vers le poumon gauche, pouvant faire pressentir une pneumonie sous roche, conduisit à l'application d'un vésicatoire.

Ces accidents divers survenus rapidement, à la façon des fluxions rhumatismales n'ayant que des durées plus ou moins éphémères, révèlent bien que la malade est encore en puissance de rhumatisme aigu, de fièvre rhumatismale anomale.

Quant à l'anévrysme de l'axillaire, il fut combattu par la glace en application permanente dans un sachet de caoutchouc. Cette médication eut pour premier effet de réduire les douleurs pendant quarante-huit heures, au point qu'on espéra

---

des programmes de l'Université et de la considération dont elle jouit. Il existe même une bizarrerie difficilement explicable sur ce point, c'est que la loi française est tout entière en faveur de l'étranger ; les titres pris par nos nationaux au dehors sont nuls, de nullité absolue. Supposons deux docteurs de l'Université de Vienne : l'un Autrichien d'origine, l'autre Français, et obligé, par suite de circonstances indépendantes de sa volonté, d'avoir fait des études en Autriche. Si le titre de docteur de Vienne est considéré comme équivalent à quatre examens de doctorat français, le premier sera en règle avec l'Etat dès qu'il aura passé son cinquième examen et soutenu sa thèse; il pourra alors exercer sa profession dans tout le territoire de la République française ; pour le second, c'est autre chose. Le grade dont on a tenu compte au premier est pour lui chose inutile, heureux encore si on veut bien le dispenser des baccalauréats et tenir compte du stage qu'il a fait dans les hôpitaux de l'étranger. Explique qui pourra la pensée du législateur; dans tous les cas, cette disposition n'est guère à l'avantage de nos nationaux. Voici comment les choses se passent dans les Universités anglaises :

Elles ont le droit de conférer leurs grades à ceux qui possèdent le grade équivalent d'une autre Université, mais elles en usent rarement. A ce point de vue, il n'y a pas de distinction à établir entre les Universités britanniques et celles de l'étranger.

Il est vrai que le nouvel Acte médical établit jusqu'à un certain point cette équivalence, et que certains degrés en médecine étrangers peuvent être régulièrement enregistrés : ce sont ceux qui confèrent le droit à la pratique dans les pays où ils ont été délivrés; il est même probable qu'à l'avenir on sera plus libéral encore.

— Notre époque scientifique n'aime guère le passé, c'est un fait que l'on peut constater à chaque instant et un peu partout. Il y a sûrement chez nous bon nombre de gens qui se figurent de bonne foi qu'avant Laennec et Dupuytren

un instant les voir totalement disparaître. Malheureusement il n'en fut pas ainsi.

En second lieu, elle détermina une diminution dans le volume de l'anévrysme, dans la souplesse de ses parois, dans l'intensité de ses battements, enfin dans la force du bruit de souffle dont il est le siège.

L'observation est à continuer et l'on ne peut encore, je le crois, formuler un pronostic précis. Certes la cardiopathie est grave, mais ne voyons-nous pas souvent, chez les sujets *jeunes*, les complications cardiaques du rhumatisme rétrocéder de beaucoup une fois que la poussée est terminée (je dis rétrocéder et non disparaître), et cette rétrocession être dès lors compatible avec une survie encore considérable.

D'autre part, l'anévrysme est menaçant, mais il a déjà diminué de volume et les parois artérielles peuvent se consolider par des caillots actifs. Le point le plus noir est, selon moi, cette artérite qui semble avoir envahi une longue étendue des vaisseaux à sang rouge. Cette inflammation vasculaire et la fièvre persistante qui l'accompagne peut nous amener encore des complications graves et imprévues soit vers le cerveau, soit sur l'aorte, soit ailleurs. De plus l'état général est peu satisfaisant; la nutrition souffre, nous voyons s'établir peu à peu un véritable état cachectique. Enfin que deviendra ce membre à circulation si pauvre? N'arrivera-t-il pas un moment où le sphacèle sera inévitable?

Quant au diagnostic, il me paraît tenir en ces trois termes:

1° Rhumatisme aigu;

2° Endocardite et artérite se généralisant, c'est-à-dire ayant débuté dans l'aorte, s'étant étendue successivement aux sous-clavière, axillaire et humérale gauches;

3° Anévrysme de l'axillaire consécutif à l'obstruction de l'artère humérale et se développant en raison des deux facteurs : impulsion cardiaque forte et impossibilité de l'écoulement de la colonne sanguine arrêtée par la thrombose de l'humérale d'une part; d'autre part faiblesse des tuniques artérielles créée et entretenue par l'artérite.

Cette observation, à laquelle on reprochera certainement de n'avoir pas la sanction anatomo-pathologique, me paraît cependant aussi concluante que possible au point de vue de l'artérite généralisée aiguë d'origine rhumatismale; de plus elle offre cette complication insolite d'un anévrysme vrai en rapport avec l'oblitération de l'artère immédiatement suivante. J'ai voulu chercher dans les auteurs qui ont traité de l'artérite s'il existait quelque fait analogue; mes recherches ont été vaines. Les travaux de mon père et les notes qu'il m'a laissées sur les polypes ou obstructions artérielles ne renferment aucun cas similaire. Enfin, aucune observation de ce genre n'est venue à la connaissance de notre érudit collègue M. le professeur Damaschino, qui faisait naguère son cours à la Faculté sur les affections des artères et des veines. On peut légitimement se demander si un certain nombre de nos rhumatisants qui conservent de la fièvre alors que toute localisation rhumatismale a disparu des articulations et qu'aucun viscère, sauf le cœur, ne semble atteint, ne sont pas en proie à une de ces manifestations du rhumatisme, manifestation qui échappe facilement au clinicien quand elle n'a pas pour conséquences des oblitérations ou des anévrysmes. C'est là une hypothèse directrice vers laquelle devront tendre nos recherches et qui pourra éclairer certains points encore bien obscurs de la symptomatologie ou même de la pathogénie du rhumatisme. (Voy. au Compte rendu de la Société des hôpitaux, p. 724, la discussion relative à cette observation.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

Cette séance ne contient rien de médical.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

M. le Président du Comité départemental de protection du premier âge du Calvados transmet le *formulaire* adopté par ce Comité pour l'allaitement au biberon. (*Commission de l'hygiène de l'enfance.*)

M. le docteur *André* envoie un *Rapport sur l'épidémie cholérique à Toulouse*. (*Commission des épidémies.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Gannal*, le premier fascicule d'un ouvrage intitulé : *Les cimetières depuis la fondation de la monarchie française jusqu'à nos jours, histoire et législation*; 2° de la part de M. le docteur *Bourdin*, deux brochures ayant pour titres : *Autonomasie et aphasie* et *Le tabac, ses inconvénients, ses dangers*; 3° au nom de M. le docteur *Drasche* (de Vienne), une brochure intitulée : *Der Plkfund Koch's bei der cholera*.

M. *Larrey* présente, au nom de M. le docteur *Guermonprez* (de Lille), un ouvrage sur *la pratique chirurgicale dans les établissements industriels*.

M. *Gariel* fait hommage, de la part de M. le docteur *Napias*, de *Rapports sur l'hygiène des écoles primaires et des écoles maternelles*.

M. *Bouley* présente, au nom de M. le docteur *Paul Gibier*, un ouvrage *sur la rage*.

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose, au nom de M. *Bonjean* (de Chambéry), une note manuscrite concernant l'*influence des eaux insalubres sur la propagation du choléra* (*Commission des épidémies*) et, en son nom personnel, le neuvième fascicule de son *Dictionnaire de thérapeutique*.

M. *Polaillon* fait hommage de son ouvrage *sur la chirurgie du doigt*.

Choléra. — M. *Jules Guérin* s'étonne qu'il n'ait pas encore été question à la tribune de l'Académie de l'épidémie de choléra qui vient de sévir à Saint-Ouen et à Aubervilliers. M. *Dujardin-Beaumetz* répond que l'épidémie est aujourd'hui complètement éteinte dans ces localités, qu'elle ne

---

l'histoire de la médecine et de la chirurgie est un tissu de légendes, ou plutôt l'énumération d'une série d'hypothèses sans fondement, de tentatives empiriques sans lien commun et sans méthode. Le fait est que nous avons raison de regarder avec dédain les spéculations hasardeuses et les visions obscures des vieux âges. Nous marchons pas à pas, mais droit devant nous, avec une certitude qui ne permet ni les écarts de route, ni les chutes. Jamais les médecins du commencement du siècle n'ont rien défini avec la précision apportée par les savants modernes dans la détermination histologique de la *Zooglœa*, par exemple. Le dédain pour le passé et partant pour l'histoire est donc chose explicable; mais il ne faudrait pas le porter trop loin. Il est aussi général en Angleterre qu'ailleurs. Tous les ans a lieu un concours pour l'admission dans les Ecoles de médecine militaire; ce sont, comme on sait, de simples Ecoles d'application dans lesquelles entrent des médecins dûment qualifiés. A la dernière ouverture de celle de Nettley, M. Longmore a égayé pendant quelque temps ses auditeurs avec certaines fantaisies comiques relevées sur les copies de plusieurs candidats malheureux. Une des questions écrites était relative à la découverte de la vaccine. Il paraissait tout naturel de supposer que des médecins anglais savaient à quoi s'en tenir là-dessus, qu'ils avaient des notions sinon étendues, au moins très précises sur un des hommes qui font le plus grand honneur à leur profession et à leur pays. Pour plusieurs ce n'était pas le cas : on a attribué la découverte de la vaccine à Astley Cooper, à lady Montague ou, ce qui est plus fort encore, à sir James Paget! On a beau dire que l'érudition est un luxe pour le médecin, qu'on peut être le meilleur des cliniciens et s'en passer, il me paraît peu probable que le candidat qui confond sir James Paget et Jenner eût inventé la poudre s'il eût vécu avant Roger Bacon.

Dr L. Thomas.

s'est pas propagée. Il avait l'intention d'en faire l'historique complet; mais devant l'impressionnabilité particulière de la population parisienne en ce moment, il a préféré attendre et ne faire cet exposé que dans deux ou trois semaines.

Eaux de Versailles. — M. *Léon Le Fort* a recherché si l'immunité toute particulière dont a joui jusqu'ici la ville de Versailles relativement au choléra ne pouvait fournir des renseignements au sujet de l'influence des eaux polluées sur le développement de ces épidémies. D'une enquête qu'il a faite sur place, il résulte qu'en 1849, 1854 et 1865, époques où le choléra régnait à Paris, les habitants de Versailles recevaient leur eau potable d'étangs, de la Seine et de sources, les eaux de ces diverses provenances étant plus ou moins mélangées; d'ailleurs la Seine n'était pas contaminée comme aujourd'hui. Mais à Versailles on ne se sert jamais d'eaux de puits pour les usages domestiques, de sorte qu'on y est à l'abri de la contamination des eaux par les infiltrations des fosses d'aisances.

Infection de la Seine et eaux de Paris. — Au nom de la commission nommée à la dernière séance pour rédiger un vœu relatif à cette question, M. *Brouardel* donne lecture d'un rapport sommaire dans lequel, après avoir rappelé les textes législatifs précis qui garantissent la pureté des cours d'eau, il déclare qu'il est tout au moins un élément de souillure dont il importe de débarrasser immédiatement la Seine, à savoir la projection des matières fécales en quantité quelconque, parce que cette cause de pollution est la plus dangereuse, quelle qu'en soit la quantité. De plus, il convient de rappeler à l'administration chargée de la distribution que, lorsqu'une conduite d'eau a été parcourue par des eaux souillées, son débit reste suspect même quand elle est de nouveau parcourue par de l'eau pure; que par conséquent les conduites destinées à servir l'eau potable aux habitants ne peuvent indifféremment débiter tantôt de l'eau de source, tantôt de l'eau souillée; mais sur ce point la commission, ne voulant pas entrer dans la discussion des procédés de distribution, se contente de poser le principe.

En conséquence, la commission propose de voter les conclusions suivantes: 1° L'eau qui sert à l'alimentation doit être exempte de toute souillure, quelle qu'en soit la provenance ; 2° La contamination de l'eau par les matières fécales humaines est particulièrement dangereuse; toute projection de cette nature, quelle qu'en soit la quantité dans les eaux de source, de rivière et de fleuve, doit être absolument et immédiatement interdite. La première de ces conclusions est adoptée à l'unanimité; la seconde est approuvée à l'unanimité moins deux voix, après un échange d'observations entre M. *Armand Gautier*, qui voudrait qu'on interdît également de rejeter dans le fleuve les résidus imparfaitement transformés des usines traitant les matières fécales, M. *Léon Le Fort*, qui serait désireux que la seconde des conclusions impliquât la condamnation du tout à l'égout, M. *Brouardel*, qui défend l'intégrité des conclusions proposées et fait remarquer combien la question du tout à l'égout est complexe et mérite une discussion toute spéciale, et enfin M. *le Secrétaire perpétuel*, qui montre combien l'administration est également désireuse d'apporter un terme aussi prompt que possible à la situation que les vœux de l'Académie signalent avec tant d'autorité.

Motion. — L'Académie adopte par acclamation le texte de l'adresse de sympathiques condoléances, rédigée par MM. *Verneuil*, *Trélat* et *Ball*, pour être envoyée au président du Congrès international des sciences médicales de Copenhague, à l'occasion de l'incendie du château de Christianborg.

Vol de l'oiseau. — M. *Giraud-Teulon*, continuant ses communications précédentes sur la physiologie de la locomotion, s'efforce de démontrer non plus l'exactitude du mécanisme des actes physiologiques de la course et du saut, exactitude qui n'est plus contestée, dit-il, mais l'extension de ce même mécanisme au mécanisme beaucoup plus complexe du vol de l'oiseau. Dès 1858, il a défendu l'opinion de Borelli, d'après laquelle « la natation et le vol sont des mouvements analogues à ceux du saut, mais qui ont lieu dans des fluides dont la résistance remplace jusqu'à un certain point celle du sol dans ce dernier phénomène ». Par contre, M. Marey pense que « l'aile de l'oiseau agit sur l'air à la façon d'un plan incliné dont la face inférieure regarde en bas et un peu en arrière ; ce plan, en s'abaissant, décompose par son obliquité la résistance de l'air et, tout en soulevant le corps de l'oiseau, le propulse en avant ». C'est contre cette théorie que s'élève M. Giraud-Teulon en lui faisant un grand nombre d'objections statiques et dynamiques, et en lui reprochant surtout de refuser au mécanisme du vol la coopération capitale de celui du saut, et de ne pas distinguer les qualités mécaniques incluses dans le fait du battement de l'aile. Ainsi que l'indique la trajectoire continue décrite par M. Marey, la révolution de l'aile, dit-il, serait, dans la conception de celui-ci, un acte continu; or il n'en est rien; la prétendue révolution de l'aile est formée par l'association de deux actes complets: l'élévation et l'abaissement, commençant et finissant, l'un et l'autre, avec une vitesse nulle. En ces points, le travail moteur a donc entièrement consommé le travail résistant total. Avec l'arrêt du mouvement de descente de l'aile, l'oiseau s'arrête de même; il n'a plus de vitesse acquise; d'où il résulte que pendant la période qui suit, pendant le relèvement de l'aile, l'oiseau reste abandonné à l'action de la pesanteur. Si l'on considère, au contraire, le battement pour ce qu'il est, une percussion, un à-coup, un arrêt brusque suspendant un mouvement accéléré (mécanisme du saut), on aura sous les yeux un dégagement de force vive, jusque-là emmagasinée et qui, instantanément rendue libre, remplit, par une subite impulsion, la place laissée vide pour la pesanteur pendant la phase ascensionnelle de l'aile. Le mobile est emporté en haut, suivant la loi de la balistique. Il suit de là que, dépourvu de la notion dynamique du battement, le mécanisme du vol imaginé par M. Marey (propriété des plans inclinés, théorie du cerf-volant), est impuissant tant à élever qu'à soutenir l'animal dans les airs. Comme, d'autre part, un oiseau, reposant sur le sol, ne peut se procurer l'espace nécessaire au développement de ses ailes, qu'après s'être élevé à quelque distance de terre par un saut ordinaire (*saltus communis*) sur ses pattes; et que M. Marey ne reconnaît pas plus pour le saut que pour le vol le mécanisme de la détente ou du ressaut élastique, il s'ensuit nécessairement que l'oiseau qu'il a conçu ne saurait ni s'élever dans l'air, ni même quitter la terre.

M. *Marey* se borne à répondre que, pour la question de la marche et du saut, comme pour celle du vol, étant données les divergences absolues existant entre les opinions de son contradicteur et les siennes, il ne saurait le suivre sur le terrain de la dialectique. Aussi s'en rapporte-t-il aux résultats toujours concordants obtenus aussi bien par la méthode graphique que par les reproductions photographiques instantanées; heureuses les théories qui, comme la sienne, coïncident avec les faits !

Choléra. — M. le docteur *Gibier*, chargé par le ministre de l'intérieur d'une mission médicale dans le département du Var à l'occasion de l'épidémie cholérique, rapporte un grand nombre de faits d'importation de la maladie dans plusieurs villages par des individus provenant de lieux contaminés, ainsi que plusieurs faits de propagation par les cours d'eau. — Le mémoire de M. Gibier est renvoyé à la Commission des épidémies.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. BUCQUOY.

Traitement de la fièvre palustre par les injections sous-cutanées d'acide phénique: M. Delasiauve. M. Dieulafoy. — Du traitement du cancer utérin: M. Gallard. — Contagion de la tuberculose et sa prophylaxie: M. Vallin. — Artérite aiguë généralisée rhumatismale; thrombose de l'artère humérale sans gangrène du membre, et anévrysme vrai de l'axillaire: M. Legroux. (Discussion: MM. Rendu, Ball, C. Paul, R. Moutard-Martin.)

M. *Delasiauve* demande une petite rectification au procès-verbal de la précédente séance. Il n'a jamais dépassé la dose de 45 centigrammes de sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes *simples;* mais il a donné 80 centigrammes dans les fièvres *pernicieuses*.

— A l'occasion du procès-verbal, M. *Dieulafoy* fait savoir qu'il a soigné dans son service, depuis la semaine dernière, deux malades atteints de fièvre intermittente. Le premier, qui a des accès tierces, est encore en observation; le second est aujourd'hui guéri. Il avait contracté la fièvre palustre à Batna, et ses accès, affectant le type quotidien, s'accompagnaient, lors de son entrée à l'hôpital Saint-Antoine, d'une élévation de température de 41°,1. Après avoir laissé se produire trois accès sans instituer de traitement, M. Dieulafoy eut recours aux injections sous-cutanées d'acide phénique au 1/100e et même au 1/50e; quarante-sept injections furent pratiquées, et on n'observa aucun accident local. La fièvre diminua le quatrième jour, et disparut entièrement le cinquième.

— M. *Gallard* offre à la Société une brochure intitulée: *Du traitement du cancer utérin. Avantages de l'amputation du col de la matrice.* C'est le texte d'une communication qu'il a faite au mois de juillet dernier devant la Société de chirurgie. Il rappelle, à ce propos, l'accueil si cordial qu'il a rencontré à la Société de chirurgie, et, en exprimant de nouveau ses remerciements à ses confrères et collègues, chirurgiens des hôpitaux, il insiste sur les avantages qui pourraient résulter, au point de vue scientifique, de la participation des médecins et chirurgiens à la discussion de bien des problèmes encore obscurs. Il espère qu'il serait facile d'établir à ce sujet un accord entre les deux Sociétés.

— L'ordre du jour appelant la discussion du rapport de M. *Vallin* sur *la contagion de la tuberculose et sa prophylaxie*, M. Vallin prend la parole et annonce à la Société que le congrès international d'hygiène de La Haye, après avoir discuté cette question, a adopté les conclusions formulées par lui en ces termes: « Il est aujourd'hui démontré que la phthisie pulmonaire peut, dans certains cas, se transmettre des malades aux individus bien portants. Bien que les chances de cette transmission soient restreintes, la prudence rend nécessaires certaines mesures de préservation: 1° Il ne faut jamais partager la chambre ni le lit d'un tuberculeux avéré à un terme avancé de consomption. La chambre d'un phthisique doit être constamment aérée et ventilée; 2° le danger réside surtout dans les crachats, qui ne doivent jamais être projetés sur le sol ni sur des linges, où, en se desséchant, ils dégagent des poussières suspectes; 3° les chambres, les literies et les vêtement ayant servi aux phthisiques doivent toujours être désinfectés. La vapeur à + 100 degrés et le lavage à l'eau bouillante sont les meilleurs moyens de désinfection; 4° les convalescents de maladies de poitrine, les sujets faibles et épuisés doivent surtout éviter le contact prolongé avec les tuberculeux. » — De son côté, le congrès de Copenhague a étudié le danger de l'alimentation par la viande et le lait des animaux tuberculeux. Le congrès de La Haye, devant lequel M. Vallin a formulé à ce sujet des conclusions, les a pleinement adoptées, admettant que le danger est réel et que certaines mesures de police sanitaire sont indispensables pour l'écarter ou l'atténuer.

M. *Bucquoy* rappelle qu'au mois de mars dernier la Société a chargé une commission de préparer un rapport sur la contagion de la tuberculose et sa prophylaxie; ce rapport, confié à M. Vallin, a été lu à la séance du 11 juillet, et la discussion des conclusions a été ajournée après les vacances. Il pense que cette question mérite une discussion approfondie, et il invite les membres présents à faire connaître leurs observations sur cet important sujet.

M. *Vallin* sait que plusieurs membres de la Société et en particulier M. Landouzy, absents en ce moment, désirent prendre la parole dans le débat. Il demande que la discussion soit ajournée à la prochaine séance.

— M. *Legroux* communique une intéressante observation intitulée: *Artérite aiguë généralisée rhumatismale; thrombose de l'artère humérale sans gangrène du membre, et anévrysme vrai consécutif de l'axillaire* (voy. p. 720).

M. *Rendu* ne pense pas qu'il soit très logique d'attribuer la dilatation anévrysmale de l'axillaire à l'oblitération de l'artère humérale et à la résistance que rencontre le sang au niveau de ce vaisseau, en amont de l'anévrysme. Ces conditions spéciales peuvent, à coup sûr, avoir quelque influence sur le développement de l'ampoule artérielle, mais il n'y a pas de raison pour que, chez une malade atteinte d'artérite rhumatismale étendue, il ne se forme pas des anévrysmes dans tout autre point, indépendamment d'une oblitération artérielle quelconque.

M. *Legroux* rappelle qu'il a publié, en 1874, dans les *Archives de médecine*, un travail sur les anévrysmes vrais, avec conservation des trois tuniques artérielles. Il a observé, à l'Infirmerie centrale des prisons de la Seine, un anévrysme vrai de l'artère fessière survenu à la suite d'une chute chez un homme atteint d'insuffisance aortique avec hypertrophie cardiaque; on constatait également, chez ce détenu, au-dessus de tous les points de flexion des artères, l'existence de dilatations ampullaires résultant évidemment, ainsi que chez la jeune malade dont il a relaté l'histoire, de l'effort exercé par l'impulsion cardiaque violente sur les parois malades des vaisseaux.

M. *Ball* a été frappé surtout, dans la communication de M. Legroux, de l'absence de toute gangrène du bras. Comment peut-on expliquer cette persistance de la vitalité des tissus dans la portion du membre sous-jacente à l'oblitération du tronc artériel principal, que cette oblitération soit d'ailleurs produite par une artérite ou une embolie?

M. *Legroux* s'est assuré que tout battement artériel perceptible au doigt avait cessé dans l'humérale, la radiale et la cubitale, et cependant le membre n'a pas été atteint de gangrène, mais présente seulement un état de syncope circulatoire, avec anesthésie douloureuse. La circulation s'est donc certainement rétablie, au moins en partie, sans doute par l'intermédiaire des anastomoses artérielles profondes et en particulier du réseau péri-articulaire. Il rappelle que le docteur Lebreton, qui a succombé, l'année dernière, à un anévrysme de l'aorte, avait ressenti tout à coup, deux ans avant sa mort, une vive douleur dans le bras, et avait constaté la cessation des battements des artères humérale, radiale et cubitale de ce côté. Le membre cependant ne s'était pas sphacélé, et même avait recouvré, au bout de quelque temps, toute sa liberté d'action.

M. *Ball* pense que, si la circulation collatérale s'était rétablie par les anastomoses artérielles et par le réseau capillaire dilaté, on pourrait percevoir sur le bras de la malade de M. Legroux ces vaisseaux de suppléance dont le calibre aurait dû forcément augmenter dans de notables proportions.

M. *C. Paul* insiste sur les flexuosités des artères athéromateuses et sur le mouvement de *reptation* qui leur est imprimé par l'ondée sanguine. Il ne faut pas d'ailleurs confondre ces pulsations visibles avec le *pouls visible* de Corrigan, qui doit ses caractères à l'ampliation artérielle et non à la reptation. Du reste, le pouls de Corrigan peut venir se joindre à la reptation lorsque l'aorte athéromateuse a subi une dilatation assez considérable pour amener l'insuffisance des valvules sigmoïdes. — Quant à l'oblitération de l'humérale non suivie de gangrène du membre, elle peut être rapprochée de ces faits d'amputation du bras, chez des sujets athéromateux, à la suite de laquelle on n'a trouvé aucune artère nécessitant la ligature ; on voit par là que, pour le bras, la circulation par les petites artères peut arriver à suppléer celle de l'artère principale. M. C. Paul a obtenu, dans plusieurs cas de dilatation artérielle, et en particulier chez un malade porteur d'un anévrysme vrai de la carotide primitive droite, une amélioration considérable au moyen de la diète sèche de Stokes, et de l'iodure de potassium à petites doses longtemps continuées. Peut-être M. Legroux aurait-il à se louer de ce mode de traitement chez la malade qu'il observe.

M. *R. Moutard-Martin* accepterait volontiers l'explication fournie par M. Legroux au sujet du rétablissement de la circulation, dans le bras de sa malade, par la dilatation des anastomoses artérielles péri-articulaires. Cette dilatation des artères anastomotiques se rencontre très prononcée dans le cas de rétrécissement de l'aorte *au niveau du canal artériel*. M. R. Moutard-Martin en a montré un exemple à la Société anatomique en 1874 ; l'aorte présentait, au delà des vestiges du canal artériel, un volume inférieur à celui d'une plume de corbeau, et la circulation s'était rétablie, dans toute la moitié gauche du corps, par l'intermédiaire des artères de la région dorsale très dilatées. Parfois ces artères peuvent acquérir un volume assez considérable pour que leurs battements deviennent perceptibles.

A plus forte raison, est-il facile de comprendre le rétablissement de la circulation, chez la malade de M. Legroux, par la dilatation des anastomoses artérielles péri-articulaires.

— La séance est levée à quatre heures trois quarts.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Continuation de la discussion sur l'opération d'Estlander : MM. Chauvel, Bouilly, Verneuil.

M. *Chauvel* rapporte deux observations d'opérations d'Estlander pratiquées par M. Mathieu, chirurgien du Val-de-Grâce.

La première a trait à un jeune homme de vingt et un ans atteint de pleurésie du côté gauche ; traité d'abord par des ponctions successives en mai 1883, puis par l'ouverture de la plèvre, il vit s'établir une fistule. Le 13 février 1884, on lui fit l'opération d'Estlander. Taille d'un vaste lambeau elliptique permettant de réséquer les septième, sixième, cinquième, quatrième et troisième côtes, dans une étendue de 8, 6, 5, 4 et 2 centimètres. Opération facile ; les lambeaux se réunissent par première intention, et dès le huitième jour la paroi commence à se déprimer. Mais tout s'arrête là, et malgré une compression méthodique, localement les choses restèrent en l'état ; au point de vue général, il est juste de noter que la santé du malade s'améliora considérablement. Le 23 août, on fit une nouvelle opération et on prit soin de bien ruginer le périoste pour éviter la reproduction des arcs costaux, qui avait déjà eu lieu. Comme la première fois, tout se passa simplement dans la cicatrisation, mais la fistule persiste toujours.

Le second malade, également âgé de vingt et un ans, et porteur d'une pleurésie purulente du côté gauche, avait subi une thoracocentèse qui avait donné issue à 3 litres de pus. Une fistule en était résultée, pour laquelle on fit l'opération d'Estlander le 1er mars 1884. Dissection d'un lambeau cutané, puis division des muscles ; résection des quatrième, cinquième, sixième, septième et huitième côtes dans une étendue de 5, 7, 9, 11 et 8 centimètres. Pas de réunion *per primam*, petits abcès sous-cutanés ; néanmoins la cicatrisation eut lieu, mais il existe toujours une fistule.

De ces deux cas on peut retirer les enseignements suivants : la résection de plusieurs côtes n'est pas en elle-même une opération grave ; un lambeau semi-elliptique à base postérieure et supérieure suffisamment grand permet d'arriver jusqu'à la troisième côte ; pour atteindre la deuxième et la première, il faut diviser le grand pectoral ; il faut proportionner le nombre et la longueur des segments costaux à l'étendue de la cavité purulente ; mais il ne faut pas oublier que c'est surtout à la partie supérieure du thorax qu'on doit veiller à la plus grande mobilité de la paroi ; on doit enlever autant que possible le périoste, afin de prévenir la régénération trop rapide d'un plastron osseux ; après quelques semaines, les progrès de retrait de la paroi sont terminés, il faut donc renouveler l'opération si des contre-indications ne surgissent pas.

M. *Bouilly* commence par rappeler rapidement les détails des six opérations d'Estlander qu'il a faites chez cinq malades, l'un d'eux ayant été opéré deux fois. Trois de ces observations sont d'ailleurs connues de la Société. Le premier malade a quitté l'hôpital trois mois après sa guérison. Le second est sorti après sept mois non guéri, mais très amélioré ; la guérison définitive est survenue depuis. Le troisième a été très rapidement guéri, et son histoire se trouve rapportée dans les *Bulletins* de mai 1884. Quant aux deux dernières observations, elles peuvent se résumer ainsi : Un homme de trente ans subit l'opération de l'empyème au mois de septembre 1882 ; en mars 1884 il existe encore une fistule communiquant avec une cavité considérable. Très bon état général. Le 22 mai, on taille un vaste lambeau en T renversé sur le thorax, et on résèque huit côtes dans une étendue de 6 à 9 centimètres 1/2. L'opération se passe simplement ; mais, dès le lendemain, la température s'élève à 39°,5, et six jours après le malade est emporté par une septicémie suraiguë. A l'autopsie, on voit qu'au niveau des côtes réséquées l'accolement des deux feuillets pleuraux est parfait, tandis qu'en arrière, dans les points où les arcs costaux ont été respectés, il existe une vaste cavité qui aurait réclamé pour être comblée une perte de substance osseuse considérable.

Le second malade, âgé de vingt-cinq ans, avait une fistule purulente consécutive à un empyème datant de plusieurs années. La résection de six côtes a été faite au commencement du mois d'août dernier ; les suites de l'opération ont été simples, mais à l'heure qu'il est la fistule persiste.

Quelles sont les causes des insuccès constatés, et quelles conditions doit réaliser l'opération dite d'Estlander pour donner les heureux résultats qu'on est en droit d'en attendre ?

A priori, à part les cas dans lesquels les malades tuberculeux sont absolument incapables de fournir des produits plastiques, on doit accuser des insuccès l'insuffisance de la résection des côtes. La paroi du thorax s'affaisse suffisamment dans les points où elle est désossée, mais là où les côtes maintiennent la paroi rigide, il existe un sinus béant qui continue à suppurer. Par conséquent, dans les cavités très vastes, particulièrement dans celles qui s'étendent en hauteur sous les premières côtes, la résection costale restera insuffisante, car la région supérieure du thorax est à peu près inac-

cessible. Tout au plus pourra-t-on espérer une amélioration dans l'état général du malade par la diminution de la cavité suppurante. Dans les cavités de moyenne dimension occupant la partie antéro-latérale du thorax, sans remonter trop haut, l'insuccès doit, sans conteste, être mis sur le compte de l'insuffisance de l'étendue des côtes réséquées. Pour M. Bouilly, son second malade, guéri après sept mois, aurait vu sa cavité se fermer beaucoup plus rapidement si au lieu d'enlever seulement 5 centimètres de quatre côtes, il eût réséqué 8 à 10 centimètres de sept à huit côtes. Le malade de l'observation troisième, qui a guéri si rapidement, avait eu cinq côtes réséquées dans une étendue de 3 à 7 centimètres pour une petite cavité n'ayant que 6 à 8 centimètres carrés de surface.

De ces considérations découle cette conclusion qu'il faut avant d'opérer se rendre exactement compte de l'étendue et de la forme de la cavité purulente. Pour ce faire, il faut explorer cette cavité comme on explore la vessie en se servant de sondes de courbures variées; une bougie Béniqué, que l'on peut courber à volonté, est un excellent instrument. En rapportant extérieurement sur le thorax les dimensions trouvées par l'instrument, on peut dessiner l'étendue et la forme de la cavité pleurale. On peut alors agir en connaissance de cause. Les injections, la percussion, l'auscultation des malades fournissent à l'opérateur des renseignements bien moins précieux que le moyen préconisé par M. Bouilly.

La seconde cause d'insuccès de la thoracoplastie réside dans les modifications de la plèvre. Cette membrane, en dehors bien entendu de son envahissement par la néoplasie tuberculeuse, cas très défavorable à l'opération, subit souvent, dans les pleurésies les plus franchement aiguës, un degré d'épaississement considérable qui lui communique la rigidité du cartilage. Dans ces cas, l'opération d'Estlander serait insuffisante, il faut la compléter par l'ablation des tissus indurés. C'est ce qu'a fait M. Bouilly chez un de ses malades opéré pour la deuxième fois au commencement de ce mois d'octobre, deux ans après sa première opération. Après avoir réséqué à nouveau la sixième et la septième côte dans une petite étendue, et enlevé 5 centimètres de la huitième et de la neuvième côtes, il abrasa à coups de ciseaux et de bistouri boutonné la plèvre pariétale, épaissie et dure comme du cuir. La destruction de cette paroi conduisit dans une cavité large et profonde, qui fut bourrée de gaze iodoformée. Les parois de cette cavité bourgeonnent vigoureusement depuis, et il n'est pas douteux que la guérison soit définitive et rapide.

M. *Verneuil* n'a pas fait l'opération d'Estlander, mais il est prêt à la pratiquer à la première occasion, lorsque son indication sera bien précise. D'abord la résection costale ne doit être appliquée ni aux tuberculeux, ni aux malades trop âgés. En second lieu, on ne doit pas se hâter d'y avoir recours, parce que ses succès thérapeutiques ne sont pas certains, et qu'en elle-même l'opération présente quelques dangers. Avant d'en venir à enlever les arcs costaux, on doit employer des procédés plus simples et très souvent efficaces. Par exemple, le débridement du trajet fistuleux au thermocautère ou au bistouri, le drainage peuvent suffire à la guérison. M. Verneuil, entre autres observations à l'appui de son opinion, cite le cas de M. Le Dentu, chez lequel il a fait en somme une opération analogue à celle de la fistule à l'anus. En effet, le trajet a été ouvert, la paroi costale analogue à la vaginale atteinte d'hématocèle a été réséquée, toute la cavité a dès lors bourgeonné et s'est rapidement comblée.

M. Verneuil ne croit pas que l'exploration de la cavité pleurale à l'aide d'une sonde donne des renseignements exacts; le cas de M. Le Dentu le confirme dans cette opinion. Après l'ouverture du trajet, la cavité apparut dans des conditions différentes de celles révélées par le cathétérisme. Les injections, en donnant la mesure des dimensions de la cavité, sont préférables, car ce qu'il importe surtout dans le choix du procédé opératoire, c'est l'étendue de la cavité suppurante.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

M. Mathias Duval: Segmentation de l'ovule sans fécondation. — Variations nycthémérales de la température : M. Maurel. — Déshydratation des tissus par les anesthésiques: M. Dubois. — Organe visuel des êtres unicellulaires : M. G. Pouchet (Discussion : M. P. Bert). — Anastomoses de l'hypoglosse et rôle de sa branche descendante: M. Wertheimer. — La rage et son traitement: M. P. Gibier. — Démission de M. Bert, président perpétuel.

M. *M. Duval* insiste sur l'importance d'un fait qu'il a constaté lui-même et que d'autres avaient déjà observé, à savoir la segmentation, c'est-à-dire le commencement du développement, d'un œuf non fécondé. D'après ses recherches, ce développement arrive à peine jusqu'à la production d'un double feuillet blastodermique, mais il va jusqu'à la production d'une cavité de segmentation. L'action des spermatozoïdes n'est donc pas indispensable pour déterminer la segmentation; elle est seulement nécessaire pour que cette segmentation se poursuive jusqu'à la production des organes dérivés des feuillets blastodermiques. Ces faits sont très généraux; on les retrouve chez les invertébrés, les vertébrés jusqu'à l'espèce humaine inclusivement (Morel, de Strasbourg, 1864).

— M. *Maurel* adresse un travail détaillé sur les conditions des variations nycthémérales de la température. Ses principales conclusions sont les suivantes:

1° On peut, à volonté, déplacer le maximum de la température nycthémérale et le faire passer du soir au matin et réciproquement. Il suffit, pour cela, de modifier les conditions d'existence de l'animal; ce maximum de température varie de 0°,5/10 à 0°,9/10; trois influences concourent à le produire: les repas, l'éclairage, le mouvement. De ces trois influences, celle du repas est la plus importante.

— M. *P. Dubois*, poursuivant ses recherches sur la déshydratation des tissus par le chloroforme, l'éther et l'alcool, a obtenu sur des plantes de la famille des Crassulacées, par les vapeurs de chloroforme, une déshydratation assez évidente pour que l'expérience puisse être répétée dans un cours et que son résultat puisse être fixé par la photographie.

La quantité d'eau éliminée est en partie remplacée par du chloroforme, de l'éther ou de l'alcool, suivant l'agent employé. M. Dubois tire de ses expériences des applications à la théorie de l'arrêt de la germination, de la perte des mouvements de la sensitive, etc., etc.

— M. *Wertheimer* adresse une Note sur les anastomoses de l'hypoglosse avec les nerfs cervicaux et sur l'origine et le rôle de sa branche descendante.

C'est sur ces derniers points qu'il insiste particulièrement, en établissant par des dissections et des expériences que l'hypoglosse lui-même entre pour une part très importante dans la constitution de la branche descendante, considérée en général comme la continuation de filets anastomotiques cervicaux; les filets que fournit cette branche vont animer les muscles sous-hyoïdiens et déterminer l'abaissement de l'os hyoïde; si l'on n'obtient pas le même effet en excitant l'hypoglosse lui-même, c'est qu'il est marqué par l'action prédominante des muscles propres de la langue (critique des résultats de Wolkmann).

M. *G. Pouchet* a recherché la signification de certaines granulations, d'aspect particulier, que présentent, en un point déterminé de leur masse, des êtres unicellulaires appartenant au groupe des Péridyniens. Ces granulations forment une tache pigmentaire noire en arrière de la région dite buccale; elles sont accolées à un corps hyalin, transparent, brillant, disposé en forme de gourde. Quand on soumet l'être qui les porte à un certain degré de compression, on fait sourdre de

cette espèce de gourde une goutte transparente; la paroi reste plissée.

Il paraît logique de considérer tout cet ensemble comme un appareil oculaire, d'autant mieux que la direction prise par l'être unicellulaire quand il se meut, correspond toujours à l'orientation de cet organe. Cette opinion a du reste été déjà émise et M. Pouchet apporte en sa faveur des arguments précis, tirés d'observations histologiques, depuis longtemps poursuivies.

M. *P. Bert* fait remarquer qu'un grand nombre de faits fournis par l'anatomie et la physiologie comparées, permetmettent de se demander si l'appareil étudié par M. Pouchet ne serait pas, au lieu d'un organe visuel, un producteur de lumières.

— M. *P. Gibier*, en déposant sa thèse sur la rage et son traitement, en rappelle les principales conclusions.

— M. *Paul Bert*, président perpétuel, prononce l'allocution suivante :

Messieurs, l'ordre du jour est épuisé. Mais avant de lever la séance, je dois faire à la Société une communication pour moi fort intéressante.

Lorsque vous m'avez fait l'honneur insigne de m'appeler à remplacer à ce fauteuil notre illustre maître Claude Bernard, j'ai dû, suivant la lettre de nos statuts, de notre constitution pratiquement irrévisable, accepter le titre de président *perpétuel*. Mais, en vous remerciant, j'ai déclaré que je n'étais pas partisan de ces mandats viagers donnés à un homme, de ces vœux perpétuels contractés par une assemblée, de ces inamovibilités qui suppriment les responsabilités. Et j'ai annoncé qu'un jour je vous appellerais à vous prononcer à nouveau, et vous rendrais toute votre liberté.

Ce jour me paraît arrivé, au début de cette année nouvelle. Je viens donc vous donner ma démission de président perpétuel. C'est là une nouvelle manière de vous témoigner le prix que j'attache à la libre possession d'un titre si justement honoré.

Car ce n'est pas un mince honneur que de présider une Société à laquelle sont apportées les prémices de toutes les découvertes qui se font en ce pays dans l'histoire des êtres vivants. Cet honneur, j'ai essayé de le reconnaître non seulement par le respect des opinions de tous et la direction impartiale de vos discussions, mais encore par mon assiduité au fauteuil. Et quelques-uns de vous se rappellent peut-être qu'après un intervalle d'absence commandé par les nécessités de la politique, rendu à la liberté le 26 janvier 1882, je revenais le 28 reprendre possession de la présidence effective.

Il me semble que vous comprenez assez ce que j'éprouve en ce moment pour qu'il soit inutile d'exprimer par de longues paroles mon émotion et ma gratitude. Elles sont également sincères et profondes. Et, pour tout dire en un mot, en résignant ici la perpétuité de ma présidence, je vous assure, quoi qu'il arrive, de la perpétuité de ma reconnaissance.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. DELPECH.

Micrococcus de la blennorrhagie. Traitement par les injections de sublimé: M. C. Paul (Discussion: MM. Martineau, E. Labbé, Moutard-Martin, Dujardin-Beaumetz, Duhomme).

M. *C. Paul* présente la thèse inaugurale d'un de ses élèves, M. le docteur *Chameron*, sur *le traitement de la blennorrhagie, considérée comme affection parasitaire, par les injections au bichlorure de mercure au 1/20 000ᵉ*. Il rappelle, à ce propos, que des Leçons ont été faites, au mois de mai dernier, sur le même sujet, par M. Martineau, à l'hôpital de Lourcine. Depuis longtemps, on a recherché et décrit des parasites dans le pus de la blennorrhagie; Donné, en 1884, Jousseaume, en 1863, ont signalé la présence d'organismes inférieurs dans l'écoulement gonorrhéique, mais ces parasites n'avaient rien de spécifique. Plus tard Hallier, en 1872, a découvert un micrococcus dans le pus de la chaude-pisse; il a été observé par Bouchard en 1878, et Neisser, en 1879, a donné une description complète de ce microbe, auquel il a assigné le nom de gonococcus. Mais jusqu'ici aucune culture n'a été tentée suivant la méthode de Pasteur et l'on n'a pu démontrer que le gonococcus satisfasse aux trois conditions nécessaires pour établir la spécificité d'un microbe : 1° trouver cet élément vivant dans l'organisme du malade; 2° l'isoler par des cultures successives; 3° reproduire la maladie première par l'inoculation des microbes isolés par la culture. M. C. Paul a recueilli du pus blennorrhagique dans des tubes effilés à la lampe et flambés, avec toutes les précautions formulées par Pasteur pour ce genre de recherches, et a reconnu dans le liquide l'existence du micrococcus colorable par le bleu de méthylène, le violet de gentiane ou le violet de méthyle. On peut constater, avec un grossissement de 750 à 800 diamètres ou encore en employant un appareil à immersion, et surtout en recourant à l'éclairage d'Abbé, un grand nombre de petits points bleu foncé situés dans les cellules épithéliales; ce sont les microcoques caractéristiques. Quelques observateurs ont affirmé que le micrococcus se rencontrait dans les cellules de pus, ou libre dans l'intervalle des cellules, mais M. C. Paul l'a constamment observé par groupes de huit à dix à l'intérieur des cellules épithéliales. Il a réussi à obtenir des cultures successives de ce microbe dans le bouillon de veau préparé et stérilisé par le procédé Pasteur; le liquide devient trouble au bout de quarante-huit heures, et, après quatre jours, renferme une quantité considérable de microcoques animés de mouvements browniens. Peut-être pourrait-on établir une relation entre cette durée du développement et de la prolifération du microbe, et la période d'incubation de la blennorrhagie qui est également de quatre jours environ. M. C. Paul a constaté que si l'on recueille, après le quatrième jour, pour l'ensemencer de nouveau, une petite portion du liquide de culture, le micrococcus n'offre plus un développement aussi parfait qu'au quatrième jour; il semble qu'il ait eu à souffrir de la diminution des éléments nécessaires à sa vie, dans un milieu où il existe en nombre trop considérable. Si l'on veut utiliser alors le microbe pour des expériences d'inoculation, il faut le *rajeunir*, pour ainsi dire, en le plaçant de nouveau dans du bouillon de culture non appauvri. Des inoculations ont été tentées à Pesth par Bockaï, sur six étudiants de bonne volonté : trois d'entre eux ont eu une blennorrhagie aiguë. Bockart a inoculé un homme atteint de paralysie générale, et dont la mort était attendue de jour en jour : l'inoculation fut positive. Enfin M. C. Paul a également pratiqué l'inoculation d'une goutte du liquide de culture dans l'urèthre d'une femme non atteinte d'affection vénérienne, et chez laquelle une paralysie vésicale persistante, d'origine hystérique, autorisait à tenter une irritation du canal pour réveiller la contractilité du réservoir. Le sixième jour se produisit une uréthrite aiguë, avec cuisson et écoulement purulent; mais toute inflammation disparut au bout de vingt-quatre heures. D'ailleurs, le pus de cette uréthrite n'a été ni ensemencé, ni inoculé; on n'y a pas recherché la présence du microbe. Dans la chaude-pisse, le micrococcus se localise principalement dans toutes les anfractuosités du canal de l'urèthre ou du vagin, et en particulier dans les follicules de la muqueuse; ces follicules lui servent de retraite dans la blennorrhagie chronique et c'est ce qui permet d'expliquer comment une femme ayant des rapports avec deux hommes dans un court intervalle, peut contaminer l'un tandis que l'autre est épargné. D'autre part il est établi que c'est au moment de la plus grande intensité des accidents blennor-

rhagiques que l'écoulement renferme le micrococcus en plus grande abondance.

Leistikow a constaté qu'une solution de sublimé au 1/20000e fait périr le gonococcus et a été conduit naturellement à employer une solution semblable pour le traitement de la blennorrhagie. C'est ce qu'a fait aussi Fantini dès 1861, mais il avait recours à des doses plus fortes. M. C. Paul a essayé les injections au 1/20000e, et M. Chameron a expérimenté le même traitement à l'hôpital du Midi. Ces injections sont absolument inoffensives et ont fourni les meilleurs résultats; vingt malades atteints de blennorrhagie récente ou ancienne ont été guéris par ce procédé et la durée moyenne du traitement a été de sept jours. M. C. Paul adopte la formule suivante : Liqueur de Van Swieten, 10 grammes; eau, 190 grammes. Trois injections par jour. Le malade devra uriner avant chaque injection et se laver ensuite l'extrémité de la verge avec la solution antiseptique. Il insiste sur la nécessité d'employer le liquide *chaud*, afin d'éviter tout spasme du canal s'opposant à la pénétration du sublimé dans toutes ses parties. Il fait remarquer que des injections semblables pourraient être utiles à la suite d'un coït suspect et qu'il serait sans doute avantageux qu'un règlement de police obligeât les maisons de tolérance à posséder une solution de sublimé au 1/20000e pour les lavages et injections prophylactiques.

M. *Martineau* rappelle qu'il a déjà traité ce sujet dans ses Leçons et a exposé la plupart de ces faits dans la séance du 25 juin. Il est heureux d'entendre M. C. Paul affirmer la localisation du micrococcus dans les cellules de l'épithélium; il a lui-même soutenu cette opinion au Congrès de Copenhague, contre les assertions des observateurs allemands qui prétendent avoir rencontré le microbe dans les globules de pus. Du reste, Bouchard a également vu le micrococcus dans les cellules épithéliales. M. C. Paul est à coup sûr le premier qui ait réussi à cultiver le gonococcus; c'est là un point très important dans l'étude de ce parasite. Mais les résultats de l'inoculation semblent moins probants : une uréthrite qui disparaît spontanément au bout de vingt-quatre heures peut-elle être regardée comme une blennorrhagie? — Il rappelle le procédé de traitement qu'il a déjà préconisé contre la folliculite blennorrhagique de la femme (voy. le n° du 27 juin). Mais il a depuis remplacé les injections uréthrales par l'emploi de petits suppositoires de 2 centimètres de longueur, renfermant 4 milligrammes de sublimé, et que l'on introduit avec précaution dans l'urèthre de la femme, où on les abandonne à demeure. On évite ainsi les accidents de cystite qui résultaient parfois de la pénétration des injections de sublimé jusque dans la vessie.

En résumé, au moyen de la cautérisation des follicules avec le galvanocautère, des badigeonnages vaginaux avec la solution de sublimé au 1/500e, et des suppositoires uréthraux, la guérison de la blennorrhagie est constamment obtenue chez la femme en quinze ou vingt jours. — Il a déjà préconisé l'usage d'une solution de sublimé au 1/500e, comme moyen prophylactique dans les maisons de prostitution; mais il est évident que c'est un liquide toxique et qui expose à de graves accidents si, par mégarde, il était confondu avec quelque autre préparation pour l'usage interne. On pourrait peut-être éviter ce danger en colorant la solution, ou en lui communiquant quelque odeur fétide facile à reconnaître.

M. *E. Labbée* rappelle que, dès 1834, les injections de sublimé ont été préconisées par un médecin français dont le nom serait aisément retrouvé. Pour lui, il a essayé les injections au 1/20000e, mais elles ne lui ont fourni aucun bon résultat; il est vrai qu'il les a employées froides.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait observer que dans un ouvrage du docteur Saint-Martin de la Plagne, publié en 1876, la nature parasitaire de la blennorrhagie se trouve indiquée, ainsi que le traitement par les injections de sublimé. — Il n'a retiré aucun avantage des injections au 1/20000e; mais il les avait également prescrites froides. Une conséquence directe de cette méthode, si elle est réellement efficace, sera de remettre en honneur le traitement abortif de la blennorrhagie. Il ajoute que jusqu'ici il n'y a qu'en Belgique où la loi exige dans les maisons de tolérance un liquide antiseptique pour les lotions préventives. Rien de pareil n'existe en France. On pourrait d'ailleurs, ainsi qu'il le fait dans son service, colorer la solution de sublimé avec du coquelicot.

M. *Moutard-Martin* est frappé de la différence considérable dans le titre des solutions proposées par M. C. Paul et par M. Martineau. Si la solution au 1/20000e est suffisamment active contre la blennorrhagie, elle présente l'avantage d'être à coup sûr inoffensive pour le canal de l'urèthre, et d'autre part de posséder un pouvoir toxique assez faible dans le cas d'ingestion résultant d'une méprise.

M. *C. Paul* pense qu'au lieu de détruire les follicules chez la femme avec le galvanocautère on pourrait employer une simple cautérisation avec la teinture d'iode, ainsi que M. Desormaux le pratique chez l'homme au moyen de l'endoscope.

M. *Duhomme* croit qu'il est fort utile de fixer le titre de la solution qu'il convient d'employer, car l'écart est grand entre celui qui est indiqué par M. C. Paul et celui que préconise M. Martineau.

M. *C. Paul* affirme que la solution au 1/20000e détruit le gonococcus et guérit la blennorrhagie chez l'homme.

M. *Martineau* est d'avis qu'on ne peut employer une si faible solution pour la blennorrhagie de la femme. Il faut recourir à une solution au 1/500e.

— A cinq heures trois quarts la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

La transformation des bactéries du charbon en bactéries inoffensives, par M. Buchner. — L'auteur résume ses travaux, qui ont eu leur moment de célébrité, sur cette intéressante question. Il avait été amené par les idées de Nægeli à essayer de modifier par un procédé spécial la virulence du bacille charbonneux. On sait que, suivant Nægeli, l'activité pathogénique d'un microbe dépend non de ses propriétés intrinsèques, mais uniquement de la facilité qu'il trouve à vivre dans le milieu qui lui est fourni. Parti de ce point de vue, Büchner fournissait au *Bacillus anthracis* des milieux de moins en moins favorables, et après une vingtaine de cultures il obtenait quoi? — l'inoffensif *Bacillus subtilis* du foin, bien connu et partout répandu. Inversement, la bactérie du foin ramassée dans un champ quelconque et cultivée dans des liquides de culture appropriés, montre petit à petit une virulence croissante, et finalement possède, non seulement la forme et l'aspect extérieur du microbe charbonneux, mais encore la même action pathogénique.

Ces expériences ont eu, nous le répétons, beaucoup de retentissement, d'autant qu'elles coïncidaient avec les communications de Pasteur au sujet des virus atténués. Klebs prétendit que Büchner avait été trompé par les apparences, qu'il avait opéré sur des cultures adultérées, soit par les bacilles du charbon, soit par ceux du foin. Cette opinion fut plus tard soutenue par Koch et adoptée tacitement par la plupart des hommes qui font autorité en pareille matière. Cependant Köhler avait publié dans sa thèse (Gœttingue, 1881) des résultats favorables aux idées de Büchner. Il cultivait la bactérie du foin dans une solution d'extrait de

viande, puis (après douze cultures) dans du sang de lapin frais et recueilli avec les précautions nécessaires. Après trente cultures (de vingt-quatre heures chacune), il obtint des résultats positifs; des souris et des lapins inoculés avec de petites quantités du microbe cultivé présentèrent des lésions assez marquées.

Dans le présent travail, Büchner maintient tout ce qu'il a publié antérieurement. Il a cependant modifié sa technique — probablement sous l'influence des idées de Pasteur — et il cultive les bactéries du charbon dans des liquides chargés d'oxygène incessamment renouvelé. Büchner a tenté des vaccinations pastoriennes avec ses liquides de culture, et il a obtenu des résultats qui paraissent supérieurs même à ceux que Pasteur a publiés. Aussi propose-t-il de substituer à l'injection des liquides de Pasteur, au moyen de la seringue de Pravaz, l'insertion sous la peau des animaux de petits crayons composés de ses liquides de culture, de glycérine et de gomme adragante.

Il nous semble que les travaux de Büchner n'ont pas été accueillis avec l'intérêt qu'ils méritent. L'accommodation des aspergillus, etc., à la vie intra-organique, la toxicité extrême que ces microbes, habituellement inoffensifs, révèlent dans certaines conditions, ne témoignent-ils pas en faveur de la possibilité d'une transformation? On ne comprend pas toujours, il est vrai, ces bizarreries de la nature; mais est-ce une raison suffisante pour en nier l'existence? (*Archives de Virchow*, t. XCI, p. 410.)

Rapports anatomiques et cliniques de la scrofulose avec la tuberculose, par M. Hipp. Martin.— En s'appuyant principalement sur les faits expérimentaux connus, auxquels il ajoute les résultats de recherches personnelles récentes, M. Martin rattache à la tuberculose toutes les lésions qui constituaient les trois dernières périodes de la scrofule pour Bazin (scrofulides cutanées inflammatoires, caries, tumeurs blanches, abcès froids). Quant aux scrofulides superficielles de la peau et des muqueuses, elles n'appartiennent pas à la tuberculose; elles seraient des manifestations de l'arthritisme héréditaire. Il ne faudrait voir dans la scrofule qu'une expression clinique sans substratum anatomique, puisque toutes les altérations morbides qu'on lui attribue paraissent relever soit de l'arthritisme, soit de la tuberculose. (*Revue de médecine*, octobre 1884.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique thérapeutique, par M. le docteur Dujardin-Beaumetz. Troisième volume. Doin, 1884.

Les deuxième et troisième fascicules de son troisième et dernier volume que nous donne M. Dujardin-Beaumetz, sont consacrés au traitement des maladies générales et des fièvres. C'est dire assez l'intérêt particulier qui s'attache à ces nouvelles études.

Considérant d'abord le sang au point de vue physiologique et thérapeutique, l'auteur nous initie à tous les procédés ayant pour but l'analyse chimique et physique du sang, la numération des globules, l'estimation de leur valeur qualitative, le dosage de l'hémoglobine. L'auteur repousse avec raison toute injection médicamenteuse intraveineuse, montrant combien cette introduction directe d'un médicament dans le courant sanguin est dangereuse en raison des modifications immédiates qu'elle peut faire subir aux éléments sanguins. Il n'en est plus de même quand on veut par cette même voie fournir à l'économie ou au liquide sanguin lui-même un de ses éléments faisant accidentellement défaut. Il s'agit ici des transfusions pratiquées en 1666 et 1667, par Lower, King et Denys (de Montpellier). Après plusieurs alternatives de vogue et de défaveur, la question de la transfusion fut de nos jours sérieusement étudiée. On sait aujourd'hui que la transfusion du sang des animaux à l'homme doit être complètement abandonnée; que l'emploi du sang absolument pur et complet est préférable à l'emploi du sang défibriné et surtout à celui de tous les autres liquides: sérum artificiel, eau ou lait qu'on a successivement proposés. Quant aux différents appareils qu'on a imaginés dans ce but, les meilleurs sont ceux qui mettent plus directement en communication, à l'abri de l'air, la veine du sujet récepteur avec celle du sujet qui fournit le sang.

Les appareils de Roussel, de Dieulafoy, remplissent d'une manière satisfaisante ces conditions maîtresses.

Ajoutons que si de très faibles quantités de sang ont pu dans certains cas rappeler à la vie des sujets anémiés, on sait aujourd'hui qu'il y a d'autres cas où l'emploi de quantités considérables de sang, successivement introduites par des injections répétées, a donné des résultats tout à fait inespérés. A côté de la transfusion se place la question des incisions sanguines, aujourd'hui peut-être trop abandonnées.

Après avoir étudié avec soin les modifications que subit le liquide sanguin à la suite de ces évacuations plus ou moins copieuses, l'auteur conclut que les saignées abondantes, répétées, doivent être définitivement abandonnées, en raison de l'anémie persistante qu'elles déterminent, de la tendance aux dégénérescences graisseuses qu'elles favorisent dans les différents organes.

Il n'en est pas de même des saignées modérées, qui peuvent rendre de grands services dans les cas où il s'agit de prévenir ou de combattre de simples congestions.

Quant aux saignées locales qui agissent à la fois comme révulsifs et comme agents de déplétion limitée, on n'a jamais méconnu les services qu'elles peuvent rendre.

Avant d'aborder le traitement des anémies, M. Dujardin-Beaumetz, selon son habitude, cherche à établir une base solide pour la thérapeutique dans l'étude des altérations du sang constatées chez les malades. Il insiste avec raison sur la nécessité de ne pas appliquer à tous les anémiques un traitement uniforme; de recourir souvent à l'examen du sang pendant la durée de ce traitement. Tout en plaçant le fer au premier rang des médicaments indiqués, il reconnaît que dans beaucoup de cas son action peut être avantageusement secondée et quelquefois suppléée par une médication plutôt hygiénique que pharmaceutique, dans laquelle l'hydrothérapie bien appliquée joue un rôle considérable.

En terminant, M. Dujardin-Beaumetz s'élève contre les hautes doses de fer qu'on fait souvent absorber ou plutôt ingérer aux malades. Il remarque combien ces doses sont disproportionnées à la quantité de fer (2 à 3 grammes environ) que peut contenir la masse du sang; ce chiffre ne s'abaissant jamais de plus d'un quart dans les chloroses les plus aiguës.

L'important n'est donc pas d'avaler une grande quantité de fer, mais de l'assimiler. On constatera cette assimilation par l'examen répété du sang des malades à l'aide des procédés cliniques dont on trouvera l'emploi détaillé dans ce chapitre.

L'histoire des traitements du rhumatisme peut passer au rang d'une pure curiosité scientifique. Il est certain que l'apparition du salicylate de soude dans la thérapeutique a mis au second rang, au moins pour le rhumatisme aigu franc, toutes les médications jusque-là usitées. Il est important toutefois de bien connaître les indications de ce précieux médicament sous peine de courir au-devant d'un échec certain. C'est un point sur lequel M. Dujardin-Beaumetz insiste avec raison. Dans le rhumatisme localisé, dans la forme subaiguë avec douleurs musculaires vagues, dans le rhumatisme génital en particulier, le salicylate de soude perd ses droits.

Bien que l'emploi des hautes doses n'ait pas tous les inconvénients qui lui ont été attribués, il convient de ne pas dépasser les doses de 4 à 6 grammes. L'important est de

s'assurer dès le début du traitement de l'élimination du médicament par les urines. Quand cette élimination n'a pas lieu et qu'il y a altération du tissu rénal, le médicament s'accumule et des accidents graves peuvent éclater. Il faut également, la disparition des douleurs une fois obtenue, continuer pendant une quinzaine de jours l'administration du salicylate à demi-doses et revenir aux doses initiales au moindre retour attentif. Les manifestations externes du rhumatisme sont plutôt tributaires du traitement externe. On sait aujourd'hui quels succès inespérés a donné l'emploi des bains froids dans la forme si redoutable du rhumatisme cérébral.

Bien que les indications ne soient pas les mêmes dans le traitement du rhumatisme chronique et surtout de la goutte, le salicylate de soude mérite encore ici une place honorable. L'administration de petites doses du médicament, prolongée pendant des mois et même des années, avec quelques intermissions, constitue un traitement encore peu connu, mais qui mérite, si j'en crois des expériences personnelles, d'être sérieusement étudié.

Rien de nouveau sur le traitement du diabète. L'hydrogène y tient toujours la première place. Les alcalins, l'arsenic et le bromure de potassium sont les médicaments sur lesquels on peut faire le plus de fonds. Il importe d'avoir à sa disposition un moyen pratique de doser la quantité du sucre contenu dans l'urine. Le procédé très simple de Duhomme mérite la faveur dont il jouit aujourd'hui.

On sait avec quel bizarre acharnement on combat encore de nos jours le traitement mercuriel de la syphilis. M. Dujardin-Beaumetz n'a pas de peine à faire justice de ces critiques.

Ici comme toujours et partout la médication doit être instituée avec opportunité et surveillée avec soin. Si l'on avait besoin d'une nouvelle preuve de son efficacité, on la trouverait dans les remarquables succès obtenus dans les cas rebelles par les injections de peptones mercuriels que M. le docteur Macdriseau a pratiquées depuis plusieurs années à Lourcine et ailleurs.

La fin des leçons de *clinique thérapeutique* est consacrée au traitement des fièvres. Nous avons lu avec grand intérêt tout ce qui concerne la physiologie pathologique de la fièvre et l'exposé critique des diverses théories qui en ont été données. De ces appréciations découlent naturellement les nombreuses méthodes thérapeutiques instituées dans les différentes variétés de fièvre. En ce qui concerne particulièrement la fièvre typhoïde, il convenait de faire une étude sévère de la médication réfrigérante sur laquelle les avis sont encore partagés. M. Dujardin-Beaumetz n'y a pas manqué et a reproduit les objections qui ont été si justement faites à l'application exclusive de cette méthode dans tous les cas de fièvre typhoïde et surtout à son application prématurée, alors que le diagnostic n'est pas encore assuré. Cette objection est capitale et n'a jamais été sérieusement réfutée. La formule rigoureuse, mathématique, de la méthode de Brand, ne nous paraît pas acceptable. Appliquée prématurément, elle est inutile et peut-être dangereuse. Quand on attend pour instituer la médication que le diagnostic soit établi, les résultats sont comparables à ceux des autres méthodes thérapeutiques et quelquefois moins favorables.

Le traitement des fièvres intermittentes, celui des fièvres éruptives, font le sujet des deux dernières leçons.

Nous ne terminerons pas l'analyse de cette importante publication sans féliciter l'auteur de l'énergie avec laquelle il l'a poursuivie pendant cinq années, et du succès bien mérité qu'elle a obtenue.

B.

VARIÉTÉS

L'ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE.

Nous apprenons que M. le docteur Mathieu, professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce, vient d'être nommé médecin en chef de l'hôpital militaire de Lyon en remplacement de M. le docteur Paulet, promu au grade d'inspecteur. Déjà il y a quelques mois, M. le docteur Vallin avait été, par une décision ministérielle non moins regrettable, enlevé à ses fonctions de professeur pour être nommé à un poste exclusivement militaire. On alléguait alors, comme excuse, que M. Vallin était depuis plus de dix ans professeur au Val-de-Grâce et qu'un règlement ancien, remis en vigueur par la direction du service de santé, interdisait aux professeurs de l'Ecole du Val-de-Grâce plus de dix années d'enseignement. M. le docteur Mathieu n'ayant point atteint ses dix années réglementaires, et la même excuse n'étant plus acceptable, on déclare aujourd'hui que le professorat du Val-de-Grâce est un *emploi* comme un autre et que le ministre de la guerre est en droit d'*employer*, comme il le juge utile à l'intérêt du service militaire, tous les médecins de l'armée. A cet argument nous n'avons rien à répondre. Mais nous essayerons de montrer, dans un prochain article, que la décision qui vient d'être prise a pour résultat de ruiner l'enseignement donné au Val-de Grâce et de porter à la légitime autorité dont jouissait cette Ecole, jadis si célèbre, un coup dont elle aura grand'peine à se relever. La lutte sourdement menée depuis plusieurs années contre tous ceux qui dans le Corps de santé — qu'ils en soient les chefs respectés ou les jeunes aides-majors — se sont élevés par le travail scientifique et l'autorité morale que donnent des titres à l'estime du monde savant, s'affirme aujourd'hui. Nous aurons à examiner à qui peut profiter cet abaissement systématique du niveau intellectuel des médecins de l'armée.

L. L.

ENCORE L'INTERNAT DES FEMMES.

Personnellement, je ne sens nul besoin de revenir sur cette question; mais comme, aux yeux de quelques personnes, je l'aurais étendue outre mesure en la rattachant à celle, plus générale, de l'émancipation de la femme, et en montrant la filière logique qui mène de l'internat aux plus hautes fonctions de la médecine et même de la politique, je suis bien aise de signaler dans la *Revue scientifique* du 25 octobre un article étendu de M. le docteur Pozzi, esprit ouvert et peu enclin aux idées routinières. Après d'excellentes considérations concernant les empêchements inhérents à la *condition du sexe* (sur laquelle j'ai moi-même insisté en d'autres circonstances), examinant « les conséquences légitimes du principe en vertu duquel on demande actuellement un prétendu progrès », M. Pozzi écrit:

Si, au nom d'une logique étroite, on franchit les limites imposées par la nature elle-même, il faut pousser cette logique jusqu'au bout — et le moindre de mes arguments n'est pas cette démonstration par l'absurde. — D'internes, les femmes pourront devenir chefs de clinique, puis chefs de service et juges des concours. Ce n'est pas tout : fortes d'une invincible analogie (qu'elles invoquent déjà), elles exigeront l'entrée d'autres carrières; elles demanderont non seulement le *titre* de licencié en droit, ce qu'on ne peut leur refuser, mais encore les *fonctions* d'avocat, d'avoué, de magistrat, ce qui est plus contestable.

Que dis-je? Que pourront objecter mes contradicteurs à celles qui, s'en croyant la vocation, désireront concourir pour entrer dans les Ecoles du gouvernement, Ecoles normale, polytechnique, forestière, Saint-Cyr même?

Dira-t-on que l'obligation du casernement le leur interdit? Mais la salle de garde n'est pas un obstacle quand il s'agit de femmes internes, et, du reste, qu'est-ce qui empêchera d'avoir pour ces

élèves un dortoir spécial ? Ce serait s'arrêter à bien peu de chose pour une si grande réforme.

J'ai nommé l'Ecole militaire : ce n'est point par entraînement de plume. En vertu de quel principe (autre que celui dont vous niez la valeur), empêcherez-vous une femme patriote de s'engager? N'a-t-on pas l'exemple des cantinières, des déguisements si fréquents dans toutes les guerres, pour prouver que la femme est apte au service militaire le plus dur? Exception! vous écrierez-vous. — Admettez-vous donc la femme interne autrement que comme exception ? Il en sera de même du guerrier féminin. Objectera-t-on les grossesses éventuelles? Mais ne pourra-t-on pas les assimiler à une infirmité temporaire, provoquant un simple congé de maladie et de convalescence? Et, du reste, pourquoi ces Amazones modernes ne seraient-elles pas chastes comme celles de l'antiquité?

Je ne parle pour mémoire que du droit de la femme au vote et à l'éligibilité; c'est à vrai dire le premier pas qui aurait dû être fait dans la voie où vous nous engagez.

En vain essayerait-on de retarder cette juste revendication, en arguant de l'absence du service militaire? Qui ne sait que les hommes déclarés impropres à ce service ont malgré cela le droit de voter et d'être élus?

La logique qui ferait la femme interne ferait la femme député.

La femme polytechnicienne, forestière, fantassine ou dragonne, je n'avais pas été jusque-là!

A. D.

P. S. Lundi dernier, le Comité de l'Association amicale des internes des hôpitaux de Paris s'est réuni pour la troisième fois chez M. Hardy, président de l'Association, et a décidé à l'unanimité qu'il y avait lieu de combattre, par tous les moyens, l'admission des femmes à l'internat. Le lendemain, une démarche a été faite dans ce sens près du préfet de la Seine par M. Hardy, accompagné de MM. Moutard-Martin et Nicaise, représentant au Conseil de l'Assistance publique les médecins et les chirurgiens des hôpitaux. Nous croyons savoir que M. Poubelle a annoncé l'intention de suspendre la décision qu'il se proposait de prendre. Toutefois il y a lieu de craindre que son avis personnel ne soit pas favorable au vœu qui lui était exprimé.

FACULTÉS DE MÉDECINE.

Les délégués des Facultés de médecine viennent de se réunir à Paris pour y discuter divers sujets concernant l'organisation actuelle. L'initiative de cette réunion, tout officieuse d'ailleurs, puisque l'inspecteur général de la médecine et les délégués des Facultés au conseil supérieur de l'instruction publique ont été créés dans le but spécial d'accueillir et de soumettre au ministre les vœux de ce genre, a été prise par la Faculté de Bordeaux. La première réunion a eu lieu le 20 octobre dernier à la Faculté de médecine de Paris, salle des thèses. Elle était présidée par M. Béclard, doyen de la Faculté de médecine de Paris. Etaient présents :

Paris : MM. Brouardel, professeur, et Terrillon, agrégé.

Montpellier : MM. Moitessier, professeur, et Hamelin, agrégé.

Nancy : MM. Heydenreich, professeur, et Spillmann, agrégé.

Bordeaux : MM. Bouchard, professeur, et Rondeau, agrégé.

Lyon : MM. Gayet, professeur, et Bar, agrégé.

La Faculté de Lille s'était abstenue.

Ainsi composée, la délégation a décidé de demander immédiatement, vu l'urgence, la modification du décret du 20 août 1882, concernant les suppléances. Nous avons déjà fait remarquer jadis que, par suite de ce décret, un professeur malade perd, pendant un an, la presque totalité de son traitement. Ainsi un professeur de quatrième classe, dont le traitement régulier est de 6000 francs, doit donner 5500 francs à son suppléant, plus 300 francs pour retenue afférente à la retraite. Il ne lui reste donc, s'il prend *régulièrement* un suppléant, que 200 francs par an.

Voici la modification demandée; on ajouterait à l'article 2 du décret :

« Dans les Facultés de médecine, la retenue ne pourra excéder la somme qui, ajoutée au traitement de l'agrégé, constitue un traitement minimum de professeur de quatrième classe. »

Autre modification :

« Le titulaire peut se faire suppléer aux examens en abandonnant sur son traitement la moitié d'une suppléance complète. »

« La durée de chaque suppléance (qui, d'après le décret précité, doit être d'une année entière) est fixée par le ministre après avis de la Faculté. »

La délégation a également émis le vœu que « les professeurs et agrégés des Facultés mixtes soient mis aussitôt que possible sur le même pied que leurs collègues des Facultés de l'Etat ».

La division des professeurs en QUATRE *classes* dans les Facultés de médecine est une mesure qui a été aussi vivement critiquée par les délégués. Ces classes, si nombreuses pour un personnel restreint, établissent entre des collègues qui exercent les mêmes fonctions et au même titre des différences en désaccord avec cette situation. La quatrième classe place le professeur dans des conditions qui peuvent nuire au recrutement du corps enseignant. On a exprimé le vœu que ces classes soient réduites à deux pour les Facultés de province, ainsi que cela existe pour la Faculté de Paris.

Restait la question d'avancement, qui se fait au choix, ce qui ouvre la porte à la faveur, la question de limite d'âge, de retraite plus convenable, etc. Ces questions, fort délicates à résoudre, ont été réservées pour une seconde réunion. Un autre vœu, accepté également, a été formulé dans les termes suivants :

« Participation *effective de tous les agrégés* à l'enseignement sous forme de travaux pratiques, cours, annexes, conférences. »

Enfin la délégation a émis le vœu que la *personnalité civile* soit accordée aux Facultés de médecine. Les Facultés pourraient ainsi disposer d'un capital considérable pour la création de prix, pour un enseignement nouveau, etc.

Beaucoup de questions restaient à l'ordre du jour : constitution des Universités de province; concours d'agrégation; leur siège; modifications à y apporter. Toutes ces questions vont être étudiées par les commissions locales, et la discussion générale reprendra à Paris en *mars prochain*.

Nous nous bornons pour aujourd'hui à signaler cette réunion, les vœux qu'elle a émis, les travaux ultérieurs qu'elle annonce. Toutes ces questions méritent d'être sérieusement étudiées avant d'être complètement et définitivement résolues. Certes les règlements actuellement en vigueur nécessitent de nombreuses réformes; mais celles-ci devront être discutées par les Facultés elles-mêmes, puis par le Conseil supérieur de l'instruction publique, avant d'avoir chance d'être adoptées. A ce point de vue, les enquêtes relatives à l'enseignement supérieur faites par le regretté A. Dumont, et publiées par l'Imprimerie nationale l'année dernière, fournissaient aux délibérations du Conseil supérieur des documents d'une utilité et surtout d'une autorité incontestées. Il serait donc utile que la réunion officieuse des délégués des Facultés de médecine se préoccupât de faire imprimer sous forme de mémoire le résumé de ses délibérations, et développât les motifs qui lui ont fait adopter les vœux qu'elle a formulés. Ces vœux, soumis au vote de toutes les Facultés réunies en séance plénière, seraient alors soumis, avec infiniment plus de chances de succès, aux délibérations du Conseil supérieur et à l'approbation du ministre.

CHOLÉRA. — Dans la ville de *Perpignan*, où l'épidémie n'est pas tout à fait éteinte, il y a eu depuis le commencement 195 décès, dont 82 hommes, 93 femmes et 20 enfants.

Pour *Yport* et *Oran* (voy. ci-dessous les *tableaux hebdomadaires*). M. le docteur Gibert (du Havre) assure, dans une lettre publique, que les premiers cholériques d'Yport étaient connus pour leur intempérance.

— En *Italie*, la mortalité cholérique est presque nulle; elle est descendue, à Naples, à 5 ou 6 par jour.

— En *Espagne*, on n'annonce rien de nouveau. On sait que le cordon sanitaire des Pyrénées est supprimé. La population de Puycorda a fait à cette occasion une démonstration de joie à Bourg-Madame.

Voici les deux *tableaux hebdomadaires* publiés dans le *Journal officiel* par le *bureau de police sanitaire et industriel :*

1° *Tableau du 11 au 17 octobre inclusivement.*

Ardèche, arrondissements de Privas, 1; de Largentière, 1. — *Aude*, arrondissement de Carcassonne, 1. — *Bouches-du-Rhône*, arrondissements de Marseille, 9; d'Aix, 1. — *Gard*, arrondissements de Nîmes, 2; d'Alais, 3. — *Hérault*, arrondissement de Béziers, 1. — *Pyrénées-Orientales*, arrondissement de Perpignan, 4. — *Seine*, arrondissements de Paris, 1; de Saint-Denis, 3. — *Var*, arrondissement de Toulon, 4. — *Algérie* (Oran), 52.

2° *Tableau du 18 au 24 octobre.*

Bouches-du-Rhône, arrondissement de Marseille, 7. — *Gard*, arrondissements d'Alais, 1; du Vigan, 2. — *Pyrénées-Orientales*, arrondissements de Perpignan, 1; de Prades, 1. — *Seine*, arrondissement de Saint-Denis (Aubervilliers), 2. — *Seine-Inférieure*, arrondissement du Havre (Yport), 3. — *Var*, arrondissement de Toulon, 1. — *Algérie* (Oran), 45.

— Le *Journal officiel* du 29 octobre publie un rapport adressé par M. l'inspecteur général Proust à M. le ministre du commerce *sur la prophylaxie sanitaire maritime* des maladies pestilentielles exotiques. Le défaut d'espace nous empêche de nous en occuper aujourd'hui.

ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE. — L'École d'anthropologie ouvrira le samedi 8 novembre 1884, à quatre heures, au siège de la Société d'anthropologie, 15, rue de l'École-de-Médecine. Les cours se succèderont dans l'ordre suivant :

M. de Mortillet : Anthropologie préhistorique, le lundi à quatre heures, à partir du 10 novembre. — M. Blanchard : Anthropologie biologique, le lundi à cinq heures, à partir du 17 novembre. — M. Topinard : Anthropologie générale, le mardi à quatre heures, à partir du 18 novembre. — M. Dailly : Ethnologie, le mercredi à quatre heures, à partir du 12 novembre. — M. Hervé : Anthropologie zoologique, le mercredi à cinq heures, à partir du 12 novembre. — M. Mathias Duval : Anthropologie zoologique, le vendredi à cinq heures, à partir du 14 novembre. — M. Hovelacque : Anthropologie linguistique, le samedi à quatre heures, à partir du 8 novembre. — M. Bordier : Géographie médicale, le samedi à cinq heures, à partir du 15 novembre.

HÔPITAL DES ENFANTS MALADES (149, rue de Sèvres). — M. le docteur Descroizilles commencera ses leçons de pathologie et de clinique infantiles le vendredi 7 novembre, à neuf heures, à l'amphithéâtre, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure. Examen des malades avant la leçon, salle Saint-Augustin. — Le mardi, à la consultation, conférence de thérapeutique.

COURS D'ACCOUCHEMENTS. — M. le professeur Doleris, chef de clinique d'accouchements, commencera son cours d'accouchements théorique et pratique le lundi 10 novembre. — Ce cours est complet en deux mois. On s'inscrit 89, rue d'Assas.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Des concours seront ouverts devant la Faculté de médecine de Nancy, le 15 juin 1885, pour un emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle, et le 1er juin 1885 pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à cette École. Un troisième concours pour un emploi de chef des travaux chimiques et physiques s'ouvrira le 1er juillet 1885 à l'École de Reims.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE. — M. le docteur Richard, professeur agrégé d'hygiène à l'École du Val-de-Grâce, vient d'être nommé auditeur du Comité consultatif d'hygiène, ce qui porte à cinq le nombre de ceux-ci.

ÉCOLE ET HÔPITAL DENTAIRES DE PARIS. — Directeur, M. le docteur Th. David. (Année scolaire 1884-1885.) — La cinquième séance annuelle d'inauguration des cours et la distribution des récompenses ont eu lieu le jeudi 30 octobre, à huit heures du soir, dans le local de l'école, 25, rue Richer, sous la présidence de M. Paul Bert. — La réouverture des cours aura lieu le lundi 3 novembre.

CAISSE DES PENSIONS DE DROIT DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS. — Le dernier numéro du *Concours médical* annonce que le 19 octobre dernier le projet du docteur Lande a été adopté par une réunion de médecins qui a déjà recueilli deux cents adhésions. Dans cette séance ont été institués : 1° un comité directeur, dont le président est M. le docteur Dujardin-Beaumetz; le vice-président, M. H. Huchard, et le secrétaire général, M. le docteur Lande; et 2° un comité de dix-huit censeurs sous la présidence de M. le docteur Cézilly et la vice-présidence de M. le docteur de Ranse. Nous aurons prochainement l'occasion de revenir sur cette question.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. le docteur J.-F. Duval, médecin en chef de l'hôpital d'Arles, tué par un accident de voiture le 25 octobre dernier. Frère de notre affectionné confrère le docteur Mathias Duval, il était lui-même un médecin des plus distingués, et il venait, au moment où la mort l'a surpris, de rendre de signalés services pendant la dernière épidémie cholérique. Nous nous associons à la douleur de sa famille et de ses amis.

— On annonce aussi la mort prématurée de M. le docteur A.-C. Faucon, professeur de clinique chirurgicale de la Faculté libre de médecine de Lille, ancien médecin militaire, correspondant de la Société de chirurgie. Après des débuts très brillants à l'École du service de santé militaire, M. Faucon avait accepté les fonctions qu'il remplissait avec distinction à la Faculté libre de Lille. Il avait publié plusieurs ouvrages de chirurgie très intéressants. Il meurt à l'âge de quarante-deux ans.

— Nous annonçons enfin la mort subite du docteur Guilland père (d'Aix-les-Bains), l'un des confrères les plus méritants de la région par le caractère comme par l'esprit. Il laisse un fils digne de porter son nom. — Du docteur Charles-Claude Bernard, médecin de colonisation à Bordj-bou-Arreridj, département de Constantine. — De M. le docteur Carré, ophthalmologiste, qui a succombé à l'âge de quarante-deux ans et de M. le docteur Crombie. (Voy. au *Feuilleton*).

MORTALITÉ A PARIS (42e semaine, du 10 au 16 octobre 1884). — Fièvre typhoïde, 15. — Variole, 1. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 31. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 35. — Phthisie pulmonaire, 218. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 53. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 52. — Bronchite aiguë, 19. — Pneumonie, 52. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 39; au sein et mixte, 36; inconnu, 5. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 93; de l'appareil circulatoire, 63; de l'appareil respiratoire, 77; de l'appareil digestif, 62; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 3. — Morts violentes, 34. — Causes non classées, 6. — Total : 969.

MORTALITÉ A PARIS (43e semaine, du 17 au 23 octobre 1884). — Fièvre typhoïde, 22. — Variole, 0. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 24. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 40. — Phthisie pulmonaire, 229. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 59. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 49. — Bronchite aiguë, 12. — Pneumonie, 44. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 42; au sein et mixte, 40; inconnu, 10. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 97; de l'appareil circulatoire, 59; de l'appareil respiratoire, 82; de l'appareil digestif, 56; de l'appareil génito-urinaire, 24; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 6. — Morts violentes, 28. — Causes non classées, 11. — Total : 979.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) et divers documents intéressant le public médical.

Paris, 6 novembre 1884.

La thérapeutique antiseptique. — Ses applications au traitement de la fièvre typhoïde.

Il y a quelques années (*Gazette hebdomadaire*, 1880, p. 737), appréciant l'introduction générale que M. le professeur Ch. Bouchard venait d'écrire en tête du traité de thérapeutique de Nothnagel et Rossbach, nous avions cherché à préciser quels devaient être les principes et les méthodes de la thérapeutique contemporaine. Nous disions alors : « La thérapeutique n'est pas assez avancée pour qu'on puisse entrevoir sa constitution définitive; mais, à la condition d'adopter tous les faits acquis jusqu'à ce jour et de réserver une place à ceux que l'avenir nous révélera, on peut poser les bases de cette rénovation scientifique. C'est par un sage éclectisme que l'on arrivera au but. M. Bouchard nous en donne la preuve. De toutes les méthodes thérapeutiques, celle qui s'attaque à la *cause* morbide, la *thérapeutique pathogénique*, devrait, nous dit-il, suffire à poser les indications du traitement. Aidée de la *thérapeutique physiologique*, qui permettrait de les réaliser, elle pourrait devenir le guide exclusif de la pratique médicale si la pathologie était définitivement constituée. Il n'en est rien, tous les médecins le savent, mais, en l'état actuel de nos connaissances, et malgré bien des obscurités, elle doit encore solliciter l'attention et provoquer de nouvelles recherches. C'est ainsi que la thérapeutique des maladies infectieuses et virulentes sera peut-être révolutionnée par les travaux qui tendent à affirmer de plus en plus chaque jour le rôle pathogénique des microbes. » Les savantes études que M. Bouchard a eu la bonne pensée de résumer dans une communication, faite le 14 août dernier, au Congrès médical de Copenhague, confirment les idées doctrinales qu'il avait développées dans l'introduction que nous venons de rappeler. Elles peuvent même, jusqu'à un certain point, en être considérées comme l'application pratique. Il nous a donc paru utile de les analyser avec quelques détails et de montrer non plus seulement que « l'avenir appartient à la thérapeutique pathogénique », mais encore et surtout les progrès qu'aujourd'hui déjà elle a su réaliser.

I

C'est à propos de la thérapeutique antiseptique des maladies fébriles et, en particulier, de la fièvre typhoïde que M. Ch. Bouchard expose les résultats des nombreuses recherches physiologiques et cliniques qu'il poursuit depuis plusieurs années. Chacun sait la part active que l'éminent professeur a prise au mouvement scientifique contemporain et les découvertes qu'il a pu faire en étudiant la genèse et l'évolution des vibrioniens considérés comme les agents des maladies infectieuses. Ce qui rend ces découvertes plus méritoires, c'est le soin avec lequel M. Bouchard multiplie les preuves expérimentales des faits qu'il annonce, c'est l'extrême réserve qu'il apporte à la mention de résultats, très probables sans aucun doute, mais dont une expérience positive n'a point encore donné la certitude. Le travail que nous analysons nous en fournit un nouvel exemple. M. Ch. Bouchard croit avoir découvert le microbe de la fièvre typhoïde. Les lignes suivantes le démontrent :

« Il est, dit-il, un bacille dont je poursuis l'étude depuis cinq années, que j'ai toujours trouvé présent dans toutes les humeurs pathologiques de la fièvre typhoïde, à l'exception des sudamina, microbe que je soupçonne être l'agent producteur du typhus abdominal, mais auquel je ne puis attribuer un tel rôle avec certitude, puisque l'ayant introduit dans le tube digestif, dans le tissu cellulaire et dans le sang, chez le cobaye, chez le lapin, chez le chien et chez le cochon, je n'ai jamais réussi à provoquer une maladie comparable à la fièvre typhoïde, et puisque les états morbides que j'ai provoqués ainsi n'ont pas conféré l'immunité aux animaux. Ce microbe se cultive facilement dans le bouillon de bœuf. Sa multiplication est empêchée par le biiodure de mercure à la dose de 2 centigrammes par litre de bouillon, tandis que 3 centigrammes du même sel sont nécessaires pour arrêter la pullulation de la bactérie qui produit l'altération spontanée du bouillon. »

Ainsi ce microbe n'ayant pu provoquer, après inoculation

à divers animaux, une maladie identique à la fièvre typhoïde, notre savant confrère n'hésite pas à déclarer qu'il n'est pas « en état de formuler actuellement un traitement antiseptique régulier et systématique de la fièvre typhoïde ». Mais il ajoute aussitôt, et, nous le verrons plus loin, il démontre qu'il est possible cependant d'agir sur l'agent typhogène, quel qu'il soit; c'est donc par des preuves cliniques et des arguments scientifiques qu'il répond à ses contradicteurs.

Ceux-ci, en effet, persistent à déclarer que les recherches de pathologie expérimentale, voire même les découvertes les plus incontestées, comme celle du bacille tuberculeux, n'exercent aucune influence sur la thérapeutique, ne lui font faire aucun progrès. « En admettant même l'existence des microbes, on dit que l'agent infectieux étant dans l'intimité de l'organisme, il faudra pour l'atteindre imprégner toute l'économie de la substance antiseptique qui impressionnera également les cellules humaines et les cellules de ferment, et qui tuera le malade avant de tuer le microbe. » On proclame également que les médecins qui croient à l'existence des microbes continuent, comme ceux qui les nient, à prescrire les médicaments qui n'ont pour objet que d'améliorer la nutrition générale de l'organisme et devraient s'adresser dès lors, non à l'agent infectieux, mais au malade dont la débilité innée ou acquise a permis le développement du microbe. A cette dernière assertion, M. Bouchard avait déjà répondu, en 1880, lorsqu'il disait : « Si ces agents infectieux peuvent être considérés comme la cause prochaine de nombreuses maladies, beaucoup parmi eux n'arrivent à prospérer dans le tissu vivant qu'à la faveur d'une détérioration préalable de ce milieu; beaucoup cessent d'y végéter quand ce milieu a subi certaines modifications. Ainsi, au-dessus de l'agent infectieux, il convient de reconnaître, d'empêcher ou de provoquer ces modifications générales du milieu vivant qui créent l'aptitude morbide ou qui confèrent l'immunité. » Nous verrons dans un instant que toute la thérapeutique de la fièvre typhoïde, telle que la comprend et l'enseigne M. Bouchard, confirme ces paroles.

Quant au sophisme des pathologistes qui continuent à soutenir qu'il faut tuer le malade pour tuer le microbe, il peut être réfuté par trois arguments : 1° Il est des substances antiseptiques inoffensives pour l'homme et toxiques pour certaines catégories de microbes; ainsi l'oxygène, de même certains sels d'argent, qui, à doses excessivement faibles, empêchent le développement d'un aspergillus; 2° on connaît des maladies (diphthérie, dysentérie, choléra) où l'agent infectieux se trouve, au moins pendant quelque temps, limité exclusivement à la surface de certains organes et pourrait dès lors être atteint directement sans que la substance antiseptique dût, pour y parvenir, imprégner toute l'économie. M. Bouchard rapproche ces observations de celles qui ont fait la fortune de l'antisepsie chirurgicale; 3° enfin et surtout, il ne s'agit nullement, comme on le déclare, de *tuer* tous les microbes infectieux. La médication antiseptique se propose seulement d'entraver leur pullulation, de modifier le milieu dans lequel ils se développent, en un mot de combattre la maladie en empêchant le renouvellement incessant de ces nuées de vibrioniens, « qui, toujours plus nombreux, succèdent à ceux qui se sont usés dans la lutte pour la vie contre les cellules animales ».

Il importait d'en finir une fois pour toutes avec des assertions exclusivement théoriques d'ailleurs, et qui ne résistent pas à un examen sérieux. Telle que la pose M. Bouchard, la question devra être résolue par tous les médecins non prévenus dans un sens conforme à sa doctrine. Les agents infectieux de la fièvre typhoïde, de la tuberculose ou du choléra ne sont pas, chacun le sait, nécessairement féconds. Ils peuvent pénétrer dans l'organisme, s'y reproduire, s'y multiplier localement et ne pas créer immédiatement un danger réel. Pour que la maladie éclate dans toute son intensité, pour qu'elle se généralise, il faut que le terrain soit préparé, que le microbe puisse s'y multiplier rapidement et donner naissance en quelques heures, comme dans le choléra, en quelques jours, comme dans la fièvre typhoïde, en quelques années, comme dans la tuberculose, à d'innombrables légions d'agents infectieux.

Loin de repousser les agents thérapeutiques dont le but est de modifier d'une manière favorable l'organisme humain et de créer ainsi un milieu réfractaire à l'envahissement des microbes, la médication antiseptique affirme donc, au contraire, leur utilité et même, dans certains cas, leur prééminence. Mais, d'autre part, elle a la prétention d'agir plus rapidement et plus efficacement lorsque, malgré l'observance des préceptes hygiéniques ou l'application d'une thérapeutique qui a pour objet de relever le taux de la nutrition générale, la maladie s'est déclarée. Alors, en effet, son but est de modifier accidentellement et rapidement les humeurs et les tissus où l'on sait que les microbes vont évoluer et se reproduire, de créer artificiellement un milieu plus réfractaire encore à leur développement; en un mot, il faut le répéter, non de *tuer* ou de rendre inertes *tous* les microbes qui existent déjà, mais de s'opposer à leur germination incessante. La médication antiseptique a encore un autre résultat non moins utile : « Dans les maladies infectieuses, aiguës, fébriles, l'agent infectieux provoque des altérations anatomiques, des modifications humorales, des troubles de nutrition locaux ou généraux, des désordres fonctionnels, symptômes ou accidents morbides, parmi lesquels il faut citer l'hyperthermie. » Or ces symptômes, ces désordres fonctionnels, il est souvent possible de les modérer, voire même de les entraver sous l'influence des agents antiseptiques. Nous le verrons plus loin en parlant de l'antisepsie intestinale dans la fièvre typhoïde ; mais nous pouvons, dès à présent, faire remarquer que tous les médecins qui ont étudié cette maladie ont observé des phénomènes de putridité ou de résorption putride, et qu'ils désignaient sous les noms de fièvre de résorption secondaire ou de fièvre putride les accidents qui surviennent dans la deuxième période de la maladie. Or, si l'on songe aux désordres pathologiques déterminés par la résorption à la surface de l'intestin des alcaloïdes, analogues aux ptomaïnes dont, en 1882, M. Bouchard a démontré l'existence dans les matières fécales normales; si l'on réfléchit que la plupart des accidents stercorémiques pourraient être évités par l'arrêt des putréfactions intestinales ou la neutralisation et l'élimination des produits de ces putréfactions, on conviendra que les méthodes d'antisepsie, déjà d'ailleurs empiriquement appliquées par divers médecins, peuvent rendre de signalés services.

II

La légitimité de la thérapeutique antiseptique nous semble donc parfaitement démontrée. Associée à d'autres médications, elle a pour effet « d'attaquer la maladie à la fois dans sa cause et dans ses effets ».

Mais pour être utile, cette thérapeutique antiseptique ne doit pas être empirique. Il lui faut, au contraire, s'appuyer sur des expériences physiologiques et cliniques s'accordant

pour démontrer l'influence qu'exercent sur les microbes d'une part, sur l'organisme vivant d'autre part, les médicaments dont elle fait usage. Ce sont ces expériences et ces observations qui donnent à la communication faite par M. Bouchard au Congrès de Copenhague une importance capitale. Nous ne pouvons citer ici, même en les résumant, les recherches qui ont eu pour résultat de démontrer, après des injections intraveineuses, l'*équivalent thérapeutique* de certains médicaments, c'est-à-dire « la quantité de ce médicament comptée par kilogramme du poids de l'animal, qui, injectée dans le sang, ne détermine pas de phénomènes toxiques, mais au delà de laquelle l'intoxication se produirait », non plus que les expériences qui ont établi la quantité de liquides dissolvants qu'on peut sans inconvénients injecter dans les veines. La *Gazette hebdomadaire* a d'ailleurs analysé ces travaux (p. 568) en rendant compte du Congrès de Copenhague. Bornons-nous donc à rappeler qu'elles ont eu pour résultat d'établir que la toxicité d'un produit n'est pas en rapport avec son énergie antiseptique et que dès lors on peut formuler de la manière suivante les règles de la méthode à suivre dans l'étude expérimentale de l'antisepsie interne :

« 1° Rechercher pour une maladie infectieuse déterminée les substances qui se montrent les plus nuisibles au microbe de cette maladie ;

» 2° Choisir parmi ces substances celles qui sont le moins nuisibles à l'homme ;

» 3° Associer le plus grand nombre possible de ces substances suivant leur équivalent thérapeutique. »

L. Lereboullet.

(*A suivre.*)

Contributions pharmaceutiques.

SUR LA SOLUBILITÉ DES ACIDES SALICYLIQUE, THYMIQUE, PHÉNIQUE ET BORIQUE.

Ces acides antiseptiques sont généralement employés en solution aqueuse concentrée. Pour ne pas mettre le pharmacien dans l'embarras et avoir toujours sous la main une préparation identique à elle-même, le médecin s'en rapporte au tableau de solubilité inscrit au Codex, et croit obtenir exactement ce qu'il demande.

Il n'en est rien. Ces tables ont été dressées au point de vue chimique seulement, et à la température invariable de 15 degrés; tandis que, dans la pratique, ces solutions doivent être à même de supporter toute espèce de température et pouvoir se conserver indéfiniment.

Ainsi la chimie nous apprend que 1 gramme d'acide salicylique est soluble dans 413 grammes d'eau, 2gr,37 d'alcool à 90 degrés, et 1gr,98 d'éther à 66 degrés;

Que 1 gramme d'acide phénique est soluble dans 16 grammes d'eau, et très soluble dans l'alcool, l'éther et la glycérine;

Que 1 gramme d'acide thymique se dissout dans 333 grammes d'eau, et facilement dans l'alcool, l'éther et l'acide acétique;

Que 1 gramme d'acide borique est soluble dans 30 grammes d'eau, 16 grammes d'alcool à 90 degrés, et 10 grammes de glycérine.

Ceci est parfaitement vrai, mais peu pratique.

Pour l'usage médical, voici les proportions qu'il est bon d'employer si l'on veut ne s'exposer à aucun mécompte ; elles sont faciles à retenir :

Pour les acides salicylique et thymique, 2 grammes pour 1000 d'eau;

Pour les acides phénique et borique, 30 grammes pour 1000 d'eau.

Ces solutions sont suffisamment concentrées et n'ont pas besoin d'alcool pour conserver leur limpidité. Au contraire, si l'on désire une plus grande quantité de principe actif dans un moindre volume d'eau, il sera indispensable d'ajouter de l'alcool à la solution. Il faut, dans ce cas, de 2 à 300 grammes d'alcool par litre pour obtenir un bien mince avantage, parce que cet agent mêlé à l'eau est alors à un degré beaucoup trop faible pour que l'on tire réellement un bon parti de ses propriétés dissolvantes.

Mieux vaut, ce me semble, s'en tenir aux solutions simplement aqueuses, dont l'emploi peut être fréquemment renouvelé.

Quant à l'usage interne, signalons en passant la supériorité de l'acide salicylique en solution à 2 pour 1000 sur les prises et cachets que nous faisons tous les jours avec cette substance. L'acide salicylique est très irritant (on a pu en juger en lisant mon précédent article, où il est question d'un remède contre les cors), et, vu sa faible solubilité, il est rationnel de penser qu'à l'état pulvérulent il ne doit pas tarder à fatiguer l'estomac. Sa solution, au contraire, est parfaitement tolérée soit en lavement, soit en boisson.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Nature et traitement de l'œdème des nouveau-nés; note présentée au Congrès de Blois par M. le docteur Letourneau.

L'œdème des nouveau-nés, le véritable œdème, qui n'a rien de commun avec le sclérème, n'est guère connu que des médecins ayant, à un titre quelconque, fréquenté longtemps les grands services d'accouchement ou d'enfants assistés. Malgré les travaux assez nombreux dont il a été l'objet, c'est encore une maladie énigmatique. Il y a lieu de s'en étonner, car le mystère ne tient pas devant l'étude des symptômes et de l'anatomie pathologique. Cette étude raisonnée ne permet guère, en effet, de méconnaître la cause de l'œdème des nouveau-nés, indiquée d'ailleurs depuis longtemps par un médecin milanais, Paletta. Or, de l'étiologie découle rigoureusement le traitement, que je crois avoir été le premier à conseiller, et qui doit presque sûrement guérir les petits malades, jusqu'ici voués à une mort à peu près certaine.

Pour être bien compris, je dois tout d'abord énumérer les principaux symptômes de l'œdème des nouveau-nés. — D'ordinaire les nouveau-nés atteints sont des avortons, le plus souvent nés au huitième mois de la grossesse, parfois des jumeaux chétifs. Par le poids, par la taille, les uns et les autres sont inférieurs d'un tiers environ au nouveau-né normal. La maladie, la soi-disant maladie plutôt, débute aussitôt après la naissance. Le nouveau-né destiné à mourir œdématisé est dans un état de torpeur; il refuse le sein, pousse de petits cris plaintifs *sans reprise*. — Les premiers symptômes sont la coloration violacée des extrémités et de la face, l'absence ou l'extrême faiblesse du pouls. A l'auscultation, on perçoit peu ou point le bruit de déplissement vésiculaire; l'expiration est lente et silencieuse. Souvent il y a de la matité ou submatité à la base des poumons. Enfin, et c'est un symptôme pathognomonique, la température, dès le

début inférieure à la normale, s'abaisse graduellement dans des proportions extraordinaires, à tel point que, dans un cas, un peu avant la mort, j'ai vu le thermomètre, placé sous l'aisselle, ne marquer que 20 degrés. Auparavant la couleur violacée envahit peu à peu tout le corps et coïncide avec un œdème assez dur, ayant la même marche progressive. Au bout de deux ou trois jours, le petit malade s'éteint sans secousse.

A l'autopsie, on trouve tous les tissus, tous les organes gorgés de sang veineux. Mais c'est surtout l'état des organes respiratoires qui est révélateur. Toujours une portion plus ou moins grande des poumons, le plus souvent des lobes inférieurs, est violacée et complètement hépatisée. Souvent la portion vermeille, non hépatisée, est maculée de taches violacées, correspondant à des lobules hépatisés. Des fragments de tissu pulmonaire, détachés des portions hépatisées, *coulent dans l'eau*, quand on les y plonge. Le tissu pulmonaire ainsi hépatisé diffère d'ailleurs totalement du tissu pneumonisé : pas la moindre trace d'inflammation. Et, en effet, si au lieu d'inciser et de morceler les poumons, on les insuffle par la trachée-artère, l'hépatisation, la couleur violacée disparaissent comme par enchantement; le sac pulmonaire se développe alors normalement et prend une belle teinte vermeille.

La conclusion à tirer de ces faits est simple : elle s'impose. L'œdème des nouveau-nés, tout mortel qu'il soit, n'est pas une maladie. C'est simplement de l'asphyxie lente et la cause en a été révélée, il y a longtemps, le 7 août 1823, dans un mémoire lu à l'Institut de Milan par le docteur Paletta. Selon Paletta et selon l'observation, la cause de l'œdème des nouveau-nés est simplement le déplissement incomplet du sac pulmonaire. Le nouveau-né, presque toujours avorton, n'a pas la force de faire de suffisantes inspirations et une portion plus ou moins grande des organes respiratoires conserve l'état fœtal.

Jadis, j'ai appuyé cette théorie, si incontestablement d'accord avec les faits, en pesant les poumons de huit nouveau-nés morts d'œdème. Six de ces sujets pesaient, de leur vivant, le même poids : 2 kilogrammes. Or le poids moyen de leurs poumons, dégagés des grosses bronches et de la trachée, était seulement de 35 grammes. Des deux autres sujets, l'un, dont le corps pesait 1900 grammes, avait des poumons pesant ensemble 36 grammes. Le huitième, qui pesait seulement 1600 grammes, n'avait que 29 grammes de poumons.

Il est presque inutile de rappeler à des confrères, sûrement familiers avec la docimasie pulmonaire du nouveau-né, que, lors des premières inspirations, l'afflux du sang dans les organes respiratoires double au moins le poids de ces organes. C'est un fait que la médecine légale utilise de temps immémorial.

Le faible poids des poumons chez les œdématiés est donc pleinement d'accord avec la théorie. Il y faut faire pourtant une correction, en déterminant non seulement le poids absolu des poumons, mais leur poids relativement au reste du corps.

Or les poumons du nouveau-né normal pèsent en moyenne 70 grammes et représentent, en moyenne aussi, la *quarante-troisième partie* (1/43) du poids du corps. Chez mes six œdématiés, d'un poids total de 2 kilogrammes, le poids moyen des poumons (35 grammes) représente seulement la *cinquante-septième partie* (1/57) du poids du corps. Il en représentait la cinquante-deuxième partie (1/52) chez le sujet pesant 1900 grammes et la cinquante-cinquième (1/55) chez l'avorton pesant 1600 grammes.

Ces chiffres parlent d'eux-mêmes. Je n'y insiste pas et j'arrive au but pratique de cette communication.

L'œdème des nouveau-nés n'est pas une maladie; c'est une asphyxie lente, due au déplissement imparfait du sac pulmonaire.

Cela établi, le traitement s'impose; il est d'une extrême simplicité : c'est l'insufflation pulmonaire, telle qu'elle se pratique chez les nouveau-nés en état de mort apparente.

J'espère que la grande publicité acquise aux communications faites durant le Congrès fera enfin entrer ce traitement dans la pratique.

Jusqu'ici je n'ai pas réussi à vaincre sur ce point l'apathie de plusieurs médecins, fort distingués d'ailleurs et admirablement placés cependant pour faire un essai si simple, si inoffensif et si rationnel. Après comme avant mes instances, même après des autopsies faites en commun et où nous avions, comme dans les cas ci-dessus, fait disparaître l'hépatisation pulmonaire par une simple insufflation, ces confrères ont continué à assister en simples spectateurs au refroidissement graduel et à la mort de leurs œdématiés.

Thérapeutique.

De l'emploi des hippurates en médecine, par M. le docteur V. Poulet, de Plancher-les-Mines (Haute-Saône).

Il y a plus de deux ans que j'ai annoncé au monde savant la découverte de l'acide hippurique dans le suc gastrique des animaux et de l'homme, à l'exclusion de l'acide chlorhydrique et de l'acide lactique.

A la fin de l'année dernière, j'ai, dans une Note adressée à l'Académie de médecine, indiqué un procédé fort simple d'extraction du même acide à dose massive.

Pour que chacun soit à même de contrôler le résultat de mes recherches, je rappelle en peu de mots que ce procédé consiste à soumettre à la dialyse pendant vingt-quatre à quarante-huit heures soit le suc gastrique pur, soit le produit du raclage de la muqueuse de l'estomac d'un animal sacrifié en pleine digestion. On se sert, dans ce but, de plusieurs dialyseurs de 25 centimètres de diamètre. Les liqueurs sont réunies, évaporées à une douce chaleur jusqu'à réduction à une trentaine de grammes et traitées dans un verre à pied par un excès d'acide sulfurique. Un précipité abondant se forme peu à peu. Il est recueilli sur un filtre, séché complètement à l'aide de papier Joseph et redissous dans l'eau distillée tiède. Celle-ci, séparée de quelques impuretés par une filtration et convenablement évaporée à une douce chaleur, laisse déposer, par refroidissement, l'acide hippurique parfaitement blanc. Chaque dialyseur en fournit environ 15 centigrammes.

Mesurée acidimétriquement, la quantité d'acide hippurique du suc gastrique a été trouvée sensiblement égale à 4gr,12 par 1000 grammes.

Je n'insisterai pas ici sur les caractères de l'acide hippurique dont la cristallisation est si aisément reconnaissable au microscope, et dont la distillation sèche sur la potasse ou sur un mélange de potasse et de chaux donne lieu à la production d'une certaine quantité de benzine. J'ai hâte d'arriver à la question clinique.

A peine avais-je découvert la présence de l'acide hippurique dans le suc gastrique des animaux et de l'homme et le rôle important qu'il remplit dans l'acte de la digestion, que la pensée m'est venue d'en essayer l'emploi médical. Depuis cette époque j'ai eu de nombreuses occasions d'y recourir, et j'en ai obtenu des effets tellement remarquables, que je ne veux pas tarder plus longtemps à les livrer à la publicité.

Bien que cette substance soit, jusqu'à présent, restée vierge de toute application à la thérapeutique, on peut admettre, ce semble, que certains effets heureux obtenus à la suite de l'ingestion de liquides complexes qui en contiennent plus ou moins, doivent lui être tout particulièrement attribués. J'ai vu quelquefois des gens du peuple et surtout des militaires combattre, non sans quelque succès, la fièvre in-

termittente par l'absorption répétée d'un verre d'urine, donnant la préférence à celle d'enfant. Le docteur Neale (in *The medical Record*, 28 janvier 1882) affirme que, depuis longtemps, on a reconnu à l'urine des propriétés stimulantes. Dans le Sud-Amérique, l'urine des jeunes garçons jouit d'une très grande réputation dans la variole maligne. En Chine, à Batavia, l'usage de l'urine est très répandu. On rapporte qu'une épistaxis grave qui durait depuis trente-six heures, et avait résisté à tous les moyens appropriés, cessa quand le malade eut pris un demi-litre d'urine fraîche. Mais peut-être l'émotion, le saisissement bien naturel à la vue d'une boisson si répugnante est-il pour beaucoup dans le résultat dont on eut lieu de s'applaudir. Il s'agirait tout simplement ici d'une action analogue à celle du crapaud banal usité en Normandie, au dire de Velpeau, et dont le contact avec le tégument dorsal des personnes atteintes d'épistaxis passe pour souverain.

Quoi qu'il en soit, n'est-il pas remarquable que, dans les cas où l'on a eu recours à l'administration de l'urine humaine, on ait, en général, fait choix de l'urine d'enfant? On sait que ce liquide excrémentitiel contient dans le jeune âge beaucoup plus d'acide hippurique que chez l'adulte. S'il était vrai que le principe actif de l'urine, dans les cas cités, fût réellement constitué par l'acide hippurique, une fois de plus l'empirisme aurait précédé la science dont les données n'ont fait souvent que confirmer des résultats acquis depuis de longues années.

Je ne saurais m'attarder à l'historique d'une question toute nouvelle. J'aborde donc incontinent les principales applications de l'acide hippurique et de ses sels à la médecine.

De tous les hippurates, celui de chaux s'est montré le plus merveilleusement efficace, et il n'est pas douteux que ce sel ne soit appelé, dans un avenir prochain, à occuper une place importante dans la matière médicale. Il offre un moyen commode et unique, en dehors des eaux minérales sulfatées calciques, d'administrer la chaux soluble, dont l'utilité, au point de vue alimentaire, a été bien établie par les expériences de Chossat, et dont l'efficacité, dans une foule de maladies, est incontestable. Je dis unique ; car jusqu'à présent nous manquions d'un agent à la fois soluble et inoffensif, permettant au praticien d'introduire dans l'économie une quantité tant soit peu notable de chaux. Le saccharate de chaux est trop alcalin ; il est d'ailleurs doué d'une saveur détestable. Le chlorure de calcium, excellent antiscrofuleux, devient vénéneux, dès qu'on en élève la dose : aussi est-il à peu près abandonné. Le nitrate de chaux passe dans l'économie comme à travers un crible, sans se décomposer, sans fixer sa base. D'un autre côté les sels calcaires à acide végétal : tartrate, malate, citrate, succinate, etc., même les sels acides, sont généralement très peu solubles. Au contraire, la combinaison de l'acide hippurique avec la chaux constitue une préparation extrêmement soluble (1) d'une assimilation très facile et très sûre, et qui est acceptée volontiers par les petits enfants à la mamelle eux-mêmes.

Voici la formule de la préparation que j'ai adoptée et qui répond à tous les besoins de la pratique :

℞ Acide hippurique pur.....	100 grammes.
Lait de chaux filtré à travers une serpillière (jusqu'à saturation ot un peu au delà)..............	q. s.
Eau chaude.............	2 litres.
Sucre..................	2kg,400
Alcoolature de citron.....	15 grammes.

Faites réagir l'acide hippurique et le lait de chaux dans une portion de l'eau chauffée à 80 degrés environ, en agitant et en plongeant de temps en temps un papier de tournesol, afin de vous assurer que la réaction acide a disparu : ce qui exige au moins un quart d'heure. Ajoutez le reste de l'eau et le sucre et mettez sur un feu doux, etc.

La dose est d'une cuillerée à bouche deux ou trois fois par jour. Il importe d'agiter la préparation avant de s'en servir.

(1) L'hippurate de chaux est soluble dans 18 parties d'eau froide et bien plus dans l'eau chaude, contrairement au saccharate, qui est plus soluble à froid qu'à chaud.

L'hippurate de chaux m'a paru posséder une spécialisation d'action des plus admirables : 1° contre les affections des voies urinaires; 2° contre les affections du foie ; 3° contre certaines maladies de la peau dépendant d'un vice de fonctionnement de la glande hépatique ou d'un lymphatisme exagéré ; 4° contre un grand nombre de maladies du tube digestif. Autant de chapitres à passer successivement en revue, en ayant soin de borner mes citations à un petit nombre de faits, afin d'éviter de fastidieuses répétitions.

§ 1. — AFFECTIONS DES VOIES URINAIRES.

Obs. I. — *Gravelle phosphatique. Pollakiurie. Dyspepsie. Nervosisme. Guérison par le sirop d'hippurate de chaux.* — Mme Victorine M..., âgée de vingt-deux ans, mariée depuis cinq ans, blonde, lymphatique, à fibre molle, souffre depuis deux ans de pollakiurie avec ténesme vésical très pénible. Miction répétée trois fois au moins la nuit, toutes les heures pendant le jour, et suivies chaque fois de douleurs plus ou moins vives d'un quart d'heure de durée. Face décolorée, anorexie, nausées, renvois et pesanteur habituelle à l'estomac. Soif, palpitations incommodes et point de côté à gauche du thorax. Douleur à la pression des reins et de la vessie. Règles pâles, leucorrhée ; insomnie ; pouls à 80 pulsations, pas d'excès de chaleur. La malade est le plus souvent incapable d'exercer sa profession d'ouvrière sur métaux. Urines alcalines, troubles, à teinte laiteuse, laissant déposer un abondant précipité blanchâtre, comparable à de la fécule délayée. Ce précipité, examiné au microscope, n'offre pas trace de mucus, mais seulement une fort belle cristallisation de phosphate ammoniaco-magnésien, ainsi que de nombreux coccus et cocco-bactéries et des granulations amorphes.

La malade a subi en vain de nombreux traitements ; seule, l'administration de la poudre de poivre cubèbe l'a soulagée momentanément ; puis, cette substance, comme les autres médicaments, est restée sans effet. Au mois de juin 1882, je prescrivis le sirop d'hippurate de chaux. Les résultats furent en peu de temps des plus remarquables. Au bout de cinq à six jours, les urines étaient devenues neutres et limpides, en coïncidence avec un soulagement manifeste. Examinées le neuvième jour, elles avaient repris leur réaction acide normale, leur coloration ambrée et ne déposaient plus de phosphates. A cette époque, je me suis assuré, en les faisant évaporer au huitième de leur volume, à une douce chaleur, et en les traitant par l'acide chlorhydrique, qu'elles contenaient une notable proportion d'acide hippurique.

Le même traitement a été continué pendant deux mois pour consolider la cure.

Ainsi voilà une gravelle phosphatique des plus pénibles et des plus tenaces dont l'hippurate de chaux a triomphé en peu de temps d'une manière radicale.

Tout en étant alcalin, le sirop d'hippurate calcique a rendu à l'urine sa réaction acide. Cela rappelle le phénomène inverse bien connu, mis autrefois en lumière par Homolle, d'urines rendues alcalines par un bain acide.

L'analyse de l'urine pratiquée le neuvième jour du traitement permet de résoudre la question de savoir ce que devient l'acide hippurique introduit dans l'économie. On a vu qu'il est expulsé en nature par les urines soit totalement, soit partiellement, très probablement en totalité, ce qu'apprendra plus tard un dosage rigoureux.

Jusqu'à présent la médecine n'avait guère réussi à faire justice de la gravelle phosphatique, exception faite en faveur des eaux minérales sulfatées calciques telles que celles de Contrexéville, d'Heucheloup, de Vittel. On lui a opposé avec assez peu de succès le protoïodure de fer. Le docteur Cotton a cherché à la combattre par l'administration d'une infusion de 2 grammes de bois de campêche matin et soir. M. Gosselin a conseillé l'acide benzoïque et les benzoates; mais la

fétidité, la purulence et l'alcalinité de l'urine ne sont guère modifiées par leur usage; ils ont de plus, comme le protoïodure de fer, l'inconvénient de déterminer des douleurs de l'estomac et des reins. Selon Demarquay, le meilleur remède est la térébenthine, qui fait disparaître la fétidité et l'alcalinité de l'urine, et quelquefois même va jusqu'à la rendre acide. Mais dans la gravelle phosphatique, elle n'a pas donné entre les mains de plusieurs praticiens, des résultats bien encourageants. Moi-même j'ai essayé la poudre de poivre cubèbe, non sans en retirer quelques effets utiles, mais sans succès définitif. Dorénavant la gravelle phosphatique aura, dans l'hippurate de chaux, un agent curatif véritablement efficace.

Dans le cas qui précède nous avions affaire à une phosphaturie déjà ancienne avec ténesme vésical insupportable, neurasthénie profonde, entraînant à la fin un état d'anémie et d'étiolement qui apportait un obstacle habituel au travail et rendait la vie à charge. Sous l'influence de l'hippurate de chaux, nous avons vu disparaître rapidement l'alcalinité de l'urine et la gravelle phosphatique, en même temps que le ténesme vésical et l'insomnie, et bientôt la déchéance anémique de l'économie et le dégoût de l'existence qui en était la conséquence, firent place à un bien-être indicible et à une métamorphose aussi heureuse que complète. Je puis ajouter aujourd'hui que, depuis cette époque déjà lointaine, la guérison s'est maintenue sans encombre et sans autres auxiliaires que des ferrugineux et quelques toniques.

Les catarrhes vésicaux sont aussi justiciables de l'emploi de l'hippurate de chaux. Voici d'abord un cas de cystite du col fort grave qui a été promptement amendé, puis définitivement guéri par ce moyen aidé du concours de la poudre de jusquiame.

Obs. II. — *Cystite du col avec ténesme vésical et pollakiurie. Urines troubles renfermant une grande quantité de globules muqueux. Guérison rapide par l'hippurate de chaux.* — Mme Marie G..., âgée de trente-six ans, ayant des antécédents tuberculeux dans sa famille, atteinte elle-même, dans son enfance, d'ophthalmie scrofuleuse et, dans sa jeunesse, d'une affection lichénoïde tuberculeuse généralisée, qui a cédé à l'usage des pilules d'arséniate de fer, a la funeste habitude d'abuser des alcooliques, et déjà elle a éprouvé plusieurs accès d'épilepsie crapuleuse.

A partir du 25 février 1883, elle se plaint de symptômes d'embarras gastrique avec fièvre, anorexie complète, régurgitations glaireuses le matin, vomissements alimentaires et même bilieux dans la journée, diarrhée abondante et coloration subictérique des conjonctives. A ces symptômes se joignent, vers la fin de mars, un ténesme vésical et des envies très fréquentes d'uriner, qui décident enfin la malade à me faire appeler. Les douleurs sont atroces à la fin de la miction, dont le besoin se fait sentir à chaque instant, tous les quarts d'heure au moins. Les urines sont troubles, alcalines et laissent au fond de l'éprouvette un dépôt filant considérable, formé de globules muqueux et de phosphate de chaux amorphe. L'insomnie est complète; le pouls à 90; la température à 38°,8. La moindre pression à l'hypogastre, sur la région de la vessie, éveille de vives douleurs.

Je commence le traitement par un purgatif salin, auquel je joins l'usage des émollients *intùs* et *extra :* tisane de graine de lin, cataplasmes de farine de lin, et dès le lendemain, je prescris le sirop d'hippurate de chaux, croyant toutefois utile de recourir en même temps à l'action sédative de la poudre de jusquiame, à la dose de 3 décigrammes par jour, tant il paraissait urgent de calmer par tous les moyens possibles les souffrances horribles auxquelles la malade était en proie.

En peu de jours, les urines, de troubles et d'alcalines qu'elles étaient, redevinrent limpides et normalement acides. Le ténesme diminua peu à peu, les envies d'uriner devinrent plus rares; la malade put dès lors goûter quelques heures de sommeil et, au bout de quinze jours, la guérison pouvait être regardée comme complète et définitive.

Quelle part faut-il attribuer à la jusquiame dans cet heureux résultat? Evidemment cette substance narcotique a dû contribuer à produire la sédation du col vésical; mais c'est là un effet purement palliatif. On sait qu'elle n'est pas capable, à elle seule, de déterminer l'heureux changement que l'on a constaté bientôt dans les qualités de l'urine. Force est donc de rapporter le bénéfice de la cure à l'action bienfaisante de l'hippurate de chaux. Au demeurant, voici un autre cas où ce nouvel agent thérapeutique a été employé à l'exception de la jusquiame et de tout autre auxiliaire.

Obs. III. — *Cystite chronique. Guérison par l'emploi prolongé du sirop d'hippurate de chaux.* — M. Prosper X..., âgé de quarante-quatre ans, père de trois enfants, homme de lettres, atteint dans son enfance d'atrophie musculaire de la main et de l'avant-bras, plus tard de maladie du cœur, me consulta en février 1844, se plaignant d'envies très fréquentes d'uriner et de douleurs après la miction qui le tourmentaient depuis plus d'un an. Il se relevait au moins huit fois chaque nuit, et le jour urinait toutes les demi-heures. Naturellement chaque miction n'évacuait qu'une très petite quantité d'urine. Pas d'hématurie; pas de signe de la présence d'un calcul vésical. Sensibilité à la pression de l'hypogastre.

Les urines étaient acides, mais troubles, de la nuance opaline du petit-lait. Elles laissaient déposer une grande quantité de matière glaireuse, formée de globules muqueux.

Comme la langue était saburrale, on commença le traitement par un purgatif salin et immédiatement après le malade prit le sirop d'hippurate de chaux à la dose de trois cuillerées à bouche par jour. Il ne tarda pas à en ressentir un soulagement marqué. Mais la cure fut longue. Environ six semaines furent nécessaires pour obtenir la disparition complète des globules muqueux, et on jugea prudent de continuer le traitement pendant deux mois encore, pour éviter la rechute. Depuis deux mois que le traitement est entièrement suspendu, la guérison ne s'est pas démentie

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

Étude sur la marche de l'homme au moyen de l'odographe. Mémoire de M. *Marey.* — L'odographe dont l'auteur s'est servi dans les nouvelles expériences qu'il vient d'entreprendre à la station physiologique, pour inscrire les espaces parcourus par un marcheur en fonction du temps, est basé sur un principe fort simple. Sur un cylindre qui tourne d'un mouvement uniforme, au moyen d'un appareil d'horlogerie, on étend un papier divisé millimétriquement. D'autre part, un style qui se meut en ligne droite, parallèlement à la génératrice du cylindre, trace des lignes sur le papier et s'avance d'une quantité constante pour chaque moitié de chemin parcouru. Enfin, le champ d'expériences étant une piste circulaire et horizontale de 500 mètres de circonférence, M. Marey a fait établir autour de cette piste une ligne télégraphique dont les poteaux sont distants de 50 mètres, et a fait adapter à chacun de ces poteaux un interrupteur du courant, de sorte que chacune des interruptions se produisant au moment où le marcheur a parcouru 50 mètres, elles provoquent un petit mouvement du style de l'odographe placé au loin dans une chambre.

Grâce à ces ingénieuses dispositions, M. Marey a pu étudier, par une série d'observations individuelles, la locomotion de l'homme, afin de se rendre compte de quelques-unes des conditions les plus favorables pour que le soldat fournisse, avec le moins de fatigue possible, une longue étape, ou bien qu'il puisse parcourir rapidement une certaine distance.

Voici les résultats auxquels il est arrivé jusqu'à présent : La marche, chez certains individus, est d'une étonnante uniformité, tandis que chez d'autres, au contraire, elle varie notablement, s'accélérant d'une façon sensible pendant les premiers quarts d'heure, pour se ralentir ensuite peu à peu sous l'influence de la fatigue. Relativement aux chaussures, on voit que les talons bas ont une influence favorable sur la

rapidité de la marche. On constate aussi que l'allure est plus rapide chez certains sujets quand la semelle est un peu longue que si la chaussure est plus courte. Quant à l'influence du rythme commandé au soldat par le tambour ou le clairon, on reconnaît qu'à partir d'une certaine fréquence la vitesse de la marche, qui s'était d'abord accrue, commence à diminuer, et que le pas, dont la longueur avait d'abord augmenté, est devenu plus court. Il y aurait ainsi une limite, à déterminer par l'expérience, à partir de laquelle il n'y aurait que désavantage à presser la mesure du tambour ou du clairon qui règle le pas du soldat.

DE LA CONSERVATION TEMPORAIRE DES VIRUS DANS L'ORGANISME DES ANIMAUX. Note de M. *G. Colin* (d'Alfort). — M. Marcy présente un mémoire de M. Colin, dans lequel l'auteur fait connaître les résultats des expériences qu'il a entreprises sur la conservation temporaire des virus dans l'organisme des animaux, où ils sont sans action. En voici les conclusions :

1° Les agents virulents, en passant dans l'organisme des animaux où ils sont sans action nuisible, peuvent y conserver intactes leurs propriétés pendant un temps assez long (une ou deux semaines, par exemple), même dans des conditions en apparence défavorables à cette conservation ;

2° Ces agents, après avoir séjourné sur les sujets où ils demeurent stériles, déterminent, en revenant à ceux sur lesquels ils ont quelque prise, leurs effets ordinaires avec une rapidité et une intensité qui n'indiquent, le plus souvent, aucune atténuation de leur puissance morbigène ;

3° Dans certains cas, les mêmes agents donnent lieu, sur les individus dits réfractaires, à des désordres fonctionnels et matériels parfois très graves, même mortels, sans analogie apparente, cependant, avec ceux qu'ils produisent sur les sujets doués de la réceptivité ;

4° Par conséquent, les animaux réfractaires, après avoir joué le rôle de réceptacles inertes des matières virulentes, peuvent devenir, dans certains cas, les agents passifs de la contagion, tout en restant à l'abri de ses atteintes ;

5° Les mêmes animaux, à des intervalles plus ou moins éloignés, sont aptes à servir plusieurs fois au transit des matières virulentes, sans que, chez eux, un premier dépôt ou une première imprégnation locale y ait les effets atténuants d'une vaccination.

LE CHOLÉRA. — Deux communications sont adressées à l'Académie : l'une par M. *Ch. Pigeon* sur la diarrhée prodromique du choléra ; l'autre par M. *Netter* (de Nancy), destinée à compléter, par un certain nombre d'observations cliniques, son premier travail sur le traitement du choléra par d'énormes quantités de boissons aqueuses.

Ces deux mémoires sont renvoyés à la Commission du prix Bréant.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 4 NOVEMRRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

M. le docteur *Grellet* (de Menat, Puy-de-Dôme) envoie l'observation manuscrite d'un cas de *perforation intestinale*, compliquée de phlegmon de la fosse iliaque. (Commission : MM. *Richet*, *Trélat* et *Polaillon*.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° le *Rapport sur les travaux des Conseils d'hygiène du département du Nord en* 1883, par M. le docteur *J. Arnould* ; 2° au nom de M. le docteur *Amat*, un mémoire imprimé sur *les Beni-M'zab* ; 3° de la part de M. le docteur *Lubelski* (de Varsovie), un *Compte rendu* en langue polonaise, du *Congrès international d'hygiène de La Haye en* 1884 ; 4° au nom de M. le docteur *Dulles* (de Philadelphie), un mémoire imprimé, ayant pour titre : *Disorders mistaken for hydrophobia*.

M. *Alphonse Guérin* offre son ouvrage sur *le pansement ouaté et son application à la thérapeutique chirurgicale.*

M. *Bouley* fait hommage de son *Éloge de Delafond*, ancien directeur de l'École d'Alfort.

M. *Brouardel* présente, au nom de M. le docteur *Desprez* (de Saint-Quentin), un mémoire imprimé sur le *traitement rationnel de la période aiguë du choléra asiatique.*

M. *Mathias Duval* dépose, de la part de M. *Cacheux*, un volume ayant pour titre : *L'économiste pratique.*

M. *Legouest* présente : 1° au nom de M. le docteur *Czernicki*, médecin-major de première classe, une *Note* manuscrite *sur l'assainissement du quartier du Palais à Avignon au moyen de l'acide sulfureux* (*Commission des épidémies*) ; 2° de la part de M. le docteur *Danvé*, médecin de première classe, des *États annuels de la fièvre typhoïde en* 1883, par ville, sur la population civile et sur la garnison, par genre de casernement et par armes, pour le sixième corps d'armée. (*Même commission.*)

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose plusieurs nouvelles *lampes électriques de sûreté*, construites par M. *Trouvé*.

DÉCÈS. — M. *le Président* fait part à l'Académie du décès de M. *Rufz de Lavison*, associé national.

CHOLÉRA A AUBERVILLIERS ET A SAINT-OUEN. — M. *Dujardin-Beaumetz* rend compte de l'épidémie de choléra qu'il a récemment observée à Aubervilliers et à Saint-Ouen. Il mentionne d'abord quelles mesures furent prises par la Préfecture de police en prévision d'une épidémie dans le département de la Seine : des médecins délégués furent chargés de signaler tous les cas de choléra qui se présenteraient, un corps de désinfecteurs fut institué afin de désinfecter tous les locaux contaminés, un service de voitures spéciales fut organisé pour le transport des cholériques et un certain nombre d'étuves prêtes à fonctionner dans le cas où l'épidémie prendrait de l'extension. Il n'y a eu heureusement à Paris que 40 décès imputables au choléra depuis le 26 juin, et ce chiffre n'est pas sensiblement supérieur à celui des années précédentes : le premier cas fut constaté chez un homme arrivant de Perpignan ; il ne donna lieu à aucune propagation soit dans la maison, soit dans le voisinage. Parmi les autres cas observés, il en est un dans lequel MM. Straus et Roux trouvèrent à l'autopsie de nombreux bacilles-virgules, bien qu'il s'agisse de choléra nostras non contagieux ; enfin, un estampeur en cuivre fut atteint et mourut, quoique imprégné de cuivre de par sa profession.

C'est dans les premiers jours de septembre que le choléra fit son apparition à Aubervilliers, principalement dans la portion dite des Quatre-Chemins et à gauche de la rue de Flandre ; aucun cas ne se présenta dans les maisons situées à droite de cette même rue. On constata 15 décès dans l'espace d'un mois et tous les cas se groupèrent, en quelque sorte, en formant de petites épidémies de maison, s'éteignant sur place après la mise à exécution des mesures prophylactiques prescrites. En même temps, une épidémie de même nature avait lieu à Saint-Ouen, où elle fit 8 victimes, depuis le 13 septembre. Depuis plus d'un mois l'état sanitaire de ces communes est excellent.

Pourquoi cette localisation du choléra ? Faut-il l'attribuer aux nombreuses usines insalubres qui entourent ces localités, aux émanations fétides des cours d'eau qui les traversent, au mauvais état de la voirie, à l'insalubrité des logements, à l'infection des eaux potables qui y est distribuée, à la misère très grande de leurs habitants ? Ces diverses conditions existent depuis longtemps ; mais, s'il y a un lien entre l'épidémie qui y a été observée et celle qui vient de régner dans le Midi, il a été complètement impossible de le découvrir. Ce choléra est-il envahissant ? A coup sûr, car il a frappé successivement les membres de plusieurs familles, mais il s'est éteint sur place. Enfin, aucune constitution médicale spéciale n'a été remarquée à cette époque, et la diarrhée n'y était pas plus commune que les années précédentes. M. Dujardin-Beaumetz en conclut que, si l'on connaît divers modes de transmission du choléra, il en est bien d'autres qui échappent encore.

Après quelques observations présentées par M. *Lagneau* au sujet de la difficulté du diagnostic dans un certain nombre de cas, surtout au point de vue des lésions cadavériques observées, M. *Jules Guérin* prend acte des conclusions négatives formulées par M. Dujardin-Beaumetz. Mais il

serait désireux de savoir s'il n'y aurait pas eu, dans la partie de la commune d'Aubervilliers située à droite de la rue de Flandre et séparée seulement par celle-ci de la partie contaminée, certains troubles gastro-intestinaux rentrant dans la catégorie des symptômes prémonitoires, des formes ébauchées du choléra; s'il en était ainsi, on pourrait alors affirmer que l'épidémie existait dans toute la commune, plus accentuée seulement dans l'une de ses parties. D'autre part, eu égard au grand nombre des usines situées dans ce pays, usines dans lesquelles de grandes quantités de matières fécales sont emmagasinées et dénaturées, il serait nécessaire de rechercher si l'épidémie n'a pas été observée à la suite d'une viciation plus intense de l'atmosphère environnante. — La suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

CHOLÉRA A GÊNES. — Il résulte d'une lettre de M. le docteur Stassano, communiquée par M. *Marey*, qu'à Gênes 92 pour 100 des décès cholériques se sont produits chez des habitants faisant usage de l'eau du canal Nicolaï, lequel fournit 40 pour 100 de l'eau de la ville. Or ce canal conduit l'eau d'une rivière sur le trajet de laquelle est placé un village où l'épidémie s'est manifestée en premier lieu. Tous les établissements publics alimentés par l'eau de ce même canal, le bagne, par exemple, ont été atteints par l'épidémie; en certains points, deux maisons voisines faisaient usage, l'une de l'eau du canal Nicolaï, l'autre d'une eau provenant d'une autre source; celle qui faisait usage de l'eau du canal payait un tribut considérable au fléau, tandis que l'autre en restait indemne. Enfin, dès que l'on eut supprimé à Gênes l'eau fournie par le canal, on vit l'épidémie décroître rapidement et disparaître.

LOCOMOTION : SAUT DE L'HOMME ET VOL DE L'OISEAU. — On se rappelle que M. Giraud-Teulon a reproché aux expériences de M. Marey sur la physiologie de la locomotion qu'elles ne présentent nulle indication d'un choc, de l'arrêt subit d'un mouvement en cours d'exécution, choc dont l'existence est, pour lui, la condition nécessaire de toute espèce de locomotion. M. *Marey* maintient, au contraire, que tout choc est évité dans la machine animale; tous les mouvements musculaires commencent et finissent lentement; le corps peut se détacher du sol par une brusque flexion des jambes, sans recevoir aucune impulsion ascendante analogue à celle du saut. Il rappelle avoir donné une première preuve de ce fait, tirée d'un dynamomètre inscripteur; il en fournit une seconde en faisant la synthèse du saut à l'aide d'un appareil schématique reproduisant le phénomène. Il s'agit d'une masse de plomb supportant un pied, lequel peut s'allonger par la traction, mais tend à être raccourci par la traction. Il allonge ce pied et le maintient en allongement au moyen d'un cliquet, puis le pose sur une table, de façon à le mettre dans la position d'un homme debout, les jambes allongées; pour imiter la flexion subite, il lâche le cliquet; aussitôt l'appareil se raccourcit, et l'appareil reste un instant suspendu en l'air, puis retombe sur son pied.

D'un autre côté, M. Giraud-Teulon, pour ce qui concerne la théorie mécanique du vol de l'oiseau, a prétendu qu'avec les battements d'ailes indiqués par M. Marey, jamais l'oiseau ne s'élèvera contre la pesanteur. Et pourtant il y a vingt ans qu'il a construit un appareil schématique battant des ailes, suivant sa théorie, et s'élevant contre la pesanteur, à cette seule condition que le plan d'oscillation de ses ailes soit orienté de façon à rendre verticale la force impulsive que la machine emprunte à la résistance de l'air. « M. Giraud-Teulon nie que les inconvénients de l'aile en avant soit anatomiquement possibles... qu'il prenne donc un oiseau mort et le tienne entre deux doigts par le bout des ailes, il verra que l'articulation humérale se prête fort bien à ce mouvement. » Physiologiquement cet acte est-il impossible? Qu'il veuille bien regarder les photographies du pigeon au vol, il se convaincra qu'à certains moments les ailes sont tellement portées en avant, que la tête de l'animal, vue de profil, disparaît entièrement sous ses ailes. Enfin, M. Giraud-Teulon annonce que, tel que M. Marey le conçoit, un oiseau mécanique ne s'élèvera jamais contre la pesanteur. Or, celui-ci a fait construire un appareil qui vole à la façon d'un oiseau parcourant 15 à 20 mètres en direction horizontale, un peu moins en direction ascendante; bien plus, on peut modifier cet appareil suivant le type d'oiseau dont on veut imiter le vol.

M. *Giraud-Teulon* se réserve de répliquer dans la prochaine séance.

ÉPIDÉMIES. — M. *Féréol* commence la lecture du Rapport général sur le service des épidémies en France pendant l'année 1883. Il montre, dans cette première partie, les difficultés qu'éprouvent les médecins de ce service dans l'accomplissement d'une mission pleine de dévouement, pour laquelle ils sont à peine rémunérés; il souhaite, avec la plupart des correspondants de l'Académie, que la réorganisation projetée de l'Administration sanitaire fournisse à cette institution les éléments d'action qui lui font défaut en France et sont bien plus développés dans la plupart des pays étrangers.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Opération d'Estlander : MM. Lucas-Championnière, Berger, Gayet. — Traitement des fistules vésico-intestinales : M. Dumesnil (de Rouen). — Hydarthrose tuberculeuse : M. Poulet.

M. *Lucas-Championnière* revient sur l'histoire d'un malade ayant subi trois fois l'opération d'Estlander et dont il a à diverses reprises déjà entretenu la Société. Il désire aujourd'hui montrer les fragments costaux réséqués et insister sur quelques particularités. D'abord, ce qui est remarquable, c'est que son malade a supporté les trois opérations avec la plus grande facilité et que chaque fois il en a retiré un bénéfice énorme. A la première intervention, on s'était contenté d'enlever 6 à 12 centimètres des cinquième, sixième, septième et huitième côtes; le malade se rétablit rapidement et reprit son métier de dessinateur. Mais, après quelques mois, la fistule persistant, on dut revenir à la charge et réséquer quatre nouvelles côtes au-dessus le chevauchement des arcs costaux et la régénération d'un plastron osseux gênèrent singulièrement les manœuvres. Néanmoins l'opéré se rétablit de ce second acte chirurgical, mais sans guérir de son empyème. Il fallut recourir à une troisième opération, que le malade d'ailleurs réclamait lui-même, et cette fois la résection costale porta jusque sur la deuxième côte inclusivement. L'opéré fut encore soulagé pour quelque temps; mais, depuis ce moment, il continue à faire du pus et il n'est pas douteux pour M. Lucas-Championnière qu'il ne finisse par succomber, d'autant plus que d'après des renseignements récents on a appris qu'il avait des antécédents tuberculeux. Malgré cela, M. Championnière se félicite d'être intervenu, à cause des bénéfices incontestables que le malade en a retirés. En raison de la difficulté des opérations successives et aussi de cette considération, déduite de la pratique, qu'il faut enlever largement les arcs costaux, M. Lucas-Championnière est d'avis de pousser très loin, dès la première opération, l'ablation des côtes, afin de bien permettre la mobilisation de la paroi thoracique.

M. *Berger*, l'année dernière, a rapporté un cas d'insuccès personnel dans une opération d'Estlander; depuis, quelques autres faits malheureux se sont produits, il croit donc devoir modifier un peu les conclusions du rapport qu'il a fait au début de l'introduction de cette opération en France. L'opération d'Estlander n'est pas aussi anodine qu'elle paraissait d'abord. Il convient de rechercher les causes du danger qu'elle présente. Une des premières est la grande dimension

de la cavité purulente réclamant la résection d'un très grand nombre de côtes. Dans ces conditions, en effet, non seulement le jeu des côtes du côté malade est supprimé, mais encore celui du côté sain est singulièrement entravé, les arcs costaux, de ce côté, ne trouvant plus dans le sternum mobilisé le point d'appui nécessaire à leur fonctionnement. C'est principalement la résection des côtes extrêmes, les premières et les huitième et neuvième, qui détermine cet accident. Chez un de ses malades, mort avec des symptômes d'asphyxie, quelques heures après l'opération, M. Berger n'explique pas autrement la pathogénie des phénomènes. Une seconde cause d'insuccès réside dans les altérations profondes de la plèvre. Dans ces cas on peut se laisser aller à l'idée de réséquer les feuillets pleuraux; des chirurgiens tels que Bœckel (de Strasbourg) et Hermann (de Mulhouse) l'ont fait; or les résultats ont été déplorables. Cette résection de la plèvre ne convient que pour les cavités de petite étendue, lorsque la fistule est due à une organisation vicieuse du trajet. D'ailleurs on fait ici autre chose que l'opération dite d'Estlander, qui consiste seulement dans la résection des côtes.

En somme si, dans certains cas bien nets, l'opération d'Estlander trouve son indication, dans certains autres l'hésitation est légitime. Le diagnostic de l'étendue de la cavité suppurante et de l'état de ses parois a une importance capitale dans la détermination à prendre, malheureusement ce diagnostic est des plus difficiles.

En terminant, M. Berger fait remarquer que plusieurs chirurgiens, attribuant à M. Letiévant le mérite d'avoir eu le premier l'idée de mobiliser la paroi du thorax pour obtenir la cicatrisation des empyèmes, s'élèvent à tort contre la dénomination d'opération d'Estlander. D'après M. Berger, M. Letiévant n'a pas été suffisamment explicite dans la note insérée dans les *Bulletins* de la Société pour que son nom soit substitué à celui d'Estlander.

M. *Gayet* (de Lyon) lit un passage de la thèse d'un de ses élèves, soutenue devant la Faculté de Montpellier, en 1875, *sur la cicatrisation des abcès à parois mobiles*. L'idée de la résection des côtes pour aider à la cicatrisation des empyèmes y est exprimée dans les termes les plus clairs et les plus précis. M. Gayet laisse à la Société le soin d'apprécier à qui revient le mérite de l'opération en question.

— M. *Dumesnil* (de Rouen) lit un travail sur le traitement des fistules vésico-intestinales par la colotomie. Le point de départ de ce travail a été une nouvelle opération, qu'il a pratiquée pour remédier à cette affection et qui peut être rapprochée de celle qui a déjà provoqué de sa part un mémoire paru dans la *Revue de chirurgie*. Chez sa seconde malade, M. Dumesnil a pratiqué l'anus artificiel dans la région inguinale. Tout a d'abord bien marché et la malade avait cessé de rendre des gaz et des matières fécales par la vessie, mais peu à peu les matières ont repris le chemin ordinaire; une diarrhée colliquative abondante s'est déclarée, la malade a été prise de fièvre, d'accidents septicémiques et a fini par succomber. L'auteur met tous ces accidents sur le compte de l'absence de l'éperon à la suite de la colotomie inguinale; cette barrière est, selon lui, indispensable; sans elle, les matières reprennent leur trajet ordinaire et déterminent les phénomènes ci-dessus signalés. Il n'en est pas de même de la colotomie lombaire; les tractions effectuées sur l'intestin pour l'amener au dehors, à travers un trajet très profond, l'incurvent et déterminent la formation d'un éperon qui s'oppose au passage en aval des matières fécales. C'est ce qui s'est passé chez sa première malade, qui n'eut aucun accident et qui serait probablement encore vivante, si elle n'avait succombé à un érysipèle survenu à la suite d'une opération complémentaire. M. Dumesnil regrette de n'avoir pas fait chez sa seconde malade l'anus lombaire.

M. *Verneuil* dit qu'en soi l'idée de substituer une infirmité moins grave à une infirmité plus grave est en principe très bonne et que sa réalisation est parfaitement justifiée dans les cas de fistules vésico-intestinales. Sans doute, la création d'un anus artificiel ouvre une voie d'échappement aux fèces avant le point où siège la fistule, mais cette voie est-elle suffisante et rien ne passe-t-il plus au delà de l'ouverture du côlon? C'est une question à étudier. M. Dumesnil vient de dire l'importance qu'il attache à ce que rien ne passe plus par le bout inférieur de l'intestin, et il conseille d'obtenir la formation d'un éperon pour satisfaire à cette indication. M. Verneuil croit que l'on pourrait obtenir plus complètement ce résultat en suturant la totalité de l'orifice du bout intestinal à l'ouverture des parois de l'abdomen et en oblitérant le bout inférieur. Madelong aurait deux fois mis ce procédé à exécution. L'objection que l'on crée une infirmité définitive ne saurait être faite, si l'on réfléchit à la gravité de la fistule vésico-intestinale et à l'inconvénient relativement minime de l'anus artificiel.

M. *Trélat* ne veut pas discuter à ce sujet la valeur générale relative des deux opérations de Littre et de Callisen, mais il est incontestable qu'au point de vue de la formation de l'éperon, l'anus lombaire est bien préférable à l'anus inguinal, en raison de la profondeur du côlon dans les lombes. Quant à la fermeture complète du bout inférieur, M. Trélat la repousse; il craint que le bout inférieur de l'intestin ainsi transformé en cul-de-sac ne devienne le point de départ d'altérations susceptibles de déterminer des accidents septicémiques.

M. *Le Dentu*, réfléchissant à la facilité et au peu de gravité de l'ouverture de la vessie au dessus du pubis, grâce aux modifications apportées aujourd'hui à cette opération, se demande si, au lieu d'attaquer indirectement la fistule vésico-intestinale, on ne serait pas en droit de l'attaquer de front en ouvrant la vessie.

— M. *Poulet* lit un travail sur l'hydarthrose tuberculeuse.

Séance du 29 octobre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Malformations congénitales des mains et des pieds, rapport M. Berger. — Ligature des grosses artères dans leur continuité; ruptures vasculaires dans les luxations de l'épaule : M. Crass (de Brest).

M. *Berger* fait un rapport sur un travail de M. Guermonprez (de Lille) à propos d'un cas d'ectrodactylie. Le sujet qui a été le point de départ de ce travail est un instituteur affecté de bidactylie de la main droite. Il existe de ce côté une vraie pince de homard, dont les deux mors sont représentés d'un côté par un pouce composé d'une seule longue phalange et de l'autre par un cinquième doigt muni seulement de deux phalanges. Entre ces deux mors de la pince existe une pince métacarpienne, qui gêne un peu leur fonctionnement. Malgré cela le malade se sert fort habilement de sa main et peut remplir tous les devoirs de sa profession. M. Berger rapproche de ce fait quelques autres difformités congénitales qu'il lui a été donné d'observer soit à la main, soit au pied. Il insiste particulièrement sur un cas d'ectropodie fort curieux déjà communiqué en 1860 à la Société de chirurgie par Morel-Lavallée. Ce sujet vit encore et M. Berger a pu l'examiner à loisir; aussi est-il en mesure de rectifier certaines erreurs de description qu'on trouve dans les *Bulletins* de la Société de cette époque. M. Berger présente aussi les moules de plusieurs mains atteintes de polydactylie.

Recherchant les causes de semblables malformations, le rapporteur ne trouve aucune hypothèse capable de les expliquer. Presque toujours on trouve que les mères de ces individus ont eu une frayeur pendant leur grossesse. C'est par exemple la vue d'une écrevisse ou d'un mutilé. Sans attacher trop d'importance au rapport qui peut exister entre ces

frayeurs de la mère et les difformités congénitales de son enfant, M. Berger croit qu'il ne faut pas les rejeter absolument. C'est là un premier point que l'observation de M. Guermonprez n'est pas plus que les autres apte à éclaircir.

M. Guermonprez, qui, comme on le sait, s'occupe beaucoup de difformités acquises des mains après mutilations, s'est demandé si l'observation de son malade ne pourrait pas servir à éclairer la conduite du chirurgien, lorsqu'un traumatisme retranchant les trois doigts moyens réalise en quelque sorte la difformité en pince de homard. Chez son instituteur la pièce métacarpienne intermédiaire aux deux mors de la pince en gêne le fonctionnement. Ne devrait-on pas alors, à la suite d'un accident emportant l'index, le médius et l'annulaire, retrancher les métacarpiens correspondants, afin d'assurer pour plus tard un bon fonctionnement de la pince? Telle est la question que se pose M. Guermonprez. Le rapporteur y répond par la négative. Cette réponse lui est dictée par deux ordres de considérations. D'abord ce ne serait pas sans faire courir de grands dangers au blessé qu'on ouvrirait les articulations du carpe en enlevant les métacarpiens. En second lieu il est plus que probable que ces métacarpiens intermédiaires sont utiles au fonctionnement de la pince, dont ils écartent et soutiennent les branches.

M. *Guéniot* admet que pendant les premiers temps de la grossesse les influences morales de la mère peuvent avoir un certain retentissement sur l'œuf, produisant par exemple de petites hémorrhagies, des décollements des membranes, qui peuvent devenir le point de départ de certaines difformités; mais ce qu'il ne peut admettre et ce qui n'est pas admissible d'après les données de la physiologie, c'est que la vue par la mère de telle ou telle difformité produise chez l'embryon une difformité analogue.

M. *Lucas-Championnière* fait remarquer que toujours les femmes disent avoir eu la frayeur à laquelle elles attribuent la difformité de leur enfant, à une époque assez avancée de leur grossesse, alors que tous les organes sont formés; de telle sorte qu'on ne peut établir aucune relation entre la frayeur de la mère et son produit plus ou moins monstrueux.

M. *Trélat* ne croit pas à cette influence de la frayeur de la mère sur le produit de la conception. C'est une question d'ailleurs absolument impossible à juger.

M. *Crass* (de Brest) lit deux observations de ligature de grosses artères (carotide primitive et fémorale) dans leur continuité avec le catgut et les fait suivre de quelques considérations sur la valeur de ce lien.

Le même chirurgien lit ensuite un très intéressant travail sur les ruptures des vaisseaux de l'aisselle à la suite des luxations de l'épaule. Il rapporte d'abord une observation des plus remarquables et relève tous les faits semblables qu'il a été puiser aux sources mêmes, rectifiant ainsi un très grand nombre d'erreurs.

A. Pousson.

Société de médecine de Berlin.

SÉANCE DU 9 JUILLET 1884.

Extraction d'un corps étranger de l'œil par l'appareil électro-magnétique. — Rein unique.

M. *Hirschberg* présente sa vingt-septième opération d'extraction de corps étranger de l'œil au moyen de l'aimant. Il s'agit d'un tonnelier qui avait reçu un fragment de fer dans l'œil droit en plaçant un cerceau de fer autour d'une cuve. L'œil atteint présentait au bout de six mois l'image d'une iridocyclite grave. Sur la cornée, une cicatrice linéaire de 3 millimètres, une autre cicatrice sur l'iris décoloré, synéchie postérieure, capsule épaissie, cristallin opacifié en partie. D'après ces symptômes, on devait admettre la présence d'un éclat de fer *mobile* dans le corps vitré. — Incision équatoriale oblique de 7 millimètres; introduction de l'extrémité coudée de l'appareil magnéto-électrique, la première fois sans succès. Une seconde tentative est plus heureuse : le fragment de fer était irrégulier, large de 3 millimètres, et pesait 25 milligrammes et demi.

Guérison rapide des phénomènes inflammatoires. Depuis lors, l'extraction du cristallin a été pratiquée avec un bon résultat pour la vision.

Dans ces derniers temps, Leber a fait sur les animaux des expériences desquelles il résulterait qu'un corps étranger indifférent et non souillé de germes ne provoque aucune inflammation de l'œil; que les corps susceptibles de s'oxyder, sans produire de suppuration, peuvent occasionner des désordres graves (décollement de la rétine, etc.); la suppuration est le résultat de germes apportés du dehors; elle est d'ailleurs produite par des substances chimiques sécrétées par les microbes.

Ces conclusions, fort intéressantes en théorie, ne sont pas confirmées par la pratique, et Hirschberg estime que, dans la plupart des cas, la simple oxydation du métal suffit à produire la suppuration. Le cas relaté montre une fois de plus que, lorsque le diagnostic est bien posé, un petit et simple appareil suffit à extraire des corps étrangers, et l'on peut dire que cette méthode opératoire, dédaignée par les classiques, mérite d'entrer dans le domaine de la chirurgie.

— M. *Güterbock* présente un rein unique trouvé à l'autopsie d'un homme de soixante-quinze ans atteint depuis plusieurs années de troubles vésicaux graves. Le rein n'était pas en fer à cheval et occupait à droite sa place normale; à gauche, l'organe homologue était représenté par un petit moignon placé à l'extrémité de la capsule surrénale. La vessie était atrophiée et présentait deux diverticules latéraux revêtus de muqueuse.

Clinical Society of London.

SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1884.

Déterminations nerveuses dans les affections rhumatismales. — Urticaire pigmenté. — Perforation de l'appendice vermiforme; abcès péritonéal; mort de pyohémie longtemps après.

M. *W. Hadden* lit une note sur trois cas de troubles nerveux survenus dans le cours d'attaques de rhumatisme articulaire. Ces troubles peuvent se résumer en flexion d'un ou de plusieurs doigts de l'une ou de l'autre main, avec impossibilité de les étendre; en épaississement des parties molles aux mêmes endroits, particulièrement de la peau; en atrophie de certaines masses musculaires; enfin en un état de sécheresse et de poli de la peau tout à fait remarquable. Ces symptômes cédèrent tous très rapidement sous l'action des courants continus. A ces faits l'auteur ajoute une observation d'anesthésie du territoire innervé par le nerf cubital pendant la convalescence d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Il pense que si parfois ces phénomènes dépendent d'altérations de la moelle dans un certain nombre de cas, ils sont causés par des lésions des nerfs périphériques. La durée et l'intensité de l'attaque rhumatismale n'ont aucune influence sur ces troubles trophiques. D'ailleurs ces cas ne portent aucune atteinte à la théorie du rhumatisme articulaire.

— M. *Radcliffe Crocker* montre un dessin représentant un urticaire pigmenté chez une petite fille âgée de quatre mois et demi. L'affection a débuté la troisième semaine après la naissance, peu à peu elle a envahi tout le corps, y compris la paume des mains et la plante des pieds. La petite malade est morte à ce moment de bronchite. A cette occasion, M. Crocker résume dix-neuf autres faits analogues qui ont été publiés, et trace le tableau de la maladie.

— M. *W. Finlay* communique le cas suivant. Un boulanger est admis à Middlesex hospital le 4 janvier 1884. Il se plaint de violentes douleurs dans tout l'abdomen, qui est modérément distendu et tympanisé; langue blanche, épaisse; pas d'appétit; fièvre modérée. Il raconte que trois ans auparavant il a éprouvé les mêmes symptômes; depuis il s'est bien porté. Sa maladie actuelle a débuté, une semaine avant son admission, par de violentes douleurs dans le ventre, avec vomissements, douleurs de tête et diarrhée. Il fut traité par l'opium et la diète lactée; trois jours après son entrée à l'hôpital, il paraissait beaucoup mieux. L'amélioration continua jusqu'au 9 janvier; à ce moment il fut pris de douleurs dans les deux régions parotidiennes, qui devinrent tuméfiées et sensibles au point d'empêcher l'ouverture de la bouche. Un abcès formé dans ces points fut ouvert. Peu à peu la température s'éleva, le malade fut pris de délire, et succomba le 16 janvier. A l'autopsie, on trouve dans la cavité du péritoine trois petits abcès superposés, dont le plus ancien correspond à une perforation de l'appendice vermiforme siégeant à sa partie moyenne. L'appendice est rempli de petites masses de matière fécale. Péritonite adhésive généralisée. Les autres organes sont sains. Ce cas est intéressant en ce que probablement la perforation remonte au début de l'affection, et que des adhérences ont prévenu le dénouement fatal. Ce qu'il y a de certain, c'est que les abcès paraissent très anciens, et qu'il est tout à fait étrange que cet homme ait pu se livrer à ses occupations journalières avec une semblable lésion.

A ce sujet, M. *Mohamed* rappelle qu'il a imaginé une opération ayant pour but d'arriver sur l'appendice vermiforme, afin de le débarrasser des concrétions calcaires dans le cas où elles déterminent des accidents. Il se sert d'une incision analogue à celle qui conduit sur l'artère iliaque externe, et aurait pratiqué cette opération avec succès dans un cas.

Ophthalmological Society of the united Kingdom.

SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1884.

Choroïdite centrale avec conservation de la vision. — Pseudogliome; mort par méningite. — Ambliopie et abattement nerveux produits par les vapeure de bisulfure de carbone et de sulfure de chlore.

M. *Nettleship* montre le dessin d'un très remarquable cas de choroïdite centrale avec conservation intégrale de l'acuité de la vision. La choroïde, dans toute l'étendue de la tache jaune, est atrophiée et couverte en grande partie d'amas de pigment. Les vaisseaux de la rétine sont normaux et la papille optique est saine. L'acuité de la vision est égale à 20/20; on ne constate pas de scotome, mais le champ visuel est diminué à la périphérie.

— M. *Nettleship* attire l'attention de la Société sur la fréquence avec laquelle les ophthalmies destructives coïncidant avec quelque maladie générale simulent l'existence d'un gliome. Il cite un fait à l'appui, et montre comment toute la base du cerveau envahie par le pus détermine les symptômes des gliomes.

— M. *Nettleship* signale les dangereux effets des vapeurs de bisulfure de carbone et de sulfure de chlore qui se dégagent dans les ateliers où l'on prépare le caoutchouc vulcanisé. Il cite le fait suivant: Un jeune homme âgé de vingt ans travaillait depuis neuf à dix mois dans un de ces ateliers. Trois ou quatre mois après ses débuts dans ce travail, sa santé commença à faiblir; il ressentit une grande faiblesse dans les jambes, éprouva des nausées et de violentes douleurs de tête; en même temps sa vue commença à faillir. Les papilles étaient pâles et comme couvertes d'un voile membraneux. Le malade ayant suspendu son travail fut d'abord amélioré, mais les lésions firent de nouveaux progrès lorsqu'il retourna à son atelier. Le docteur Ernest Fuchs, professeur d'ophthalmologie à l'Université de Liège, a communiqué à M. Nettleship un cas analogue chez une jeune femme. Le docteur Alexandre Bruce en aurait aussi observé quelques autres.

REVUE DES JOURNAUX

Des scléroses médullaires d'origine vasculaire, par M. E. Demange, professeur agrégé à la Faculté de Nancy. — Après avoir rapporté un fait de myélite diffuse et disséminée à la fois avec endopéri-artérite scléreuse des vaisseaux médullaires, M. Demange rappelle quelques observations où la lésion vasculaire put être considérée comme l'origine de la sclérose de la moelle. Il en conclut que ces myélites, diffuses, parce que les altérations vasculaires sont disséminées dans divers territoires médullaires, méritent d'être classées à part. Dans ce groupe des scléroses médullaires d'origine vasculaire rentreraient, d'une part, la sclérose en plaques, d'autre part diverses scléroses, les unes syphilitiques, les autres liées, comme dans le cas de M. Demange, à l'athérome généralisé. (*Revue de médecine*, 10 octobre 1884.)

Des crises clitoridiennes au début ou dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive, par M. le professeur Pitres. — Signalées pour la première fois par MM. Charcot et Bouchard, en 1866, les crises clitoridiennes tabétiques n'ont guère été étudiées depuis cette époque. Pitres en rapporte trois observations: chez la première malade les crises voluptueuses furent pendant quatre ans le seul signe du tabes; chez la seconde elles précédèrent d'un an, avec les crises gastralgiques, les premières manifestations morbides; chez la troisième enfin, le tabes ne se révéla pendant dix ans que par des accidents de cet ordre et la céphalalgie. Ces faits montrent quelle est la valeur diagnostique des crises clitoridiennes, alors surtout qu'elles coexistent avec tel autre des symptômes habituels de l'ataxie. (*Progrès médical*, 13 septembre 1884.)

Sur la présence d'alcaloïdes toxiques dans l'urine et dans certains liquides pathologiques, par R. Lépine et Guérin. — Les auteurs ont trouvé des alcaloïdes toxiques dans les urines de deux typhoïdiques, de cinq pneumoniques; ils n'en ont point trouvé dans l'urine d'un diabétique; dans des urines ictériques et dans divers liquides pathologiques les alcaloïdes étaient en très petite quantité et ceux-ci injectés à des grenouilles ne déterminèrent point de phénomènes toxiques. Ces recherches sont donc confirmatives des idées défendues par le professeur Bouchard; elles semblent, de plus, démontrer, autant qu'on peut en juger d'après un très petit nombre de faits, que la toxicité des alcaloïdes varie, suivant les cas, qualitativement et quantitativement. (*Revue de médecine*, octobre 1884.)

Une variété nouvelle de dyspepsie, par M. le professeur Rossbach. — M. le docteur Rossbach, professeur à Iéna, a publié dernièrement une intéressante étude sur une forme de dyspepsie spéciale aux hommes d'étude à laquelle il donne le nom bizarre de *gastroxynsis* (de γαστήρ, estomac et ὀξύς, acide), qui vraisemblablement ne fera pas fortune, et sur laquelle néanmoins nous insistons un peu en raison du vague où reste encore, malgré d'importants travaux modernes, l'histoire des dyspepsies.

L'affection décrite atteint uniquement des personnes appartenant à une couche sociale supérieure, celles surtout

qui sont occupées aux travaux de l'esprit. Elle se traduit par des *accès* de 1-3 jours de durée, revenant toutes les semaines ou tous les mois suivant l'énergie du travail cérébral; plus le cerveau est occupé, plus les accès se multiplient ou s'aggravent. En dehors de ces accès, la digestion est parfaitement normale. Sans le moindre écart de régime, et sous l'influence d'une cause banale (une colère, le cigare, etc.), l'accès débute subitement soit par une céphalalgie violente, soit par un sentiment de brûlure à l'épigastre, que l'estomac soit vide ou non. La sensation de brûlure correspond à une acidité exagérée du contenu de l'estomac, laquelle entraîne une fermeture spasmodique du pylore. Le mal de tête augmente d'intensité, la tête se fend, le visage est pâle, les yeux douloureux à la pression. Ce malaise général se termine par le vomissement des matières contenues dans l'estomac, dans lesquelles l'analyse décèle un excès notable d'acide chlorhydrique libre. Rossbach suppose que cette acidité n'est pas également répartie dans la masse vomie, et que certaines portions sont plus acides que d'autres; mais il n'a pu s'assurer de ce fait. Dès que l'estomac est débarrassé par le vomissement et rincé avec un peu d'eau tiède, tout le syndrome décrit disparaît presque subitement, et le malade peut immédiatement reprendre son travail et se trouve en possession de son appétit ordinaire. Rossbach base cette description sur l'observation de trois malades qu'il a observés fort longtemps et chez lesquels il a pu suivre pas à pas la marche des symptômes. Il a rencontré les mêmes phénomènes chez d'autres personnes, mais sans avoir pu faire une observation suivie.

A la simple lecture, il nous a semblé que les phénomènes décrits ne sont pas rares et qu'ils figurent généralement en France, soit sous le nom de *dyspepsie acide*. soit plutôt sous celui de *migraine*. Quoi qu'il en soit, voici la pathogénie curieuse imaginée par le professeur d'Iéna.

Les causes visées plus haut excitent d'une façon spéciale le système nerveux des gens *prédisposés* et provoquent une sécrétion anormale d'acide stomacal. Cet afflux d'acide concentré irrite les nerfs sensibles de l'estomac, d'où le sentiment d'aigreur, de brûlure, etc.; il ralentit la digestion par occlusion du pylore; il provoque la contraction réflexe des vaisseaux de la tête et du cerveau, d'où la céphalée; il peut même provoquer l'anémie des parois de l'estomac par le même mécanisme et ralentir la résorption.

La preuve que tout cet ensemble de symptômes se groupe autour de l'acidité gastrique, serait que le malaise disparaît par le vomissement, la dilution du contenu de l'estomac au moyen d'eau tiède, ou simplement par le repas dans les accès légers. Les personnes prédisposées sont prises, même lorsqu'elles mangent de la salade fortement vinaigrée.

Une affection de ce genre n'est pas facile à classer : elle diffère par des côtés insignifiants de ce que nous connaissons jusqu'ici, mais enfin elle en diffère. Ainsi la maladie à laquelle Leube a donné le nom de *névrose réflexe digestive* s'en distingue par sa continuité. En place des accès, on observe chaque jour après le repas, de la céphalée, de la congestion de la face, de la somnolence, etc.

La maladie décrite par Reichmann (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1882, n° 40 et 1884, n° 2) comporte une sécrétion stomacale d'une *acidité constante*, et provoquant des phénomènes particuliers que l'on ne retrouve pas ici.

Le *pyrosis* simple, symptôme de beaucoup de maladies, tient non pas à un excès d'acidité mais à un excès d'irritabilité des nerfs sensibles de l'estomac. Il se présente, lui aussi, comme un symptôme de longue durée.

La *dyspepsie acide* tient à des fermentations anormales du contenu de l'estomac : on trouve des acides butyrique, lactique, acétique. Dans la forme décrite par Rossbach, l'acidité est due uniquement à l'acide chlorhydrique libre et se produit même dans un estomac vide.

Enfin elle se distingue du catarrhe aigu de l'estomac, par son apparition subite, l'absence de douleurs à la région précordiale, de produits de fermentation anormale, d'enduit saburral de la langue. Mais il n'est pas douteux que la plupart du temps cet état soit confondu avec le catarrhe stomacal: on ne songe pas toujours comment il peut se faire que chez un homme dont la vie est parfaitement réglée, une opération cérébrale intensive peut subitement faire apparaître un catarrhe de l'estomac. Seitz (Niemeyer-Seitz, *Manuel de Path.*, t. II, 11e éd., p. 589) avait cependant déjà signalé ce fait.

La confusion avec les affections chroniques ou les tumeurs de l'estomac est impossible.

La ressemblance de cette dyspepsie spéciale avec l'hémicrânie est tellement frappante que l'auteur avait résolu au début de ses observations d'effacer de la nosographie le mot de migraine. Cependant l'observation attentive des formes cliniques et l'analyse du contenu du vomissement lui ont démontré qu'il existe des formes de migraine qui ne relèvent pas de l'afflux de suc gastrique acide.

Le traitement est simple et consiste à faire boire un demi-litre d'eau tiède ou d'infusion, à toutes les périodes de l'accès. Les alcalins sont plutôt nuisibles qu'utiles. La suppression des travaux de l'esprit entraîne une disparition certaine de ces singuliers accès. (*Deutsch. Archir. für klin. Medic.*, t. XXXV, p. 383.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de pathologie chirurgicale générale, par M. le docteur Berne, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Lyon. 2 vol. in-8°. — Paris, G. Masson.

Notre très distingué confrère de Lyon nous permettra-t-il de commencer par l'expression d'un doute sur la valeur du motif qui l'a déterminé à n'embrasser dans son cours que la *pathologie générale chirurgicale?* Est-il bien exact que tel soit le but assigné, dans nos Facultés, au professeur chargé de l'enseignement « théorique » de la chirurgie, en réservant au professeur de « clinique » l'enseignement des affections chirurgicales particulières; que le premier *doive* étudier exclusivement « l'inflammation, le traumatisme, la gangrène, les tumeurs en général »; et le second « l'inflammation, le traumatisme, la gangrène de telle ou telle partie, la tumeur de telle ou telle région »? C'est donner, ce nous semble, au mot *théorie* un sens qu'il n'a pas dans le langage officiel. L'enseignement clinique de la pathologie interne ou externe est celui qui se fait au lit du malade, et l'enseignement théorique celui qui est donné *ex cathedra*, didactiquement, loin des exemples et de la vérification expérimentale, comme un exposé des connaissances fournies par les recherches scientifiques de toute sorte, même théoriques, et par la clinique elle-même. Le professeur de clinique a pour mission d'initier l'élève à la pratique de la médecine, conséquemment de lui fournir le contrôle et l'application de l'*ensemble* des notions qu'il a pu acquérir dans les autres branches de l'enseignement, notions générales ou notions particulières, notions de pathologie ou notions de médecine opératoire, de thérapeutique, d'hygiène, de chimie médicale, etc. Et c'est cette destination propre des chaires de clinique qui permet d'en instituer dans des branches de la pathologie où l'on n'aurait jamais l'idée de partager entre deux chaires les états pathologiques généraux et les maladies spéciales; par exemple, dans l'obstétrique, dans l'ophthalmologie, voire dans la pathologie infantile.

Felix culpa. Sans elle, nous ne posséderions pas ces deux beaux et substantiels volumes où la pathologie chirurgicale générale est traitée avec une ampleur qu'on ne saurait trouver dans les traités de chirurgie, où le même sujet n'est jamais qu'un accessoire, ou, pour être plus juste, qu'un fron-

tispice de l'histoire des affections spéciales. Si l'auteur n'a pas obéi à une obligation fonctionnelle, il a suivi une heureuse inspiration en dotant notre pays d'un ouvrage qui lui faisait défaut lorsqu'un pays voisin en possédait un, devenu, malgré ses imperfections, classique dans toute l'Europe. Il s'agit ici, il est vrai, d'une série de leçons, mais de leçons disposées, enchaînées, proportionnées entre elles avec toute la rigueur qu'exigerait un traité méthodique, et présentant cet avantage que le texte offre le caractère d'abondance et de vie que permet l'enseignement oral, et qui distingue un professeur de race.

Il ne faudrait pas d'ailleurs prendre trop à la lettre cette expression de pathologie générale qui est l'étiquette du livre. L'auteur recherche bien ce qu'est anatomiquement et physiologiquement l'inflammation, par exemple; quelle théorie on en peut donner, par quels symptômes généraux et locaux elle se traduit, quels sont les caractères physiques, chimiques ou micrographiques du pus, etc.; c'est le fond de son thème; mais cette inflammation, avec la suppuration qui en est souvent la conséquence, s'il ne la poursuit pas dans l'œil, ou dans l'épaule, ou dans la hanche, il l'étudie dans les systèmes généraux de l'économie, et nous avons une histoire de l'inflammation et de la suppuration du tissu conjonctif, de l'inflammation artérielle ou veineuse, de la myosite, du pus des glandes, du pus des muqueuses, etc. Si bien que cette étude de la phlegmasie forme le texte de douze leçons et occupe plus de 300 pages. De même, l'étude de la gangrène, dont le siège varie avec la nature des causes qui la déterminent, et aussi avec leur siège, amène l'auteur à mille considérations de pathologie locale; et c'est ainsi que s'est présentée d'elle-même l'histoire des embolies, d'abord dans l'ensemble du système vasculaire, puis dans les vaisseaux pulmonaires ou hépatiques. Il en est de même pour les principaux sujets traités. Celui donc qui lira avec suite les deux volumes de M. Berne y puisera beaucoup plus de connaissances sur les maladies spéciales et sur la clinique que l'auteur ne semble tout d'abord lui en promettre.

On fera une remarque analogue si l'on veut bien s'arrêter à la partie thérapeutique de l'ouvrage. Là on entre souvent en pleine clinique. Et la raison en est simple : c'est que, après avoir marqué avec tant de soin toutes les conditions susceptibles de diversifier les traits d'une même affection générale, il fallait bien, dès qu'on entrait dans le traitement, montrer aussi l'influence qu'elles devaient exercer sur le choix des moyens à employer : moyens hygiéniques, moyens médicaux, moyens chirurgicaux. Nous signalons surtout à ce point de vue les leçons consacrées aux tumeurs et au traumatisme.

A ce sujet, disons que le mot traumatisme est employé par M. Berne dans le sens que lui attribuent la plupart des auteurs classiques. Sans nier qu'il soit permis de ne l'appliquer, avec M. Verneuil, qu'aux lésions violentes et immédiatement causées, avec solution de continuité, il range dans le traumatisme les contusions, les ruptures, les fractures et les eschares causées par le froid, la chaleur, les caustiques et la foudre. Cela importe peu dans la circonstance, pourvu qu'on s'entende préalablement sur la signification du terme. Or, les quinze leçons consacrées à l'histoire du rhumatisme, dans laquelle entrent les contusions, les différents genres de plaies, toutes les complications dont elles sont susceptibles, y compris le tétanos et l'infection purulente, sont particulièrement remarquables ; c'est un complet exposé historique et critique des travaux publiés sur cette partie si étendue, si importante et surtout si neuve de la chirurgie. Toute l'histoire des plaies, y compris les plaies par armes à feu et les plaies empoisonnées ; toute l'histoire de la cicatrisation à découvert, ou sous-cutanée, ou sous-crustacée, du chéloïde, des cicatrices vicieuses, de la régénération des tissus, de la fièvre traumatique, des différents modes de pansement des plaies, des sutures, des greffes cutanées, etc., forme un ensemble des plus intéressants, où des aperçus historiques viennent de temps en temps rompre l'uniformité du fond, et montrer les origines de certains mouvements de la chirurgie contemporaine. Peut-être, dans le chapitre où il traite de l'influence exercée par le traumatisme par les diathèses en général, comme dans celui où il spécifie l'action de certaines diathèses spéciales, telles que l'impaludisme, la syphilis, etc., n'a-t-il pas embrassé dans sa totalité le champ à la fois doctrinal et pratique que cultive aujourd'hui avec tant d'ardeur le professeur Verneuil; mais il en dit assez pour faire sentir toute l'importance du point de vue. Sur un autre sujet, bien secondaire il est vrai, si nous ne craignions de trop montrer la sorte de lien qui rattache la *Gazette hebdomadaire* au *Dictionnaire encyclopédique*, nous regretterions que l'auteur, en exposant dans ce même chapitre du traumatisme les effets de la foudre, n'ait pas pris connaissance de deux articles consacrés, dans ce dictionnaire, à la *fulguration*, et où il eût peut-être rencontré quelques traits à ajouter à son tableau.

Quand on a parcouru ces deux volumes, dont chacun renferme plus de 800 pages, on reste frappé de la transformation qu'ont fait subir à la chirurgie, depuis une quarantaine d'années, les progrès de la physiologie et ceux de l'anatomie pathologique. Sur ces deux terrains, elle se rapproche si étroitement de la médecine, que la classique division de la pathologie en interne et externe n'est plus vraiment qu'une arbitraire convention. Le mot même de chirurgiens, si on l'appliquait aujourd'hui, dans son sens étymologique, à ceux qu'il sert encore à classer dans le corps des praticiens, pourrait passer pour une injure. Ce sera l'honneur de la chirurgie contemporaine d'avoir abaissé l'orgueil de la médecine opératoire, d'avoir élevé son art à la hauteur des doctrines scientifiques, et fait alliance avec celui qui puise ses ressources exclusivement dans la connaissance des lois de la nature à l'état de santé et à l'état de maladie. M. Berne a bien compris l'avenir de cette fusion, et son livre ne peut que contribuer à la réaliser.

A. Dechambre.

Index bibliographique.

De l'action antifébrile de l'antipyrine, par M. P. Snyer, assistant à l'Université de Liège. Broché, in-8°, Liège. — On trouvera bien naturel qu'une substance nommée *antipyrine* jouisse de propriétés *antipyrétiques*. Aussi le nom donné à cet « alcali artificiel », qui est le *diméthyloxychinicine* de Knorr, est-il propre à exciter la défiance. Cependant l'antipyrine a été l'objet d'un assez grand nombre d'études thérapeutiques dans les cliniques allemandes et, à ce titre, elle mérite d'être signalée. M. Snyer, qui en a observé les effets dans la clinique médicale de M. Masius, professeur à l'Université de Liège, sur cinquante cas de fièvre typhoïde, seize cas de tuberculose pulmonaire et une fois seulement dans l'angine diphthéritique, est arrivé aux résultats suivants : Dans la fièvre typhoïde, le médicament administré à la dose de 5 grammes par jour en cinq prises dans de l'hostie (l'antipyrine est une poudre soluble dans l'eau et dans l'alcool) abaisse la température en quinze heures, le maximum de la défervescence a lieu entre la septième et la huitième heure; la température, descendue à 36, 35, 34 et même, une fois, à 33 degrés, remonte ensuite graduellement, et, en six heures environ, devient « presque normale ». Les résultats obtenus dans la tuberculose pulmonaire, mais dans les détails desquels l'auteur n'entre pas, sont analogues aux précédents.

L'antipyrine est un sudorifique comme la kairine, mais sensiblement moins active.

VARIÉTÉS

RAPPORT SUR LA PROPHYLAXIE SANITAIRE MARITIME DES MALADIES PESTILENTIELLES.

Ce long travail, adressé par M. Proust à M. le ministre du commerce, expose naturellement des faits et des principes scientifiques bien connus des médecins, et qu'il serait conséquemment superflu de rappeler ici. Nous en reproduisons cependant quelques passages, dont l'un pose les bases de l'organisation sanitaire en matière d'épidémie et exprime en peu de mots l'état actuel de l'opinion parmi les hommes les plus compétents et dont un autre indique les règles à suivre dans la désinfection des navires.

« Les caractères vraiment essentiels, ceux qui impriment aux yeux du médecin un cachet vraiment spécial à ces maladies pestilentielles, sont : 1° la localisation de la maladie dans un foyer d'origine (choléra-Inde, fièvre jaune-Amérique); 2° l'arrivée d'un germe morbifique en Europe ou dans un pays éloigné provenant du foyer d'origine. Sur ce point, presque toute l'Europe scientifique est absolument d'accord; c'est là une vérité presque universellement acceptée. Aux conférences internationales de Constantinople et de Vienne, la conclusion suivante a été votée à l'unanimité : « Le choléra asiatique, susceptible de s'étendre (épidémique), se développe spontanément dans l'Inde, et c'est toujours du dehors qu'il arrive quand il éclate dans d'autres pays.

» Cette conclusion, dis-je, a été votée à l'unanimité à la conférence de Vienne par tous les représentants de l'Europe réunis, et entre autres par l'Angleterre et par l'Allemagne. L'Angleterre était représentée par le regretté docteur Seaton, qui était, à ce moment, le chef du *General board of health;* l'Allemagne avait pour délégués Hirsch et Pettenkoffer.

» Ces opinions ont été depuis confirmées par tous les congrès internationaux d'hygiène :

» A Bruxelles, en 1876; à Paris, en 1878; à Turin, en 1880; à Genève, en 1882; enfin, tout récemment (1884), à La Haye. C'est également l'avis du comité d'hygiène et de l'Académie de médecine. »

L'auteur établit ensuite la nécessité de détruire le germe infectieux, et rappelle les règles de la désinfection, laquelle doit porter sur les matières excrémentitielles des malades et des suspects; sur leur linge de corps; sur leurs vêtements; sur les sacs militaires qui peuvent renfermer des habits d'individus ayant succombé dans les pays contaminés. Elle doit porter encore sur la literie et les marchandises susceptibles, enfin sur le navire lui-même. Puis l'auteur ajoute :

« Afin que cette désinfection soit complètement efficace, on ne doit pas attendre, pour l'opérer, l'arrivée du navire dans nos ports; et nous voudrions voir généraliser la désinfection, pendant le cours même du voyage, pour tous les navires venant de pays suspects de choléra ou de fièvre jaune : désinfecter immédiatement les matières excrémentitielles et les jeter à la mer. Le linge souillé ou seulement sali des malades, des suspects et même des passagers sera passé chaque jour à l'eau bouillante, mais à l'eau réellement bouillante. Les vêtements seront placés au moins deux fois pendant le voyage, au départ et à l'arrivée, dans une étuve à désinfection par la chaleur, étuve qui serait aisément établie sur chaque grand paquebot.

» Pour les navires qui ne posséderaient pas d'étuve, la désinfection serait opérée par l'acide sulfureux, produit par la combustion de 25 à 30 grammes de soufre par mètre cube. Des bains seront donnés aussi souvent que possible, et une propreté exquise régnera sur le navire. Enfin on devra être pourvu d'eau potable d'une pureté irréprochable, et qui jamais ne proviendra d'un pays contaminé.

» Si la nécessité contraignait de renoncer à cette dernière condition, l'eau devrait être alors préalablement bouillie.

» Ces prescriptions seront suivies non seulement pour les navires infectés, c'est-à-dire ayant des malades atteints de choléra ou de fièvre jaune à bord, mais aussi pour les navires simplement suspects, c'est-à-dire n'ayant pas de malades, mais provenant seulement de pays contaminés.

» Il est bien entendu que, lorsqu'il s'agit de navires infectés, les malades seront rigoureusement isolés, et les parties du navire où ils ont séjourné seront fumigées pendant vingt-quatre heures. S'il y a décès, les cadavres seront immédiatement jetés à la mer. »

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS. — SÉANCE ANNUELLE.

On veut bien nous communiquer et nous nous empressons de publier presque entièrement le discours prononcé par M. P. Bert à la séance d'inauguration des cours de l'*Ecole dentaire de Paris*. C'est affaire d'impartialité, car nous ne saurions, au moindre degré, modifier nos opinions d'après une spirituelle allocution où se retrouve la plupart des arguments que nous avons déjà examinés et que nous espérons même avoir refutés. On sait ce que nous pensons des conditions auxquelles devrait être soumis l'exercice de l'art dentaire. Avec M. Magitot, dont on a pu lire ici les excellents articles; avec M. Galippe, dont nous avons résumé le rapport si instructif sur l'enquête qu'il avait été chargé de faire en Angleterre; avec beaucoup d'autres confrères encore, nous croyons qu'une loi sur l'exercice de la médecine ne devrait encourager et favoriser aucune branche de l'art par la création d'un diplôme spécial, et que l'obligation du doctorat devrait être la loi commune de tous ceux qui prétendent se livrer, sous une forme quelconque, à la pratique de la médecine. Mais en attendant que ce vœu soit réalisé, ou, du moins, que le pouvoir législatif se prononce, d'une manière ou d'une autre, sur cette question, nous voyons un grand avantage à ce que l'enseignement libre entreprenne de soustraire l'art dentaire à l'ignorance et à l'impéritie, et même qu'il institue des examens et des diplômes à l'instar d'autres écoles, d'ordre industriel ou économique, également dues à l'initiative privée. Notre seul regret est que le professorat de l'école de la rue Richer n'ait pas été recruté tout entier dans le doctorat, qui existe, ce nous semble, en proportion suffisante dans le corps même des dentistes. C'est un regret qui ne saurait déplaire au directeur actuel de l'Ecole, M. Th. David, qui est muni lui-même du diplôme de docteur.

L'Ecole dentaire date de 1879. Depuis cette époque, elle a créé environ 250 dentistes ayant deux années d'étude. Nous devons ajouter, conformément aux indications de M. Lecaudey, président de l'*Association générale des dentistes*, que par les soins de l'Ecole, plus de 4000 malades ont été secourus gratuitement pendant les quatre dernières années.

Voici le discours de M. P. Bert :

Mesdames, Messieurs,

Lorsque votre Directeur, le docteur David, avec qui j'ai eu, il y a longtemps, chez mon vieil ami le docteur Magitot, les relations les plus désagréables (en tant que rapport de client à dentiste), vint me prier de présider votre séance : « A quel titre, lui dis-je, irais-je au fauteuil de la présidence? M'appelez-vous comme savant, comme législateur ou comme client? » Et il me répondit qu'il m'appelait à tous ces titres à la fois.

Eh bien, comme savant, je suis heureux de voir votre organisation solide, vos cours suivis par des élèves nombreux.

Comme législateur, je me réjouis de votre organisation qui pourra nous éviter toute réglementation officielle. Il y a tant de gens aujourd'hui qui veulent réglementer !

Enfin comme client il faut aussi que je me réjouisse.

J'aurais bien gagné, il y a quelque vingt-sept ou vingt-huit ans, à ce que votre école existât ! . . . .

. . . .

Enfin, sans rien grossir, je dirai qu'au point de vue patriotique, je suis heureux de voir former des dentistes français qui endigueront l'invasion d'Américains. J'espère même que dans quelques années, cessant de faire de l'importation, nous ferons de l'*exportation*. J'ai dit tout cela au docteur David.

« Ah ! m'a-t-il répondu, si tout le monde pensait comme vous ! mais nous avons des ennemis. ».

Je ne le savais pas. Je l'ai appris depuis et je me suis aperçu qu'ils ont contre vous une dent... confraternelle.

Je m'en étonnai fort; les partisans de la liberté et les partisans de la réglementation devraient applaudir à votre institution.

« Non, me dit M. David, il y a des personnes qui voudraient qu'on ne pût être dentiste sans avoir obtenu le diplôme de docteur. »

Comment? Donc on ne pourrait pas être dentiste si l'on ne savait pas faire un accouchement et si l'on ne savait pas le latin? Mais quelle raison donne-t-on pour justifier cette idée?

« Il y en a trois. Les dentistes, dit-on d'abord, emploient le poison, ils emploient l'arsenic, le laudanum, l'acide phénique, etc. »

Soit! mais vous employez ces poisons à si petites doses, qu'ils ne présentent vraiment aucun danger entre vos mains.

« La seconde raison, c'est que les dentistes font de la chirurgie; or, pour être chirurgien, il faut être docteur. »

Mais peut-on comparer la chirurgie dentaire aux actes chirurgicaux qui entraînent parfois la mort?

Exige-t-on d'ailleurs le diplôme de docteur des sages-femmes qui tiennent dans leurs mains deux vies humaines?

Quant aux accidents, la statistique prouve que la plupart d'entre eux doivent être attribués à des docteurs en médecine de campagne, qui arrachent les dents à tort et à travers.

Troisième raison : Vous pratiquez l'anesthésie, chose grave et qui peut compromettre la vie.

Oui; je connais quelque peu la question. Or tous les cas de mort, sauf quatre ou cinq, sont arrivés à des docteurs, et les dentistes ont à leur compte près d'un million d'anesthésies inoffensives.

On voudrait chasser les dentistes de l'anesthésie.

Étrange manière de reconnaître leurs services.

Ne sont-ce pas eux qui ont pour ainsi dire inventé le protoxyde d'azote et l'éther, les deux grandes catégories d'anesthésiques? Les dentistes ont donc gagné le droit de se servir de l'anesthésie, qui du reste se montre innocente dans leurs mains à cause de sa brièveté et du protoxyde d'azote inoffensif.

Et puis ce n'est pas tout. Si l'on considère le brevet de docteur comme nécessaire et comme suffisant pour le dentiste, le docteur pourra ouvrir un cabinet de dentiste, tout en étant dans la plus complète ignorance de son art.

Où l'aurait-il appris? Est-ce à la Faculté, est-ce dans les hôpitaux? Nul ne s'en occupe. Il n'y a ni chaires, ni cliniques. Jamais dans les hôpitaux on ne soigne les dents, et l'extraction qui est à l'art dentaire ce que la poudre à canon est aux relations des peuples, est laissée aux infirmiers, aux élèves débutants. .

. . . .

Bon, a-t-on dit encore, au diplôme de docteur il faudra ajouter un nouveau diplôme, le diplôme de dentiste.

Comment? un docteur qui a le droit de vous arracher la moitié de la tête ne pourrait pas vous arracher une dent? Cela ne se soutient pas.

Mon sentiment, c'est qu'on vous a couverts de fleurs pour vous conduire à l'autel. On a exagéré l'importance de votre cas, afin d'être en droit d'exagérer les garanties.

Votre art est, en réalité, délicat, difficile, plein de détails et de peine. Pour être un véritable dentiste, il faut connaître à fond l'anatomie de la bouche, l'anatomie des dents, leur évolution, leurs maladies; il faut savoir comment les traiter; il faut connaître la prothèse, qui est hérissée de difficultés multiples.

Il faut connaître, sommairement au moins, la situation du corps entier, le rôle des organes, les rapports des maladies générales et des empoisonnements avec les affections dentaires.

Tout cela est difficile, spécial, long à acquérir, demandant non seulement de l'intelligence, mais de la dextérité, qui ne peut être due qu'à une longue pratique.

Mais rien de tout cela, en somme, n'exige l'ensemble de connaissances scientifiques qu'on demande avec raison au docteur en médecine.

Vous avez donc raison de donner un enseignement spécial, avec un certificat spécial.

Vous faites œuvre utile, bonne et fructueuse, et vous rendez de grands services.

Vos succès scolaires sont incontestables et devraient vous rallier tous ceux qui ne se sont séparés de vous que parce qu'ils ne croyaient pas en votre réussite.

La valeur de vos diplômes sera ce que vous la ferez vous-mêmes. Donnés sérieusement, ils conféreront à ceux qui les auront obtenus une véritable autorité. Dans nos villes de province, ils défieront toute concurrence.

En terminant, je ne fais pas des vœux pour vos succès, puisque je les proclame.

J'espère qu'un jour vous nous convierez à inaugurer vos cours non plus dans un appartement vulgaire où l'on a fait tomber les cloisons, mais dans un palais comparable à ceux où sont installées les écoles américaines comparables à la vôtre.

Nécrologie : Fauvel. — Nous recevons jeudi soir la nouvelle de la mort de M. Fauvel (Sulpice-Antoine), qui a succombé hier aux suites rapides d'une pneumonie double.

Né à Paris en 1813, lauréat des hôpitaux et de l'École pratique, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, reçu docteur en 1840, Fauvel appartenait au Bureau central des hôpitaux quand il partit comme médecin sanitaire de France à Constantinople. Revenu, après la mort de Mélier, pour remplacer celui-ci comme inspecteur général des services sanitaires, il devint, en vertu d'un arrêté de l'Administration, médecin de l'Hôtel-Dieu, sans passer par les étapes ordinaires, ce qui amena, mais sans succès, des réclamations de la part de la Société des hôpitaux. Il fut nommé bientôt après membre de l'Académie de médecine, aux travaux de laquelle il prit une part active, principalement dans les questions d'hygiène publique. Les services qu'il a rendus à l'hygiène internationale mériteraient une appréciation étendue que nous ne pouvons faire en ce moment. Nous nous bornerons à ajouter qu'aux conférences sanitaires internationales de Constantinople et de Vienne il joua un rôle presque prépondérant, et qu'il eut la satisfaction, depuis cette époque, de voir la plupart de ses anciens adversaires souscrire aux idées qu'il avait fait prévaloir. Notre règlement de 1876, visant les provenances maritimes, est son œuvre. Il n'a cessé de remplir ses fonctions d'inspecteur général avec le plus grand zèle et avec une autorité unanimement reconnue à l'étranger et en France, jusqu'au jour où l'affaiblissement graduel de ses facultés le condamna au repos. Il était vice-président de l'Académie pour cette année et devait la présider l'année prochaine.

Nécrologie. — M. le docteur Rufz de Lavison, associé national de l'Académie de médecine, à qui son assiduité aux séances et la part qu'il prenait quelquefois aux discussions avaient donné toutes les apparences d'un membre résident, vient d'être enlevé par une mort tout à fait subite à Neuilly-sur-Seine. Il était dans sa quatre-vingtième année. Rufz avait été interne de Dupuytren, en 1835. Après avoir obtenu la médaille d'or de l'internat, il avait à peine passé sa thèse de doctorat, qu'il se présenta au concours de l'agrégation, où il fut nommé le premier. Sa leçon sur les perforations intestinales a laissé des souvenirs. Dans cette même année, lors de la recrudescence de l'épidémie de choléra, il fut envoyé à Marseille pour secourir les malades, et reçut pour cette mission la croix de chevalier. Il partit alors pour la Martinique, son pays natal, sans profiter de son titre d'agrégé, et y publia divers travaux, dont le plus remarqué a été son *Enquête sur le Bothrops lancéolé*. Revenu à Paris en 1850, il fut nommé directeur du Jardin d'acclimatation, et en remplit les fonctions jusqu'en 1865.

— Le laboratoire de l'Hôtel-Dieu vient de faire une perte bien sensible et qui y a causé une douloureuse émotion : celle de M. A. Lesage, aide de clinique de la Faculté. Divers travaux sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie l'avaient déjà signalé dans cet hôpital à l'attention de ses chefs, où il était attaché depuis plusieurs années. Quelques études expérimentales, notamment sur l'*Adonis vernalis* et les sels de potassium, ont été remarquées. On lui doit, en outre, en collaboration avec M. Bourceret, des observations sur la circulation périphérique. Nous nous associons de grand cœur aux regrets qu'il laisse derrière lui.

— On annonce aussi la mort de M. le docteur Lemoine (de Paris).

Affaire Schutzenberger : Encinas. — Sous ce titre : *Qu'y a-t-il de vrai?* un des organes autorisés de la presse de Madrid, *El Siglo medico*, signale la lettre médicale que nous avons écrite il y a un mois pour démontrer que les cent premières pages d'un livre écrit par le professeur Encinas (de Madrid) avaient été textuellement traduites d'un ouvrage du professeur Schützenberger. Notre confrère espagnol termine par les paroles suivantes : « En tout cas, nous espérons qu'il y aura quelque éclaircissement sur ce point; car, soit que l'accusation soit vraie, soit qu'elle soit fausse, il convient de démêler ce qu'il y a de vrai dans un cas aussi délicat. » Nous sommes absolument de cet avis, et nous affirmons de nouveau, en offrant à notre confrère espagnol de lui envoyer un exemplaire de l'ouvrage français, que tout homme sincère et loyal approuvera, après une collation attentive, l'exactitude de nos assertions et la justesse de nos appréciations.

Le régime des eaux. — M. Rouvier, ministre du commerce, vient d'adresser aux préfets une circulaire pour leur rappeler que l'avis du *Comité consultatif d'hygiène* doit, aux termes du décret de réorganisation du 30 septembre dernier, sur tous les travaux projetés par les municipalités pour approvisionner d'eau potable les villes et les communes. Ces projets doivent donc être d'abord communiqués au ministre, qui les renverra au Comité; mais ils devront avoir été préalablement soumis aux Conseils d'hygiène publique et de salubrité institués dans chaque arrondissement par l'arrêté du chef du pouvoir exécutif du 18 décembre 1848, et les rapports de ces Conseils devront être également envoyés au ministre.

Corps de santé militaire. — Ont été promus ou nommés dans le corps de santé de la marine, *après concours :*

Au grade de médecin de 1re classe : Les médecins de 2e classe : MM. Bertrand, Randou, Brou Duclaud, Lemarchand, Raffaëlli, Jabin-Dudognon, Machenaud, Le Landais, Bohéas, Arami, Deschamps, Couteaud, Mortreuil, Nicolas, Hahn, Chabaud, Desmoulins, Borély, Pagès, Long.

Au grade de médecin de 2e classe : MM. Rousseau, Pascal, Bahier, Charrin, Le Méhauté, Hugé, Damany, Fruitel, Lota, Durand, Bonain, Branellec, Cardes, Vinas, Haueur, Suard, Mathé, Grognier, André dit Duvigneau, Amiaud, Ollivier, Duville, Métin, Gervais, Chauvet, Triaud, Audibert, Deblenne, Vigné, Jollet, Recoules, Deslandes, Leclerc, Négretti, Crozat, Vian, Laugier, Lacarrière, Casanova, Duprat, Borius, Nollet, Percheron, Roby.

Au grade d'aide-médecin : Les étudiants en médecine : MM. Martel, Brossier, Loussot, Lahadens, Rouxel, Fontaine, Bossuet, Le Ray, Bonain, Houdart, Brauzon-Bourgogne, Gargam, Boullangier, Dusault, Jourdan, Bonneseuelle, de Lespinois, Rousselin, Montfort, Besnard, Dumas, Allain, Martenot, Sisco, Caire, Marchoux, Debray, Brochet, Lafaurie, Kérébel, Emonet.

Une ultra-centenaire (124 ans). — Nous avons signalé l'existence, dans le bourg d'Auberives-en-Royans (Isère), d'une femme âgée de cent vingt-quatre ans. Le curé d'Auberives confirme le fait dans une lettre adressée à un journal de Lyon

« Je ne sais, dit-il, si cette dame a cent vingt-quatre ans, mais ce qui est sûr, c'est qu'elle compte cent et un ans de mariage; un acte d'huissier, demandant au nom d'un notaire les émoluments du contrat de mariage de Mme Girard, établit que Marie Durand, veuve Girard, s'est mariée en 1783. A quel âge s'est-elle mariée? On ne peut le savoir, la personne en question ne sait pas le dire. »

Choléra. — Depuis notre dernier bulletin, le choléra a fait son apparition à Nantes, et y a pris des proportions notables. Ainsi, le 3 novembre, il y avait eu de minuit à six heures du soir 10 décès, dont 7 en ville et 3 à l'hôpital. Aux dernières nouvelles, le 5 novembre, on comptait, dans les vingt-quatre heures, 13 cas cholériques et 6 décès. Les dépêches annoncent que les autorités de Saint-Nazaire vont imposer une quarantaine de *vingt-quatre heures* aux provenances maritimes nantaises.

On signale 1 cas à Paimbeuf.

Aucun indice sur la provenance du foyer local.

Etat stationnaire à *Oran*. En Italie, il n'y avait eu, le 4 novembre, que 11 cas cholériques et 4 décès. — En *Espagne*, on ne trouve plus aucun bulletin du choléra, même dans *El Siglo medico.*

— Nous ne disons rien aujourd'hui du *Choléra à Paris*, nous réservant de rapprocher, dans un prochain article, ce qui a été dit jusqu'à ce jour, sur l'épidémie de Paris et de sa banlieue.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 14 novembre). — *Ordre du jour :* Discussion sur la prophylaxie de la tuberculose. — M. Dujardin-Beaumetz : Hématémèses abondantes provoquées par un ulcère simple de l'estomac, traitées avec succès par la transfusion. — M. Letulle : Gommes scrofulo-tuberculeuses bacillaires.

Hôpital Saint-Louis. — *Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — M. le professeur A. Fournier commencera ce cours le vendredi 14 novembre, à neuf heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Clinique de l'Hôtel-Dieu. — Nous signalons une heureuse innovation introduite dans la la clinique médico-chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. Les professeurs G. Sée et Cornil se sont entendus pour faire, l'un les leçons de clinique (les lundis et vendredis), l'autre (tous les mercredis) une conférence avec démonstration anatomo-histologique sur les autopsies des malades qui auront été observés à la clinique. La concordance de ces études présentera des avantages réels, tant pour l'instruction des élèves que pour les recherches scientifiques. (Voy. au *Supplément* la liste des cours de la Faculté.)

Cours d'histoire de la médecine. — Dans sa première leçon, M. le professeur Laboulbène résumera l'œuvre de Celse et l'histoire de la médecine à Rome. (Voy. au *Supplément* la liste des cours.)

Concours. — Le concours pour les prix de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris (médailles d'or et d'argent) vient de s'ouvrir. Les questions écrites posées ont été, pour les internes de troisième et quatrième année : *Cellule hépatique. Accidents nerveux du diabète;* — pour les internes de première et seconde années : *Valvule iléo-cæcale. Symptômes et traitement de l'étranglement interne.*

Légion d'honneur. — Ont été nommés chevaliers : MM. Chédan (Ernest-Alexandre), médecin de 1re classe de la marine; Bayard (Louis-Paul-Emile), médecin-major de 2e classe au 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

Mortalité a Paris (44e semaine, du 24 au 30 octobre 1884). — Fièvre typhoïde, 24. — Variole, 0. — Rougeole, 34. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 30. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 45. — Phthisie pulmonaire, 207. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 61. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 51. — Bronchite aiguë, 26. — Pneumonie, 67. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 33; au sein et mixte, 23; inconnu, 8. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 103; de l'appareil circulatoire, 58; de l'appareil respiratoire, 73; de l'appareil digestif, 51; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 6. — Morts violentes, 29. — Causes non classées, 8. — Total : 989.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

L'organisation à Paris d'ambulances urbaines analogues à celles des grandes villes d'Amérique. Premiers secours aux malades et blessés, par M. le docteur Henri Nachtel, avec une lettre de M. Victor Hugo. Brochure in-8. Paris, G. Masson. 75 c.

Recherches sur l'élimination de l'acide phosphorique chez l'homme sain, l'aliéné, l'épileptique et l'hystérique, par M. le docteur A. Mairet. 1 vol. in-4 avec tableaux et planches. Paris, G. Masson. 5 fr.

Contribution à l'étude du mécanisme de la mort par les courants électriques intenses servant à la lumière électrique, au transport de la force, etc., par M. le docteur E. Grange. Brochure in-8. Paris, G. Masson. 1 fr. 50

Étude sur les cystites blennorrhagiques, par M. le docteur F. Leprévost. Brochure in-8. Paris, G. Masson. 3 fr. 50

Traité de chimie biologique, par M. Ad. Wurtz. 2e partie. 1 vol. In-8, avec figures. Paris, G. Masson. 8 fr.

Traitement des maladies de la peau (dartres, scrofulides, syphilides, calvitie) et de l'engorgement de l'utérus, par la méthode locale expulsive de M. le docteur Felix Rochard. 2e édition. 1 vol. In-8. Paris, Berthier. 3 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITE DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 4 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) et divers documents intéressant le public médical.

Paris, 13 novembre 1884.

LE CHOLÉRA. — DE LA PARALDÉHYDE, SES EFFTS PHYSIOLOGIQUES ET SON EMPLOI EN THÉRAPEUTIQUE. — LA THÉRAPEUTIQUE ANTISEPTIQUE ; SES APPLICATIONS AU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Le choléra.

Nous avions été bien inspiré en ne reproduisant qu'avec de formelles réserves les conclusions du rapport adressé le 21 septembre dernier, à M. le ministre du commerce, par M. l'inspecteur général des services sanitaires. A cette date, en effet, M. Proust affirmait que l'épidémie cholérique était en voie de déclin dans notre pays; il opposait l'immunité du Nord à l'infection du Midi et n'hésitait pas à attribuer les résultats avantageux qu'il se croyait en mesure de constater à la façon à la fois rationnelle et énergique dont l'épidémie avait été combattue. Enfin, M. Proust établissait comme un axiome que la façon dont se comporte le choléra dans une ville est le réactif de sa salubrité. Que deviennent aujourd'hui ces déclarations? Que devrions-nous penser de la salubrité de Paris si elles étaient fondées?

Ne sommes-nous point plutôt en droit de répéter que, « lorsqu'il s'agit d'une maladie aussi complexe quant à sa genèse et à sa prophylaxie, il faut être sobre d'affirmations »? Après avoir paru s'éteindre dans le bassin de la Méditerranée, le choléra a éclaté presque soudainement à Yport, puis à Nantes. En même temps une épidémie, dont M. Dujardin-Beaumetz nous a conté l'histoire, se développait dans la banlieue parisienne. Les arrondissements de Paris étaient eux aussi contaminés; les rapports publiés au *Journal officiel* annonçaient à Paris plusieurs décès et contrastaient ainsi avec les déclarations du *Bulletin hebdomadaire de statistique municipale* qui évitait de prononcer le mot de choléra; enfin, comme il arrive toujours dans les épidémies cholériques, après une période d'incubation plus ou moins longue, la maladie éclatait avec une réelle intensité, et en deux jours frappait tous ou presque tous les quartiers de Paris. Nous avions donc il y a six semaines quelque raison de rappeler que « dans toutes les maladies épidémiques, la nature et l'activité du contage constituent un élément dont il y a lieu de tenir grand compte et qui peut se jouer de toutes les prévi-

FEUILLETON

Lettres médicales.

Auteurs et éditeurs.

A MONSIEUR GEORGES MASSON, ÉDITEUR.

Mon cher ami,

Une polémique engagée naguère dans la presse médicale et dans la presse politique au sujet d'une nouvelle édition de l'ancien *Dictionnaire Littré et Robin* a provoqué, dans diverses feuilles, l'examen théorique des rapports qui doivent exister entre les auteurs et les éditeurs. On a demandé jusqu'à quel point ces derniers avaient le droit de modifier le texte des ouvrages dont ils publient une édition nouvelle. Cette question, j'avais l'intention de l'examiner dans la *Gazette;* mais j'ai bien vite compris qu'elle dépassait les limites où on la renfermait généralement; qu'elle n'était du ressort exclusif ni de principes moraux, ni même de principes de droit; qu'elle se liait étroitement aux circonstances particulières que font naître les traités intervenus entre ceux qui ont créé l'œuvre et ceux qui se chargent de la publier.

Je suis convaincu que, si vous vouliez traiter cette question vous-même, votre loyauté connue donnerait à tous la confiance d'une solution équitable.

A vous de cœur, A. DECHAMBRE.

Vous me mettez dans l'embarras, mon cher ami, non que la question que vous me posez ne me paraisse assez simple, et je pourrais ajouter qu'en la posant dans les termes où vous le faites, vous l'avez presque résolue; mais il est toujours délicat de traiter un sujet professionnel, et de sembler ou plaider *pro domo sua*, ou blâmer d'une façon directe ou indirecte les actes d'autrui, quand il s'agit d'incidents concernant d'aussi près le métier qu'on exerce soi-même et ceux qui l'exercent concurremment avec vous.

sions scientifiques ». Mais ce n'est plus aujourd'hui qu'il convient de parler du passé; c'est l'avenir que nous devons envisager. L'épidémie parisienne, si nous en croyons ce que nous savons de l'influence exercée sur la marche du choléra par les mesures hygiéniques prises à temps et bien surveillées, restera encore relativement bénigne. Bien qu'elle s'annonce déjà comme devant causer un nombre de décès supérieur à celui que l'on constata en 1873, il est permis d'espérer que la saison froide dans laquelle nous allons entrer atténuera assez rapidement ses ravages. Ce qu'il nous faut d'ailleurs étudier, ce ne sont plus les conditions qui ont pu donner naissance à cette nouvelle épidémie (chose assez indifférente pour le moment), ce sont les moyens à mettre en usage pour la combattre.

Le corps des médecins des hôpitaux s'est ému de certaines dispositions prises dans ces derniers jours pour le service des cholériques. Sous l'empire de l'idée, si puissante aujourd'hui, d'isolement des malades atteints de maladies contagieuses, on a spécialement désigné pour recevoir les cholériques des hôpitaux situés aux extrémités de la capitale : l'hôpital Bichat, ancien bastion, situé boulevard Ney; l'hôpital Tenon, rue de la Chine, à Ménilmontant; l'hôpital des Mariniers, à Montrouge. Quand les malades de la première heure, amenés à Saint-Antoine, y ont rendu le service trop pénible, c'est sur Saint-Louis qu'on l'a déchargé. De pareilles mesures seraient acceptables à la rigueur si une voiture pouvait être amenée immédiatement à la porte de tout individu gravement frappé et le conduire directement à un asile déterminé. Ce serait toujours une chose assez fâcheuse qu'un si long trajet dans de telles circonstances; mais les secours arriveraient bientôt, et l'avantage d'un isolement par rapport aux centres les plus denses de la population parisienne serait acquis. Malheureusement, et cela se conçoit, la Préfecture de police ne pouvait suffire immédiatement à tous les transports, surtout à des transports individuels. Il fallait d'ailleurs demander les voitures et les recevoir. On s'adressait aux cochers de fiacre, qui souvent refusaient de marcher (1). Ce n'est pas tout. La population ne paraît avoir reçu aucune indication concernant la direction à donner aux cholériques destinés aux hôpitaux; elle ne savait officiellement ni quels étaient les établissements désignés, ni quel était en particulier le plus rapproché de tel ou tel quartier (car *Bichat*, *Tenon*, *les Mariniers* sont de l'hébreu pour les dix-neuf vingtièmes des habitants); elle n'avait aucun renseignement sur la chance qu'a un malade de trouver de la place dans l'établissement où on le transporte. Qu'arrivait-il? Un cas de choléra se déclare dans une maison; les locataires s'effrayent. Si le malade doit aller à l'hôpital, on s'empresse de chercher une voiture, de l'y installer et de le conduire... n'importe où, n'importe à quel établissement. Mais celui-ci n'est pas destiné aux cholériques! Refus plus ou moins persistant de les recevoir (nous en pourrions citer des exemples). Il s'est déjà passé des heures depuis l'invasion du mal. On juge de l'effet de ce ballottement d'un bout à l'autre de la ville.

(1) L'administration de la *Compagnie générale des Petites Voitures* et celle de l'*Urbaine* viennent d'interdire à leurs cochers de transporter des malades atteints de maladies contagieuses.

Qu'on ne s'y trompe pas; nous n'allons pas jusqu'à demander la complète promiscuité des cholériques et des autres malades (1); nous reconnaissons bien volontiers l'excellente intention qui a dirigé les mesures administratives et nous croyons même que tout d'abord l'éloignement des cholériques était fort du goût de la population. Mais il ne faudrait pas tomber de mal en pis, et, pour empêcher les gens de communiquer leur mal, risquer leur propre vie. Le problème administratif consiste, suivant nous, à trouver dans les hôpitaux peu éloignés le moyen de pratiquer le *meilleur isolement possible*, comme il a été fait, sans dommage bien appréciable, dans des épidémies antérieures. Des pavillons isolés, s'il s'en trouve dans l'établissement; à leur défaut des salles d'isolement, comme il y en a en ce moment à l'hôpital Necker dans le service de M. Rigalt; des pavillons en bois analogues à celui de l'hôpital Saint-Louis, quand le terrain le permet; des baraquements comme à Cochin. L'Hôtel-Dieu annexe, dont la situation est centrale, serait réservé tout entier comme dernière ressource. On aurait soin d'ailleurs de mesurer autant que possible le nombre des cholériques au degré d'isolement permis par les locaux. Ainsi à Necker il a paru prudent de n'en admettre qu'en cas d'urgence. Voilà ce qui convient pour les cholériques des parties centrales ou les moins excentriques de Paris, en réservant, soit pour les cholériques de la cir-

(1) La Commission sanitaire du Conseil municipal avait, dès le mois de juillet, proposé de rassembler tous les cholériques dans un même hôpital. M. le docteur Després a fait observer qu'on ne pouvait se dispenser d'avoir dans chaque hôpital une salle réservée aux cholériques, ne fût-ce que pour les cas intérieurs. M. Quentin a appuyé les observations de notre confrère et a même déclaré que les hôpitaux ne pouvaient refuser les cholériques du quartier qui se présenteraient à la porte. (On a vu plus haut que cette consigne n'avait pas été toujours bien comprise.) C'est alors que la Commission sanitaire a désigné trois hôpitaux : Bichat, Saint-Antoine et Cochin.

Permettez-moi de me tenir dans la question générale, et d'éviter autant qu'il me sera possible de rentrer dans ce bruyant débat, auquel j'ai eu soin de rester absolument étranger, précisément pour le dégager de ces questions de concurrence, qui doivent rester sur le terrain purement commercial, où elles peuvent s'exercer sans que le public ait à y intervenir autrement que pour profiter de l'émulation qu'elles amènent entre commerçants.

Et, tout d'abord, est-il vrai que l'éditeur soit nécessairement et fatalement un *exploiteur*, qui, par sa seule intervention, semble destiné à déposséder et exproprier l'auteur. Je sais qu'il est d'usage, depuis bien des années, de critiquer hautement et en toutes occasions ces vampires qui se nourrissent exclusivement du sang le plus généreux de notre pays. Si, en réalité, il existait dans notre société une corporation sans le concours de laquelle aucune œuvre de l'esprit ne pût se produire, et qui en abusât pour exploiter à la fois la bourse et l'intelligence de l'auteur, une réforme serait indispensable; elle serait de moralité publique. Mais tel n'est pas heureusement le cas, et c'est avec peine que je vois, à propos d'un incident tout spécial, s'affirmer aux yeux du public un antagonisme que démentent heureusement dans la pratique les relations d'estime réciproque et d'amitié que bien des auteurs entretiennent avec leurs éditeurs.

D'autre part, est-il possible de ramener toujours à une question de principe tous les incidents qui peuvent surgir entre ceux-ci, que nous les supposions unis par les liens que je viens de dire, ou que des raisons multiples aient fait naître entre eux des difficultés de nature quelconque?

Il faudrait admettre pour cela qu'il existât pour la propriété littéraire une législation, ou même, si vous voulez, une *coutume* spéciale, et qu'il fût urgent de la réformer ou de l'établir.

Je laisse, bien entendu, de côté la question même de la durée et du mode de transmission aux héritiers ou aux tiers

conférence, soit pour les convalescents de provenances diverses, les hôpitaux les plus éloignés.

Nous voudrions de plus que la population fût mieux renseignée sur les moyens de mettre à profit l'assistance hospitalière. Serait-il donc si difficile d'organiser dans les mairies, sur les affectations des divers hôpitaux, sur le mouvement des salles, un service d'information toujours ouvert au public, qui permît de donner au transport des malades une direction précise? Et si l'on voulait rendre ces informations plus utiles encore, surtout dans les arrondissements d'une très grande superficie, ne pourrait-on en rendre dépositaires les gardiens de la paix, prêts à les transmettre dans la rue même à qui les leur demanderait? Nous nous plaçons ici dans l'hypothèse peu probable d'une épidémie très intense.

On voudra bien ne voir dans ces remarques aucune tendance à l'esprit de dénigrement, ni à la fatuité, assez commune dans les calamités publiques, de préconiser des moyens de salut. Nous tenons grand compte, encore une fois, des difficultés que rencontre l'administration; et l'on verra même, en parcourant, les articles *Variétés* de ce numéro, l'activité qu'elle déploie pour réparer les imperfections de la première heure quoiqu'il paraisse bien, à entendre certaines réclamations qu'elle n'y réussit pas toujours; mais, dans les circonstances où nous sommes, moins en vue du présent que de l'avenir possible, c'est le devoir de la presse d'exprimer ses vues en toute modestie comme en toute sincérité.

De la paraldéhyde : ses effets physiologiques et son emploi en thérapeutique (1).

Il y a à peine une année que la paraldéhyde a été introduite dans la thérapeutique, mais les expérimentations dans les laboratoires de physiologie et les essais cliniques ainsi que les publications qui en ont été la conséquence sont déjà assez nombreux et suffisants pour nous permettre d'apprécier la valeur de ce médicament.

C'est ce que nous nous proposons de faire en passant en revue ce que nous connaissons de plus certain sur les effets physiologiques qu'il produit chez les animaux et chez l'homme, puis son action thérapeutique et les indications qui en sont la conséquence.

— La paraldéhyde, étudiée d'abord par Cervello (de Palerme) à Strasbourg, a été introduite en France par M. Dujardin-Beaumetz et étudiée par Quinquaud, Hénocque, Eloy, Bochefontaine, Coudray et Nercam à divers points de vue. J'aurai principalement à insister sur ces derniers travaux, auxquels il faut ajouter la communication que Prévost (de Genève) a faite au Congrès de Copenhague.

I. — Action sur les animaux.

Les recherches de Cervello avaient démontré que la paraldéhyde injectée dans les veines ou sous la peau des animaux détermine un sommeil comparable à celui que produit le chloral, et les expérimentateurs qui l'ont suivi ont confirmé ses premiers résultats. Ils sont pour la plupart d'accord sur cette conclusion que la paraldéhyde agit d'abord sur la substance grise des hémisphères et que la moelle n'est atteinte que secondairement.

Les premiers effets de la paraldéhyde en injection intraveineuse ou sous-cutanée sont caractéristiques de son action hypnotique. En l'espace de quelques minutes l'animal devient paresseux, lent dans ses mouvements, il cesse de manger, reste sur le ventre ou accroupi, il semble perdre la notion de la direction; si on l'excite, il cherche à marcher, mais titube, il est comme ivre, il tombe de côté et finit par s'endormir profondément. Les pupilles sont contractées, la résolution est plus ou moins prononcée, mais les réflexes persistent, la respiration est lente, elle diminue d'amplitude. Si la dose est plus élevée, la résolution est complète, l'animal tombe dans le coma, il devient anesthésié; en même temps le refroidissement est considérable, les réflexes disparaissent; enfin la respiration, de plus en plus ra-

(1) Cervello, *Ueber die physiolog. Wirkung der Paraldehydes, beitrage zu den Studien über das chloralhydrat* (*arbeit. aus dem Labor. f. exper. Pathol. zu Strasburg*), in *Arch. f. exp. Path. und Pharmakolog.*, XVI-265, 1883.

Dujardin-Beaumetz, *Sur les effets physiologiques et thérapeutiques de la paraldéhyde* (*Bull. génér. de thérapeut.*, 30 janvier 1884).

Hénocque, *De l'influence de la paraldéhyde sur la calorification, sur l'oxygénation de l'hémoglobine et sur les phénomènes d'échanges* (*Compte rendu de la Société de biologie*, 15 mars 1884, p. 146).

Quinquaud, *Quelques mots sur la paraldéhyde* (*Ibid.*, p. 144).

Vulpian et Bochefontaine, *Note relative à quelques expériences sur la paraldéhyde* (*Ibid.*, p. 157).

L. Coudray, *Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la paraldéhyde* (Thèse de Paris, 1884, n° 200).

I. Nercam, *Action hypnotique et sédative de la paraldéhyde dans les différentes formes d'aliénation mentale*. Paris A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1884.

Eloy, *La paraldéhyde et ses propriétés hypnotiques* (*Union médicale*, 15 janvier 1884, n° 8, p. 85).

Article Paraldéhyde, in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. XX, 2e partie, 1884.

J.-L. Prévost, *Note relative à l'action physiologique de la paraldéhyde* (présentée au Congrès de Copenhague), in *Revue médicale de la Suisse Romande*, n° 10, 15 octobre 1884.

---

de cette *propriété* toute particulière, sur la définition de laquelle on n'a même pu jusqu'ici tomber entièrement d'accord. Il est désirable qu'elle soit attribuée le plus longtemps possible aux héritiers ou aux ayants droit de l'auteur. Il y a eu dans ce sens de récentes réformes, et dans notre droit public et dans les relations internationales; espérons qu'il y en aura d'autres. Mais plus on affirmera ce droit si éminemment respectable de l'auteur sur son œuvre, plus on l'assimilera à une propriété quelconque, plus, par extension, il sera difficile et injuste d'en limiter l'exercice entre les mains de celui qui le détiendra. Etant donné que l'auteur est le *propriétaire* de son œuvre, et qu'il la transfère à un tiers, éditeur ou autre, par filiation naturelle ou par cession à titre quelconque, il n'y a et il ne peut y avoir, au point de vue même de ce que ce mot de *propriété* comporte de respectable et de sacré (réserve faite des convenances et usages), de règle générale qui définisse les conditions de cette transmission; et il n'est vraiment pas besoin d'un congrès pour fixer des droits qui résultent tout simplement, pour chaque cas spécial, des *conventions entre les parties*.

Puisque je traite ici la question en homme du métier, laissez-moi, pour ceux de nos lecteurs qui n'ont jamais eu l'occasion de passer sous les fourches caudines d'un libraire, dire quelles sont, dans la pratique, les bases les plus habituelles des conventions entre auteur et libraire.

En matière de livres de science, c'est-à-dire dans le cas d'une œuvre où le progrès continu de la science appelle le plus nécessairement des modifications successives, le mode de traiter est presque constamment le suivant (j'écarte bien entendu le cas où l'auteur fait imprimer à ses risques et périls, l'éditeur n'étant qu'un simple vendeur, et où il reste tout naturellement et à tout jamais maître exclusif et absolu de son œuvre):

L'auteur cède à l'éditeur le droit de publier et de vendre l'ouvrage à des conditions déterminées, contre une redevance fixe par exemplaire tiré ou vendu. Le chiffre du tirage de

lentie, vient à cesser, les mouvements du cœur s'affaiblissent brusquement et l'animal s'éteint sans convulsions, à moins qu'on ne réveille l'activité respiratoire par des excitations électro-faradiques vigoureuses ou par la respiration artificielle.

Lorsque les doses ont été modérées, l'animal se réveille après plusieurs heures de sommeil, il mange, et commence alors à uriner, la constipation cesse, il ne semble pas se ressentir de l'expérience, mais il continue à exhaler par la respiration une odeur d'aldéhyde très caractéristique.

L'étude plus détaillée de l'action de la paraldéhyde nous présente des résultats fort importants. En effet, dans le sommeil nous n'observons pas les troubles de la narcose profonde, l'affaiblissement de la motilité survient graduellement, mais rapidement, il n'y a pas de période d'excitation, l'anesthésie n'est pas réelle, pour les doses modérées, car l'excitation par les courants continus étudiés avec le chariot de Gaiffe dans les expériences que j'ai faites avec Eloy nous a démontré que la sensibilité persiste longtemps et peut être réveillée facilement. L'analgésie n'existe que dans la période ultime; cependant, alors qu'elle a été prononcée, l'animal peut revenir à la vie, si l'anesthésie a été de courte durée.

L'étude des réflexes, faite avec grand soin par Prevost (de Genève), mérite attention, parce qu'elle montre que le réflexe laryngé et le réflexe tendineux du genou disparaissent bien plus lentement sous l'influence de la paraldéhyde que dans l'anesthésie par le chloroforme ou dans la chloralisation.

Les troubles de la respiration sont caractéristiques et il importe de retenir ce fait que la respiration artificielle et l'électro-faradisme peuvent rétablir cette fonction lorsqu'elle semble abolie.

Les sécrétions sont certainement troublées par l'action de la paraldéhyde, la salivation a paru être un effet constant, la diminution de l'urine a été souvent constatée, mais l'étude de ces phénomènes réclame de nouvelles recherches, qui sont d'autant plus nécessaires, que l'action de la paraldéhyde sur les phénomènes de nutrition des tissus est démontrée par l'abaissement de la température et par l'examen du sang.

L'abaissement de température a frappé tous les observateurs, il se produit même avec des doses relativement faibles, il peut continuer longtemps, et être quelquefois considérable. (J'ai constaté un abaissement de 8 degrés continué pendant quatre heures chez un lapin qui a survécu.)

Cet abaissement de la calorification correspond non seulement à la diminution de l'activité respiratoire et par conséquent de l'hématose, mais aussi aux modifications que présente le sang. Celles-ci méritent d'être exposées avec quelques développements, moins parce qu'elles ont donné lieu à des travaux contradictoires, que parce qu'elles appellent de nouvelles études, qui pourront faire connaître la cause intime des effets de la paraldéhyde et son mode d'élimination.

II. — Action sur le sang.

L'action de la paraldéhyde sur le sang n'a été étudiée que par un petit nombre d'observateurs. Quinquaud a signalé la coloration noire du sang des artères à la suite d'injections veineuses, et a conclu que la paraldéhyde déterminait dans le sang la présence de la méthémoglobine. Mais ce résultat n'a pas été observé dans les expériences que j'ai pratiquées sur les lapins et les cobayes, où j'ai au contraire constaté que, sous l'influence de l'injection sous-cutanée de la paraldéhyde, le sang devient d'un rouge plus vif dans les veines, il présente une teinte carminée, plus claire que celle du sang veineux normal.

Hayem, selon Coudray, a constaté dans une expérience, que la paraldéhyde injectée sous la peau d'un lapin n'a pas produit l'apparition de la bande de méthémoglobine.

Je crois donc devoir maintenir mes conclusions premières concernant l'action de la paraldéhyde sur le sang, chez l'animal vivant, à savoir que sous l'influence des troubles de l'hématose pulmonaire et des phénomènes d'échange dans les tissus, l'oxyhémoglobine diminue progressivement et même peut descendre à une proportion incompatible avec la vie; en effet, en examinant le sang d'un lapin auquel la paraldéhyde a été injectée sous la peau, à dose massive, j'ai pu constater et faire constater à mes aides, par l'examen spectroscopique, la diminution de l'oxyhémoglobine et même la disparition définitive des deux bandes caractéristiques de l'oxyhémoglobine et leur remplacement par la large bande unique caractéristique de l'hémoglobine réduite.

En définitive, la paraldéhyde produit une diminution remarquable de l'oxygénation de l'hémoglobine.

Les expériences rapportées par Quinquaud sur l'exhalation pulmonaire d'acide carbonique des animaux auxques la paraldéhyde est administrée, indiquent une diminuton de plus de moitié de la quantité d'acide carbonique exhalée et viennent à l'appui de ma conclusion.

(*A suivre.*) A. Hénocque.

---

chaque édition est fixé d'avance; quand l'édition est épuisée, l'auteur, si, comme d'habitude, il a cédé le droit pour toutes les éditions, fait telles corrections qu'il lui convient; une autre édition est mise sous presse, et ainsi de suite tant que le livre est *de vente;* le jour où l'éditeur ne croit pas devoir en publier une nouvelle, l'auteur rentre *ipso facto* dans la libre disposition de son œuvre.

Je ne vois vraiment dans ce contrat rien de léonin, rien surtout qui dépossède l'auteur au point de vue des droits de l'esprit. Ce sont des débats et des conventions absolument entre particuliers, où chacun agit selon ses intérêts, son expérience et ses besoins. Il se peut que l'auteur ait accepté, au point de vue de sa rémunération matérielle, des conditions que le succès de son œuvre lui fera regretter ensuite, comme il se peut que l'éditeur ait fait, en entreprenant la publication du livre, une opération lourde et même ruineuse; mais, si l'auteur a aliéné l'*usage* de sa propriété, il en a conservé, au point de vue de l'œuvre même, la pleine et entière direction, et c'est là la seule chose qui regarde la morale et l'intérêt général. Quant aux conventions mutuelles à intervenir entre les parties, jamais aucune loi ne les réglementera plus que le prix des immeubles ou de toute autre marchandise; toute intervention serait là attentatoire et nuisible aux intérêts de chacun. Si le libraire abuse de sa situation et *exploite* l'auteur débutant ou inconnu, c'est au mépris public à l'en punir, de même que l'auteur a bien des moyens pour, avant de traiter, se renseigner sur les usages et sur les conséquences de son contrat; mais, dans tous les cas, et c'est tout ce qui doit le toucher, il n'a en rien abdiqué son droit de contrôle et de modification sur son œuvre. Et ce qui est vrai pour lui l'est aussi pour ses héritiers. On ne modifie donc jamais l'ouvrage primitif que de son consentement ou de celui de ses représentants naturels.

A côté de ce mode de traiter, le plus fréquent dans la librairie française, j'en dois citer encore deux autres. C'est d'abord le cas où l'auteur a traité pour un nombre limité

La thérapeutique antiseptique. — Ses applications au traitement de la fièvre typhoïde.

(Fin. — Voyez le n° 45.)

Ces principes une fois posés, voyons leur application au traitement de la fièvre typhoïde.

Bien que, nous l'avons dit en commençant, M. Bouchard n'ait pas pu, en l'inoculant à des animaux et en déterminant par cette inoculation une maladie comparable à la fièvre typhoïde, prouver que le bacille qu'il a isolé et cultivé soit bien l'agent infectieux de la fièvre typhoïde, il admet, d'accord avec l'immense majorité des pathologistes modernes, que l'étiologie, les symptômes et l'évolution de la maladie la rapprochent des maladies bacillaires. Partant de cette hypothèse, il s'est demandé s'il n'existait pas un ou plusieurs agents thérapeutiques capables de créer, dans l'organisme déjà malade, un milieu inapte à la multiplication de ces bacilles, et n'ayant pu, par des expériences de laboratoire, prouver d'une manière indiscutable l'efficacité de ces agents, il s'est appuyé sur des observations cliniques pour en démontrer les avantages.

On sait que, depuis bien des années, on avait songé à prescrire le calomel dès le début et même pendant toute la durée de la fièvre typhoïde. Taufflieb, dont nous avons, en 1863, au début de notre pratique médicale, vu expérimenter la méthode, prétendait arriver ainsi à entraver la marche de la maladie. Avant lui, Serres et Becquerel en France, Wunderlich et Liebermeister en Allemagne, avaient aussi conseillé l'emploi des mercuriaux et en particulier du calomel; mais cet essai avait été exclusivement empirique. La plupart des médecins qui administraient le calomel attribuaient à son action purgative l'influence favorable qu'ils constataient. Seul, un médecin de Saint-Germain, M. le docteur Salet, avait prescrit le calomel à la dose de 1 centigramme toutes les heures jusqu'à production de la stomatite. Persuadé que la médication mercurielle pouvait avoir d'heureux résultats, M. Bouchard avait commencé par donner le mercure comme le docteur Salet.

« J'ai, dit-il, soumis 31 malades à cette méthode de traitement, 2 seulement sont morts, soit 6 pour 100. Chez les malades guéris, la durée moyenne de la maladie a été de vingt jours. Les deux tiers des malades ont guéri en trois semaines ou moins de trois semaines; dans un dixième des cas seulement, la maladie a duré plus de vingt-cinq jours. La stomatite s'est produite 18 fois après neuf jours de traitement en moyenne. Tous les malades qui ont eu la stomatite ont guéri. La stomatite a manqué chez 13 malades, et chez eux la durée moyenne du traitement a été de dix jours. Parmi ces derniers malades, les deux qui sont morts ont subi le traitement seulement pendant sept jours en moyenne. Le mercure ne peut donc pas être incriminé; on peut dire, au contraire, qu'il semble avoir exercé une influence favorable sur la marche de la maladie. Quant à la stomatite, elle a toujours été sans gravité et a cédé rapidement au traitement approprié. Si l'on entre plus avant dans l'analyse des faits, les conclusions se précisent, et on arrive à se convaincre des avantages de la saturation mercurielle. Les guérisons rapides, celles qui se font en moins de trois semaines, ont été, toute proportion gardée, deux fois plus fréquentes chez les malades qui ont eu la stomatite que chez ceux qui ne sont pas arrivés à saturation. Il semblerait donc que, suivant l'opinion plusieurs fois exprimée par les médecins qui ont employé autrefois les mercuriaux dans le traitement de la fièvre typhoïde, en France, en Allemagne, en Angleterre, le calomel exerce une action spécifique, qu'il neutralise l'agent infectieux. Mais ce spécifique mérite-t-il d'être introduit dans la pratique? Il nuit au microbe, ne nuit-il pas au malade? Mes observations prouvent qu'il n'est pas nuisible pendant l'évolution de la maladie; elles démontrent cependant que le mercure abaisse la vitalité du malade. La convalescence est lente, pénible, l'anémie persistante, les forces ne reviennent que tardivement. Au cours même de la maladie, j'ai noté la fréquence des hémorrhagies intestinales ou des évacuations dysentériformes. Après la guérison, j'ai vu survenir des épistaxis, de la diarrhée, la pneumonie, l'endocardite végétante. Les rechutes enfin sont tout aussi fréquentes que dans les autres méthodes du traitement : je les ai observées une fois sur cinq. Je dois dire, à la décharge de la méthode de M. Salet, que je n'ai observé la pneumonie et l'endocardite tardives que dans une seconde période de mes recherches, alors que j'avais substitué à l'usage interne du calomel les injections sous-cutanées des sels mercuriels. Ces derniers essais n'ayant donné aucun résultat avantageux n'ont pas été continués. »

Nous avons tenu à citer textuellement tout ce passage. Ne démontre-t-il pas que, contrairement à ce qui arrive trop souvent, les faits cliniques ayant fait voir les inconvénients d'une méthode exclusive ou trop sévère, la méthode a été

---

d'années ou d'éditions; là encore, les intérêts matériels de l'auteur seuls sont engagés; puis celui qui seul peut donner à l'éditeur un semblant de droit sur l'œuvre de l'auteur, où il a cédé son œuvre à tout jamais — c'est-à-dire dans la limite de ses propres droits — contre une somme une fois donnée.

Ce genre de conventions, précisément parce qu'il exclut ou tout au moins ne nécessite plus l'action directe de l'auteur ou de ses représentants, a lieu surtout pour les œuvres d'imagination qui restent et doivent rester *ne varietur*. Jamais éditeur cessionnaire quelconque n'a prétendu, que je sache, être autorisé à altérer l'ouvrage, et rien n'est plus simple d'ailleurs pour le cédant que de faire à cet égard, en traitant, une réserve expresse.

Le propriétaire a le droit d'*user*, c'est-à-dire de publier à tel nombre d'exemplaires, dans tel format, et à tel prix qu'il lui convient, tout ou partie de l'œuvre qu'il a acquise; mais il ne peut l'altérer. Ce serait *abuser*, publier une sorte de faux, que l'opinion publique et, j'en suis bien certain, les tribunaux réprimeraient immédiatement.

Reste donc, et là nous rentrons dans le cas spécial qui a été l'objet de tout le bruit fait autour de la question : l'abus qui peut être fait d'un *nom*, pour faire sous ce nom un autre livre que celui qui avait été conçu par celui qui l'a signé d'abord.

Ce danger — si danger il y a — se présente pour les ouvrages didactiques, destinés à vieillir rapidement, et qui doivent, sous peine de périr, être tenus au courant non seulement des besoins et des progrès de la science, mais des exigences de programmes constamment modifiés. Il se présente aussi pour des ouvrages de pure compilation, comme peut l'être un dictionnaire où l'auteur a eu plutôt un rôle de directeur et de coordonnateur que de rédacteur proprement dit, n'intervenant à ce point de vue que comme les autres collaborateurs, et pour quelques articles de sa compétence spéciale.

La question, je le reconnais, est là plus délicate : vouloir

aussitôt modifiée? Convaincu que les sels de mercure administrés à petites doses entravaient le développement du microbe typhogène, mais ayant observé de plus que prescrits d'une manière continue et à dose altérante ils pouvaient devenir nuisibles, M. Bouchard n'a pas hésité à modifier le mode d'administration du médicament. Aujourd'hui il ne donne le calomel qu'au début de la maladie, et pendant quatre jours seulement. Il le prescrit sous forme pilulaire. Le malade prend chaque jour vingt pilules contenant chacune 2 centigrammes de calomel. Au bout de quatre jours, quel que soit l'effet produit, la médication est suspendue. A cet *antiseptique général*, le calomel, M. Bouchard associe deux autres médicaments qui agissent tout à la fois comme antiseptiques généraux et comme antipyrétiques. Ainsi, d'ailleurs, qu'il le fait remarquer, ces deux médications concourent souvent au même résultat. « En dehors de la saignée, des spoliations séreuses et du bain froid, tous les antithermiques sont des antiseptiques », et il ajoute, en parlant du sulfate de quinine :

« J'ai grande tendance à croire que cet alcaloïde abaisse la température des typhiques, non par son action physiologique sur l'organisme du malade, mais par son action délétère sur les végétaux provocateurs de la maladie. En effet, la quinine n'abaisse pas la température chez l'homme sain, bien qu'elle modifie réellement les actes de l'oxydation organique; et elle n'abaisse pas l'hyperthermie de toutes les maladies fébriles. Dans la fièvre typhoïde comme dans l'une des infections puerpérales, le sulfate de quinine, à la dose de 1 à 3 grammes, peut abaisser l'hyperthermie de 1 à 3 degrés, ramener la température à la normale sans l'abaisser presque jamais au-dessous de la normale. Dans la pneumonie, dans l'érysipèle, autres maladies infectieuses, on arrive rarement et péniblement à produire un demi-degré d'abaissement avec des doses quotidiennes de 3 et même 4 grammes du même sel. J'en conclurais volontiers que c'est par son action sur les microbes, mais seulement sur certains microbes, que la quinine est antipyrétique dans certaines fièvres.

» Cette action n'est que passagère ; à mesure que le médicament s'élimine, la température remonte ; l'effet utile est épuisé au bout de trente-six à quarante-huit heures. Bien plus, si l'on continue à administrer chaque jour, à la même dose, le médicament qui, le premier jour, a fait baisser le thermomètre de 41 à 38 degrés, on voit que la température remonte quand même, bien qu'elle puisse ne plus atteindre un degré aussi élevé; elle se maintiendra entre 39 et 40 degrés, alors qu'elle oscillait auparavant entre 40 et 41 degrés. L'organisme pathogène de la fièvre typhoïde serait donc impressionnable par la quinine, surtout par les premières atteintes du médicament; mais il s'accommoderait tant bien que mal à sa présence, et reprendrait toute son énergie vitale dès qu'il cesserait d'être soumis à son influence. »

Ces considérations dictent à notre éminent confrère le mode d'administration du sulfate de quinine. Il se règle sur l'élévation thermique pour en apprécier l'opportunité. Toutes les fois que la température du soir n'a pas dépassé 41 degrés, ou la température du matin 40 degrés, il ne donne pas ce médicament. Lorsque l'hyperthermie a atteint ce degré, il fait prendre le sulfate de quinine à doses assez élevées (2 grammes en quatre paquets pris à une demi-heure d'intervalle pendant les quinze premiers jours de la maladie, puis 1gr,50 ou même 1 gramme vers la fin); mais jamais il ne prescrit ce médicament deux jours de suite. Si l'hyperthermie persiste, il remplace le sulfate de quinine par l'acide salicylique à la dose de 3 à 4 grammes par jour. Il ne revient à la quinine qu'après deux ou trois jours. En résumé, le calomel ayant été donné *au début* pour essayer de combattre le processus typhique en créant un milieu impropre à l'évolution du bacille, le sulfate de quinine et l'acide salicylique sont administrés ensuite tout à la fois comme antiseptiques généraux et comme antipyrétiques.

Mais, nous l'avons dit, à côté de l'antisepsie générale, souvent inefficace ou tout au moins insuffisante, il faut placer l'antisepsie intestinale, c'est-à-dire la médication qui a pour objet d'agir dans l'intestin pour éviter la résorption secondaire des produits de la putridité intestinale ou encore pour entraver celle-ci. Cette antisepsie intestinale sert à combattre ou à supprimer « les infections de surface qui surviennent si fréquemment à titre d'accident ou de complication ». Voici comment, dans la fièvre typhoïde, M. Bouchard réalise cette antisepsie intestinale :

« Depuis neuf ans, dit-il, j'administre la poudre de charbon végétal à haute dose aux malades atteints de fièvre typhoïde. En procédant ainsi, je n'ai pas la prétention d'agir sur l'agent typhogène qui n'habite pas la cavité intestinale; je vise une complication constante du typhus abdominal : la putridité de l'intestin. En réalité, je ne m'oppose pas par le charbon aux putréfactions intestinales ; les ferments ne sont pas atteints par ce moyen; les fermentations continuent à s'effectuer; mais j'empêche l'absorption des produits de ces putréfactions

---

condamner le propriétaire de l'ouvrage quel qu'il soit, l'héritier ou éditeur, à laisser l'œuvre intacte et à ne la jamais modifier, c'est absolument la détruire entre ses mains. C'est faire ce que l'on demanderait à celui qui, possédant un palais bâti par un des grands maîtres de l'architecture, devrait le laisser tomber en ruine, parce que celui qui l'a construit ne serait plus là pour diriger des réparations devenues urgentes.

Mais le remède est bien simple; et comme toujours, il est tout de fait; il ne peut dépendre que des conventions particulières entre les tiers, et une législation spéciale n'est nullement utile pour le rechercher.

Si l'auteur ne s'en fie pas à l'intelligence de ses ayants droit, à leur tact, et enfin au sentiment de leur intérêt bien compris, qui l'empêche, comme j'en ai en ce moment même un exemple sous les yeux, de désigner son continuateur ou de spécifier par qui il devra être choisi ou agréé. Qui l'empêche enfin, comme l'a fait notre regretté ami, M. Grisolle, d'exiger au contraire que son œuvre reste telle quelle, disparaissant naturellement quand elle ne répondra plus à un besoin ou à un état de la science.

Voilà pour les ouvrages didactiques. Pour les *Dictionnaires* ou encyclopédies, le cas où la dignité et le caractère scientifique du signataire seront en jeu est encore plus rare. Il est cependant tel nom qui est un *programme*, et à lui seul exprime une philosophie. Et on peut supposer un cas où, par suite de circonstances particulières, l'éditeur a réuni en quelque sorte entre ses mains les deux propriétés, la propriété matérielle et la propriété littéraire dans le sens le plus large du mot. Il n'est pas douteux que, dans ce cas, l'éditeur est resté constamment, lors des éditions successives, propriétaire, non seulement du *Dictionnaire* même, mais des articles qui y ont été successivement annexés, et qui sont devenus une partie de l'ensemble.

L'auteur reste-t-il pour cela sans protection ? Evidemment non. Rappelez-vous le *Dictionnaire Nysten*, devenu, par

en les fixant, pour une part au moins, sur ce charbon, dont la dose quotidienne représente une surface qui n'est pas inférieure à 60 mètres carrés. Les matières fécales, non seulement perdent leur fétidité, mais sont tout à fait inodores, et donnent par filtration un liquide incolore. Ce ne sont pas seulement les matières odorantes ou colorantes qui se fixent sur le charbon, ce sont encore, parmi les substances toxiques engendrées par la putréfaction intestinale, ces alcaloïdes analogues aux ptomaïnes, dont j'ai, en 1882, démontré l'existence dans les matières fécales normales, et qui y abondent d'autant plus que les putréfactions intestinales sont plus intenses. »

L'action du charbon ainsi administré a pour résultat d'absorber ou de neutraliser un grand nombre des produits de la putréfaction intestinale, mais il en est beaucoup d'autres qui échappent à son action. « Pour réaliser l'antisepsie du tube digestif, il fallait donc, ajoute M. Bouchard, y faire pénétrer une substance antiseptique insoluble ou peu soluble, afin que, n'étant pas absorbée, elle pût arriver jusqu'à l'extrémité de l'intestin; afin que, n'étant pas absorbable, ou étant peu absorbable, elle ne pût pas produire, malgré l'élévation des doses, une intoxication générale. Je pouvais choisir entre le salicylate de bismuth et l'iodoforme, tous deux expérimentés dans la fièvre typhoïde par M. Vulpian. J'ai choisi l'iodoforme qui, associé au charbon, présente une surface d'action énorme, et grâce à son extrême division, est en quelque sorte présent partout, à la surface de la muqueuse et dans l'épaisseur des matières intestinales. 60 centigrammes d'iodoforme dissous dans 100 centimètres cubes d'éther sulfurique sont mélangés à 100 grammes de poudre de charbon végétal.

» Après évaporation de l'éther, le charbon iodoformé est incorporé dans 180 grammes de glycérine. Une cuillerée à bouche de ce mélange délayé dans un demi-verre de boisson est administré au malade toutes les deux heures.

» Cette médication a pour effet de diminuer d'une façon très notable, mais non de faire disparaître totalement, les microbes des déjections. Les matières intestinales filtrées, inodores et incolores ne renferment pour ainsi dire plus d'alcaloïdes : leur toxicité disparaît. J'ai établi que l'extrait de 17 grammes de matière fécale normale injecté par kilogramme d'animal dans les veines d'un lapin, provoque la mort par convulsion en moins d'une minute; j'ai pu injecter de la même façon, sans même incommoder l'animal, l'extrait de 200 grammes de matière fécale d'un typhique traité par le charbon iodoformé. »

Ainsi comprises, l'antisepsie générale et l'antisepsie intestinale ne sont point encore suffisantes. Il importe, en outre, de combattre l'hyperthermie et les symptômes nerveux, de surveiller le régime du malade, de traiter les complications que peut encore présenter la maladie. Nous avons déjà dit que l'hyperthermie était abaissée par le sulfate de quinine, associé ou non à l'acide salicylique. Un autre moyen non moins efficace consiste dans l'emploi des bains chauds progressivement refroidis. Quelques détails sont ici nécessaires pour expliquer comment a été instituée cette médication. Nous avons à plusieurs reprises exposé les motifs qui nous font considérer la méthode dite de Brand et toutes les méthodes du traitement de la fièvre typhoïde par les bains *froids* comme souvent inapplicables et quelquefois dangereuses. Plusieurs médecins, Ziemssen entre autres, ont prescrit les bains à température décroissante. Schutzenberger faisait prendre à ses malades des bains de 34 à 30 degrés au début et laissait la température de ces bains s'abaisser normalement (ou les abaissait artificiellement de 2 à 3 degrés) pendant la durée de l'immersion, qui était de vingt à trente minutes. En 1869, nous avons nous-même, à l'exemple de Schutzenberger, prescrit à nos malades ces bains à la température initiale de 34 ou 30 degrés, en ajoutant de temps à autre un peu d'eau fraîche pour refroidir le bain. Cette immersion dans un bain à une température relativement peu froide a pour avantages de ne pas *saisir* le malade, d'être plus facilement tolérée et de ne jamais déterminer les congestions pulmonaires ou les hémorrhagies intestinales que nous avons nous-même observées et signalées après l'administration des bains froids. M. Bouchard préconise une méthode plus rationnelle et plus efficace encore. Il fait prendre un bain à une température de 2 degrés inférieure à celle du malade et ce bain *chaud* est refroidi de 1 degré toutes les dix minutes jusqu'à ce que sa température ne soit plus que de 30 degrés. Il est dès lors interrompu. Plongé dans le bain, le malade éprouve une sensation de bien-être; il ne s'aperçoit pas du refroidissement, qui cependant abaisse et maintient abaissée pendant plusieurs heures sa température fébrile. Il ne ressent jamais aucune lassitude au sortir du bain, qui peut être renouvelé quatre à huit fois dans les vingt-quatre heures. Jamais il n'est pris de frissons; jamais on n'observe aucun accident après le bain. Quant au régime, il se compose exclusivement de bouillon cuit avec l'orge, de boissons acides et

---

l'adjonction des articles de Littré, œuvre matérialiste, et la veuve n'ayant qu'à protester pour obtenir la suppression du nom de son mari; suppression obtenue devant les tribunaux malgré l'opposition des éditeurs, qui entendaient avoir acquis ce nom, comme une sorte de propriété commerciale.

Il faut donc, et c'est ainsi que je terminerai cette trop longue lettre, avant de juger un fait spécial, s'enquérir des termes du contrat. Si, pour le *Dictionnaire* que je viens de citer, il n'y a pas eu de protestation de la part de celle qui avait le droit d'en élever, le fait trouverait sans doute une explication naturelle dans des contrats ou conventions verbales entre les intéressés, et c'est ce que je n'ai pas à rechercher.

Que les auteurs instruits par l'expérience s'entourent, quand ils aliènent leur œuvre, de toutes les garanties morales comme de toutes les garanties matérielles, c'est leur droit, c'est même leur devoir. Mais, puisqu'ils réclament à si juste titre que leur propriété soit respectée et assimilée à toute propriété, qu'ils ne demandent pas, d'une façon générale et dans la législation, des stipulations particulières; il n'en résulterait qu'une gêne et une entrave à l'usage de leurs droits, qu'ils peuvent protéger eux-mêmes; ce sera là toujours la meilleure protection.

G. Masson.

Écoles de médecine de Nantes et de Caen. — Le concours qui devait s'ouvrir le 15 novembre 1884 devant la Faculté de médecine de Paris pour deux emplois de suppléants des chaires de pathologie et de clinique internes, l'un à l'École de Nantes, l'autre à l'École de Caen, est reporté au 15 février 1885; et le concours qui devait s'ouvrir le 10 décembre 1884 devant la même Faculté pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de Nantes, est reporté au 1er mars 1885.

sucrées. M. Bouchard y associe la glycérine suivant la méthode de Semmola, quelquefois les peptones, mais il n'alimente régulièrement ses malades que lorsque leur convalescence s'est bien affirmée. Enfin il administre tous les deux ou trois jours un purgatif salin pour combattre la constipation, et il a toujours soin de purger les malades au moment de leur convalescence afin d'éviter les accidents d'obstruction intestinale, que pourrait déterminer l'accumulation de la poudre de charbon.

En résumé : antisepsie générale (calomel, sulfate de quinine, acide salicylique); antisepsie locale (charbon et iodoforme); antithermie (sulfate de quinine, acide salicylique, bains lentement et progressivement refroidis); régime et traitement éventuel des complications, c'est en ces termes que M. Bouchard a formulé la médication qu'il a instituée contre la fièvre typhoïde.

Nous n'aurions point insisté aussi longuement sur cette question si les résultats cliniques observés par notre savant confrère n'étaient dignes de solliciter l'attention de tous les praticiens. Non seulement, grâce à cette méthode, la statistique *hospitalière* de la fièvre typhoïde, celle qui tient compte de tous les cas observés, qu'ils soient bénins ou graves, qu'ils aient été traités dès le début ou seulement à dater de la fin du premier septenaire (ce qui est le plus fréquent), ne donne qu'une mortalité de 10 pour 100 au lieu de 20 ou même 25 pour 100, mais de plus on constate que tous les malades ont le teint clair, la peau moite, la langue humide, que les complications et, en particulier, les eschares, sont extrêmement rares, en un mot que la maladie semble évoluer avec une singulière bénignité.

Si l'on n'observe pas l'arrêt immédiat, la jugulation du mal, on reste convaincu de l'efficacité du remède et, dans ces conditions, on peut conclure en disant, avec M. Bouchard, « que, si l'antisepsie médicale n'a pas encore tenu tout ce qu'elle promet, elle a déjà réalisé quelques progrès thérapeutiques ».

L. LEREBOULLET.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

ACCIDENTS CHIRURGICAUX D'ORIGINE PALUSTRE; GANGRÈNE; HÉMORRHAGIE; SPASME MUSCULAIRE.

A M. le docteur Kirmisson, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé, etc.

Mon cher ami,

J'ai lu avec un vif intérêt la remarquable observation d'hémorrhagie dentaire palustre que vous avez publiée dans le n° 41 de la *Gazette hebdomadaire* du 10 octobre dernier, p. 675.

Je vous félicite d'abord de la sagacité avec laquelle vous avez analysé le fait clinique et pénétré la cause constitutionnelle de l'affection. Que de praticiens à votre place auraient insisté en pure perte sur les moyens chirurgicaux et épuisé vainement la série des hémostatiques directs et indirects! Que de théoriciens auraient vu chez votre patient un exemple irréfragable de cette hémophilie idiopathique après laquelle je cours depuis si longtemps, et dont il ne m'a pas encore été donné, après quarante ans d'observation, de rencontrer un cas concluant.

Je vous remercie ensuite d'avoir bravement fait acte d'adhésion à des doctrines que les chirurgiens contemporains n'acceptent encore qu'avec beaucoup de froideur. Je sais bien que Renan a dit : « Que le temps est un collaborateur nécessaire de la raison et qu'il suffit de savoir attendre ». Toujours est-il qu'on n'est pas fâché de recruter de temps à autre des partisans, et surtout des prosélytes de votre trempe.

J'ai la ferme conviction qu'avant un demi-siècle nos opinions communes sur les maladies constitutionnelles dans leurs rapports avec la chirurgie seront acceptées à ce point qu'on les croira datées de trois cents ans et qu'on oubliera leurs promoteurs; mais j'estime qu'il faut pendant quelques lustres encore les faire pénétrer dans le cerveau de nos confrères comme on fait entrer les clous dans les planches, c'est-à-dire avec des coups forts et réitérés.

A votre observation de paludisme chirurgical, je vais répondre par trois autres faits inédits du même ordre. La *Gazette hebdomadaire* leur donnera d'autant plus volontiers l'hospitalité, que sans négliger le roi pathologique du jour, le choléra, qui vient de tuer par aventure quelques centaines d'Européens, elle a consacré tout récemment encore d'intéressantes notes au paludisme qui dans les autres continents moissonne les hommes par milliers et sans relâche.

Voici d'abord une observation bien curieuse de gangrène palustre, qu'a bien voulu me communiquer un jeune médecin, le docteur Maestrali.

Paludisme ancien à rechutes fréquentes. Fracture simple de la jambe. Gangrène du membre. Amputation de la cuisse au-dessus des condyles. Gangrène des lambeaux. Résection du moignon; nouvelle gangrene, nouvelle résection. Guérison. Ulcération gangreneuse de la cicatrice à la suite d'une contusion légère. Guérison définitive. — J..., cinquante et un ans, bonne constitution, point de maladie héréditaire ni de maladie générale antérieure. Né en Corse, sur un point du littoral où règne la fièvre palustre, il en a été atteint à diverses reprises. Une attaque survenue en octobre 1877 a été particulièrement tenace. La fièvre affecta d'abord le type quotidien, puis devint tierce et enfin se montra sous forme d'accès irréguliers provoqués par des causes diverses : fatigue, refroidissement, veilles prolongées; elle résista quatre mois au traitement. En 1879, voyage en Egypte; aussitôt nouveaux accès fébriles qui forcent J... à revenir immédiatement. De 1879 à 1883 séjour en Algérie et en Tunisie sans la moindre indisposition. En novembre 1883, J... passe par Paris pour se rendre en Amérique; il paraissait un peu fatigué et offrait le teint bronzé des pays chauds, mais jouissait d'une bonne santé.

Le 7 mars 1884, quelque temps après son arrivée à Panama, J..., dans une chute, se fait une fracture simple au tiers inférieur de la jambe gauche, pour laquelle il entre à l'hôpital.

Dès le lendemain, frisson et fièvre : le malade y est tellement habitué, qu'il n'en parle point et ne demande aucun remède. Mais quelque jours après, de violentes douleurs éclatent dans le membre blessé; le chirurgien, après examen attentif, déclare qu'il craint une gangrène à marche rapide et qu'il faut sacrifier le membre. L'amputation est pratiquée un peu au-dessus des condyles du fémur et tout marche bien dans les premiers temps; mais au vingtième jour, nouveaux accès intermittents; malgré le sulfate de quinine à dose élevée, la fièvre persiste et jette l'opéré dans un abattement profond. En même temps, le moignon devient œdémateux et prend un aspect grisâtre; les lambeaux se sphacèlent et laissent l'os à nu. On fait une première résection, mais la mortification continue et le fémur est de nouveau dénudé dans l'étendue de plusieurs centimètres, ce qui nécessite une deuxième résection. Le malade s'affaiblit de plus en plus, un abcès ganglionnaire se forme à la région cervicale et doit être ouvert. Cependant, grâce à un traitement tonique et reconstituant, les accidents cessent, la convalescence s'établit, la cicatrisation s'effectue, et J..., sur le conseil pressant de son chirurgien, revient en France, dans les premiers jours de juillet.

M. Maestrali, l'examinant à l'hôtel où il était descendu, le trouva fort changé, faible, amaigri, les yeux cernés et creux et ne pouvant marcher sans être soutenu. Cependant les fonctions digestives étaient remarquablement conservées; il y avait même très grand appétit et *soif ardente*; de grandes quantités d'eau étaient bues la nuit et le jour. L'énergie morale était également considérable et dès le lendemain de son arrivée J... voulut se transporter chez un orthopédiste pour faire prendre mesure d'un appareil prothétique.

Le moignon était court, mais bien conformé, la cicatrice centrale rosée, indolente, un peu adhérente à l'os.

La course chez l'orthopédiste et les attouchements exercés sur le membre furent suivis d'accidents immédiats; le soir même éclate un accès de fièvre très bien caractérisé : frisson très intense et très prolongé, délire pendant la nuit; au matin, sueurs profuses. Grâce à l'administration du sulfate de quinine, tout cesse le surlendemain et le malade semble rétabli.

Mais, le quatrième jour au soir, un nouveau phénomène se déclare, le moignon tout à fait indolent et sain dans la matinée se gonfle, la cicatrice devient douloureuse et prend une teinte noirâtre. On donne de nouveau le sulfate de quinine et on fait un pansement antiseptique, ce qui n'empêche pas la formation rapide d'une ulcération superficielle de la largeur d'une pièce de cinq francs qui guérit néanmoins en une quinzaine de jours.

L'accident n'eut pas de suite durable ; les forces revinrent progressivement; J... mangeait et buvait à chaque repas double portion. Le 20 août il quittait Paris en assez bon état pour affronter le retour dans son pays natal. L'appareil orthopédique ne pouvait pas encore être mis en usage.

En me remettant cette note intéressante, M. Maestrati, qui s'était mis au courant de la question de la gangrène palustre, m'apprit qu'aucun des médecins qui avaient soigné J..., n'avait songé à faire l'examen chimique des urines, ni à s'assurer de l'état des artères.

Après le travail sur la *gangrène palustre* que j'ai publié en collaboration avec mon ami le docteur L.-H. Petit, et auquel la présente observation pourrait servir de *post-scriptum*, il n'est pas nécessaire d'insister sur les relations étiologiques qui existent entre le paludisme et certaines formes de gangrène. Mais, si la démonstration n'était pas déjà faite, le cas de J... suffirait à coup sûr à la fournir.

A la vérité, comme je l'ai dit maintes fois, il a fallu pour engendrer cette complication rare de l'infection palustre, le concours des causes surajoutées ; c'est ce point que j'examinerai avec quelque soin. J... est un vieux paludique que le hasard de la vie conduit de contrées malariques en contrées malariques; il prend la fièvre en Corse ; il se rend en Egypte où la maladie récidive ; il retourne en Afrique, Algérie et Tunisie, et par extraordinaire il ne contracte pas de nouveaux accès. Mais il se déplace de nouveau et se rend à Panama, foyer de paludisme d'autant plus intense qu'on y remue profondément le sol.

Pendant trois mois sa santé ne paraît pas atteinte et le retour des fièvres n'est pas mentionné.

Par malheur survient une cause banale, sans gravité par elle-même, mais qui jouit — ce qu'on se décide enfin à ne plus contester — de la fâcheuse propriété d'éveiller, de réveiller ou d'aggraver les propathies. Je veux parler du traumatisme. J... se fait donc une fracture simple de la jambe au tiers inférieur, trauma bénin par excellence chez un individu bien portant, et qui aurait guéri, sans encombre, presque par les seules forces de la nature; mais vingt-quatre heures ne s'étaient pas écoulées, que la fièvre se rallume; le foyer traumatique en reçoit aussitôt le contre-coup et nous voyons là un exemple frappant de cette double influence nuisible et réciproque du trauma sur la maladie constitutionnelle et de celle-ci sur la blessure.

Des douleurs vives éclatent. Le sphacèle se déclare et marche assez vite pour qu'on doive amputer et même amputer très haut, c'est-à-dire à la partie inférieure de la cuisse.

Si peu disposé qu'il soit à adopter mon opinion sur l'action funeste des dyscrasies, tout chirurgien conviendra qu'une gangrène rapide à la suite d'une fracture simple de la partie inférieure de la jambe, traitée immédiatement et convenablement, est un accident extrêmement rare et qui implique absolument, à défaut de cause locale, une disposition individuelle, tout à fait spéciale. Cette disposition existait en effet, consistant dans le paludisme antérieur et son réveil brutal et inattendu par le trauma; mais à mon sens cette condition dyscrasique à elle seule n'eût pas encore suffi.

Il y a quelques mois, dans une communication à l'Académie de médecine, sur *la pleurésie consécutive à l'ablation des tumeurs du sein*, j'invoquais pour expliquer les complications exceptionnelles des maladies fréquentes, *la nécessité des causes multiples*, ou si l'on préfère cette autre formule, *la multiplicité nécessaire des causes*. Or je trouve ici une nouvelle application de cette doctrine. Voici comment je raisonne. Le paludisme est extrêmement commun ; les blessures, fractures comprises, sont aussi fréquentes chez les paludiques que chez les autres sujets ; la gangrène paludo-traumatique est fort rare puisque nous avons eu grand' peine, M. Petit et moi, à en réunir deux douzaines d'observations bien concluantes. Dans ce nombre d'ailleurs, lorsque les faits ont été rapportés avec assez de détails, nous avons constaté d'ordinaire, outre le paludisme antérieur et le traumatisme récent, diverses causes additionnelles : affection cardiaque, athérome artériel, et enfin la glycosurie, de sorte que, si l'on avait voulu intituler certaines observations d'après la notion étiologique, on aurait dû dire *gangrène paludo-diabéto-traumatique*. Pour ma part, je n'hésite guère à croire que J... était glycosurique, et que c'est à cette dyscrasie jointe à la toxémie palustre, qu'il a dû de voir une simple fracture de jambe donner lieu au sphacèle du membre, et le même sphacèle se renouveler avec les recrudescences de la malaria.

J'ai, pour admettre rationnellement la glycosurie en l'absence d'analyse chimique, d'abord la faim et la soif dont le blessé était tourmenté sans relâche, même pendant sa cure chirurgicale, puis le séjour à Panama Ces derniers mots réclament quelques explications. J'ai jadis étudié les rapports entre le paludisme et le diabète. En Afrique et en d'autres points, on a soumis la question à un contrôle sévère, d'où il est résulté que le rapport de causalité tel que je le soupçonnais n'existait pas et que les faits observés par moi résultaient de simple coïncidences. Je ne me suis pas tenu pour battu, car je suis fort tenace dans mes entreprises scientifiques, et j'ai continué silencieusement mes recherches. Or il est arrivé qu'un jeune médecin français, le docteur Girerd, qui a déjà écrit quelques travaux intéressants et s'est particulièrement occupé de paludisme, est allé à Panama, où il dirige un service sanitaire pour les employés et les ouvriers du percement. Ayant observé là le paludisme sur une large échelle, il m'autorise à affirmer que les trois quarts des Européens attachés à la compagnie des travaux sont atteints de malaria fébrile ou non et que sur cent paludiques un tant soit peu gravement affectés, la moitié au moins urinent une quantité notable de sucre, et cela très peu de temps après le début de l'infection.

Si la glycosurie palustre est donc très rare en Afrique, Algérie et Tunisie, et dans quelques autres colonies, elle serait fort commune à Panama. Dès lors voici en résumé l'histoire de J... : paludisme ancien, simple en Corse, en Egypte, en Algérie, en France, etc. Arrivée à Panama; alors la glycosurie complique la malaria ; survient enfin un trauma qui met en jeu les deux dyscrasies, dont il reçoit à son tour la funeste influence.

Voilà, dira-t-on, bien des suppositions, mais comment s'en dispenser? On me reprochera peut-être de faire ici œuvre d'imagination; je conviens que je suis plus guidé par la théorie que par l'observation directe ; mais il me semble que dans les questions si obscures encore de l'étiologie, il n'est pas défendu d'user un peu de l'hypothèse. Je n'aurais pas eu besoin d'user de ces raisonnements si on se fût donné la peine d'analyser les urines de notre patient, et à ce propos je ne puis m'empêcher d'être navré qu'avec ce qui a été dit et écrit dans ces derniers temps sur la glycosurie paludique et sur la gangrène palustre, les médecins qui ont amputé, réséqué et soigné J... pendant des semaines et des mois, n'aient pas songé à faire l'examen chimique qui eût été à la fois si simple et si instructif.

Je tire le second fait de ma pratique. C'est un vulgaire cas d'épistaxis, fort intéressant cependant sous ce double rapport qu'il démontre — comme celui que vous avez cité d'ailleurs — la nécessité de la recherche minutieuse des causes et le triomphe décisif de la thérapeutique étiologique.

Epistaxis rebelle au perchlorure de fer, au tamponnement, à la digitale et à l'ergotine. Séjour antérieur de la malade dans un pays palustre. Guérison de l'épistaxis par le sulfate de quinine. — Je fus appelé, au printemps dernier, auprès de Mme L..., que j'avais jadis soignée d'une phlébite variqueuse d'abord, puis d'un étranglement herniaire qui avait nécessité la kélotomie. Agée de cinquante-cinq ans, grande, maigre, fatiguée par de longs chagrins et de continuels malaises, elle était manifestement dyspeptique et goutteuse. Depuis cinq jours enfin elle était affectée d'un saignement de nez qui, depuis quarante-huit heures surtout, devenait inquiétant; l'hémorrhagie avait paru sans cause appréciable, dans l'après-midi, s'accompagnant d'un léger malaise auquel Mme L..., habituée à souffrir, ne fit point attention. Le premier et le second jour, l'écoulement, après avoir duré quelque temps, avait cédé à des moyens simples, applications froides, sinapismes, etc.

Le troisième jour, le sang ayant reparu avec plus d'intensité, on fit appeler un de nos collègues des hôpitaux, médecin ordinaire de la famille et praticien fort distingué. Il pratiqua une injection avec le perchlorure de fer étendu et fit le tamponnement antérieur des fosses nasales, puis prescrivit la digitale à l'intérieur. Ces moyens restant sans effet, on appliqua le tamponnement complet et on administra l'ergotine à forte dose.

On put croire d'abord au succès de l'hémostase, mais on s'aperçut que le sang continuait à couler, s'échappait en arrière et tombait dans la gorge; la patiente régurgitait de temps en temps de volumineux caillots.

C'est dans ces conditions que je fus mandé le matin du sixième jour. Je trouvai la malade très inquiète, pâle, exténuée, d'ailleurs sans fièvre et sans douleurs, incommodée seulement par la présence des tampons qui commençaient à irriter fortement la pituitaire et à faire gonfler l'auvent nasal.

Mon confrère me mit obligeamment au courant des faits et m'avoua qu'il était fort embarrassé. Les causes de l'hémorrhagie lui restaient inconnues. Jamais Mme L... n'avait eu d'épistaxis ni d'hémorrhagie d'aucune sorte; les règles passées depuis longtemps n'avaient jamais reparu. Les fonctions digestives étaient médiocres, mais le foie n'était pas sensible, rien ne faisait enfin supposer l'existence d'une production maligne dans les fosses nasales ni dans le pharynx. Les urines étaient normales.

Ayant plusieurs fois déjà rencontré l'épistaxis rebelle chez des paludiques ou arrêté cette hémorrhagie par l'administration empirique du sulfate de quinine, je demandai aussitôt si Mme L... avait eu autrefois les fièvres intermittentes. Mon confrère, qui la soignait depuis de longues années, me répondit catégoriquement par la négative; il consentit néanmoins à me laisser interroger directement la malade sur ce point. Voici ce que m'apprit mon enquête. Tout d'abord l'hémorrhagie, depuis son apparition, s'était toujours montrée presque au même moment dans l'après-midi, vers quatre ou cinq heures; devenue continue depuis deux jours, elle présentait alors une recrudescence marquée, sans qu'il y eût douleur à proprement parler. Mme L... éprouvait néanmoins, aux approches de l'éruption sanguine, ou de sa recrudescence, un malaise particulier qui l'avertissait au moins une heure à l'avance. Enfin, en palpant la région splénique ou plutôt la rate elle-même, ce qui était facile à cause du grand relâchement de la paroi abdominale, on provoquait une sensation pénible.

Tout cela établissait des présomptions d'intermittence ou de rémittence, mais ne prouvait encore rien. Interrogée directement sur l'existence antérieure des fièvres, Mme L... me répondit tout aussi négativement que son médecin. Je cherchai alors ce qui dans les derniers temps avait pu provoquer l'affection actuelle et en particulier quel avait été l'état de la santé pendant l'hiver précédent. Ayant observé deux cas fort remarquables d'épistaxis rebelle chez des goutteux, je dirigeai mes questions dans ce sens. C'est alors que, sans y attacher d'importance, Mme L... m'assura qu'elle n'avait nullement souffert du froid dans les mois précédents, car *elle les avait passés en Algérie*, près d'une de ses filles.

On conçoit, sans peine, que ce mot d'Algérie me fit dresser l'oreille, sachant parfaitement qu'à défaut de fièvre caractérisée on contracte fort bien dans ce pays, comme dans toutes les régions à malaria, un paludisme latent capable d'éclater plus ou moins tardivement et sous des formes diverses. Je recommençai mon interrogatoire, et j'appris alors que, pendant son séjour en Algérie, Mme L... n'avait jamais eu la fièvre, mais qu'à diverses reprises elle avait souffert de névralgies faciales pour lesquelles le médecin du pays avait proposé le sulfate de quinine.

Ces renseignements me parurent tout à fait concluants. Mon collègue conserva ses doutes, mais se prêta très volontiers à un essai thérapeutique qui, d'ailleurs, n'offrit point d'inconvénients.

Comme il était onze heures du matin et que l'accès ne survenait que dans l'après-midi, j'aurais, si la direction complète du traitement m'avait été laissée, supprimé le tampon qui était fort gênant, administré sur-le-champ et exclusivement le sulfate de quinine; mais nous fîmes, mon collègue et moi, un compromis. Le tamponnement fut maintenu, la digitale et l'ergotine continuées, et on leur associa seulement le sulfate de quinine à la dose de 60 centigrammes. J'obtins que ce dernier serait administré sur l'heure.

Le résultat fut satisfaisant; l'hémorrhagie fut à la fois diminuée et retardée; le malaise de l'après-midi fit défaut, et Mme L... se trouva mieux qu'elle ne l'avait été depuis six jours. On n'avait pourtant donné que 40 centigrammes de sulfate.

Nous revînmes le lendemain matin. Mon collègue restait indécis parce que l'écoulement sanguin n'avait pas cessé brusquement : j'étais au contraire convaincu. J'obtins qu'on supprimerait le tamponnement, qu'on continuerait la digitale et surtout qu'on ingérerait les 60 centigrammes de sulfate de quinine. Cette fois l'arrêt presque complet du sang et les sensations propres de la patiente levèrent toute contestation. Deux jours après, grâce à la médication antipériodique continuée, l'épistaxis avait tout à fait disparu.

Il ne restait à combattre qu'une faiblesse considérable; le quinquina en nature, une alimentation tonique, furent prescrits dans ce but.

Ce fait peut se passer de commentaires. Je ne sais pas si l'épistaxis paludique peut dans nos climats entraîner la mort, mais j'affirme que Mme L..., lors de mon arrivée, était dans le plus triste état et en vérité presque moribonde. J'ai la conviction qu'elle a dû la vie au sulfate de quinine, ou, en termes plus généraux, à la thérapeutique étiologique.

Verneuil.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

Effets de l'insufflation des poumons par l'air comprimé. Note de MM. *Gréhant* et *Quinquaud.* — Dès 1870, M. Gréhant avait fait connaître certaine expérience relative à l'abaissement de la pression du sang dans les artères, produit par l'insufflation de l'air comprimé dans ces vaisseaux. Cette expérience, répétée récemment par MM. Gréhant et Quinquaud, leur a permis d'observer des faits nouveaux, sur lesquels ils appellent l'attention de l'Académie.

Ainsi, chez un chien, dont la pression moyenne dans l'artère carotide était voisine de 12 centimètres, l'insufflation pulmonaire d'air soumis à une pression de 35 millimètres de mercure ou 47cm,5 de colonne d'eau a produit un abaissement de 7 centimètres, presque subit, de la pression sanguine. Mais, dès que l'insufflation a cessé, la pression a remonté jusqu'à 14 centimètres, c'est-à-dire à un niveau plus élevé que normalement. L'air insufflé à la pression de 1 centimètre de mercure abaisse déjà la pression artérielle de 4 centimètres environ; insufflé à la pression de 8 à 10 centimètres, il distend les poumons, et la pression artérielle devient égale à 3 ou 4 centimètres.

Ils ont aussi constaté que, si l'on maintient dans les poumons, d'une manière continue, de l'air soumis à la pression

de 8 centimètres de mercure, au bout d'une minute, l'animal urine, étend les pattes; ses mouvements respiratoires deviennent rares, mais les battements du cœur persistent; après quatre minutes, la respiration est agonique; après cinq minutes et demie, les battements du cœur sont imperceptibles. Enfin, à l'autopsie, ils ont trouvé des bulles d'air dans le système vasculaire; le sang du cœur gauche et du cœur droit était rempli d'une mousse abondante, comme si l'on avait injecté de l'air dans les vaisseaux.

Bref, il y a déchirure des voies aériennes et sanguines, et l'on peut déduire des expériences de MM. Gréhant et Quinquaud qu'il est très dangereux, quand on pratique la respiration artificielle chez l'homme ou l'enfant nouveau-né, d'insuffler l'air avec une trop grande énergie. Il faut donc éviter de trop distendre les poumons; il faut attendre que par leur élasticité ils diminuent de volume et produisent le mouvement d'expiration.

Le microbe de la fièvre jaune. Note de MM. *Domingos Freire* et *Rebourgeon*. — Des nouvelles recherches poursuivies par les auteurs depuis plusieurs années, il résulte que la fièvre jaune est déterminée par la présence, dans le sang, d'un microbe, d'un cryptocoque, dont les débris constituent la matière noirâtre des vomissements et des déjections des malades atteints de cette affection; que ces débris sont devenus toxiques par leur transformation en ptomaïne.

Ce sur quoi M. Bouley insiste surtout, en présentant cette note, c'est sur l'immunité conférée par l'inoculation du virus cultivé, immunité dont la durée ne saurait être encore fixée, mais qui n'en est pas moins certaine, si l'on en juge non seulement par les expériences entreprises sur les animaux, mais surtout par celles qui viennent d'être faites sur l'homme luimême. MM. Domingos Freire et Rebourgeon, ainsi que plus de quatre cents personnes, ont été préventivement inoculés et ont pu vivre, à l'abri de toute contagion, dans des milieux absolument contaminés, où la fièvre jaune frappait tout autour d'eux.

L'air et les poussières atmosphériques a Alger. Note de M. *Chairy*. — Les nombreuses recherches et analyses de l'auteur lui ont démontré la présence, dans l'atmosphère normale de la ville d'Alger, de poussières de fer et d'une certaine quantité de sel marin. La présence de ce dernier, notamment, ne saurait être contestée, elle se retrouve même à une distance assez considérable, ainsi que le prouvent journellement les détériorations causées par les gouttes de rosée, chargées de sel marin, aux appareils télescopiques de l'observatoire de Kouba, situé à 2 kilomètres environ de la mer et à une altitude de 70 mètres. Les doses de sel marin tenu en suspension dans l'atmosphère varient d'une façon considérable avec la direction des vents du nord-est et du nord, qui pulvérisent l'eau de mer.

Quant au fer, il est amené par les vents de l'intérieur de l'Afrique et surtout par le sirocco.

M. Chairy a constaté aussi que l'ozone était en proportion bien moindre à Alger qu'à Montsouris (Paris).

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

M. le ministre de la guerre adresse un exemplaire du *Formulaire pharmaceutique des hôpitaux militaires*, qu'il vient d'approuver.

M. *E. Gautrelet*, pharmacien, envoie pour le concours du prix Desportes de 1885 une brochure ayant pour titre : *Contribution à l'étude physiologique de la glycosurie*. (Inscrit sous le n° 2.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose, au nom de MM. les docteurs *Horand* et *Cornevin*, un mémoire imprimé intitulé : *Essais de transmission de la syphilis au porc*.

M. *Larrey* présente, de la part de M. le docteur *Gruby*, un volume ayant pour titre : *Sociétés et matériel de secours pour les blessés militaires* (Exposition de 1878).

Décès de M. Fauvel. — M. *le Président* fait part à l'Académie du décès du vice-président, M. Fauvel, et exprime les regrets de tous ses collègues. En signe de deuil, la séance est immédiatement levée.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Ectrodactylie : M. Nicaise. — Complication des luxations de l'épaule : M. Verneuil. — Hernie inguinale congénitale, étranglement par une bride extérieure au sac, rapport de M. Polaillon. — Dicussion : MM. Berger, Richelot, Lucas-Championnière, Bouilly, Nicaise, Trélat. — Hystérotomie : M. Terrier. — Extirpation de corps fibreux intra-utérin : M. Pozzi.

M. *Nicaise* présente le squelette de deux mains affectées d'ectrodactylie, provenant d'un sujet observé à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. La malformation n'est pas absolument symétrique des deux côtés. Elle consiste essentiellement dans l'inclinaison transversale du médius soudé à l'index voisin. La description du cas se trouve très détaillée dans la *Gazette des hôpitaux* pour l'année 1875. On y a noté avec beaucoup de soin l'état des parties molles, étudiées à l'aide d'une dissection attentive dans l'espoir que cette étude pourrait peut-être fournir quelque indication sur la pathogénie de la malformation. Il n'en a rien été, et ce fait curieux en soi ne peut nullement servir à déterminer la cause des difformités congénitales de la main.

— M. *Verneuil*, à propos du travail lu dans la dernière séance par M. Grass sur les complications de luxations de l'épaule, rappelle le fait suivant, dont le souvenir lui est resté dans la mémoire en raison des particularités qu'il a présentées. Il y a quelque vingt ans il fut appelé par le docteur Cavasse pour voir une malade, âgée de soixante ans, atteinte de luxation simple de l'épaule. La réduction fut obtenue sans difficulté; mais deux ou trois jours après, la malade, très indocile et ne jouissant pas de l'intégrité de ses fonctions intellectuelles, arracha les pièces de contention, et il fallut à ce moment réappliquer le bandage. Les jours suivants la malade s'agita beaucoup et se plaignit de son épaule. Au quinzième jour on s'aperçut que la tête de l'humérus avait de nouveau abandonné la cavité glénoïde et on proposa une nouvelle réduction, qui ne fut acceptée ni de la malade ni de son entourage. Nélaton consulté fut du même avis que les chirurgiens traitants, mais n'obtint pas plus qu'eux le consentement d'agir. Plusieurs jours après, Malgaigne appelé détermina enfin la malade à se laisser traiter. Il appliqua les moufles et sans grands efforts, sans que la patiente accusât quelque douleur ou quelque chose d'extraordinaire, la réduction fut obtenue. Deux ou trois semaines après, la malade voulant se servir de son bras, accusa dans l'aisselle une douleur vive et constata en même temps un certain affaiblissement dans les mouvements de tout le membre. Les chirurgiens reconnurent alors de la façon la plus nette l'existence d'un anévrysme axillaire, pour lequel ils proposèrent une opération. Elle fut rejetée. Bien que n'ayant pas été rappelé près de la malade, M. Verneuil en a eu des nouvelles et il sait que la tumeur n'a pas fait de progrès et que la malade, qui d'ailleurs en raison de son âge ne se livrait à aucun travail pénible, a vécu quelques années encore sans en être autrement incommodée. Il est probable, ajoute M. Verneuil, que dans ce cas l'anévrysme ne s'est pas produit au moment même de la réduction de la luxation, mais qu'il s'est fait à cette époque une légère fissure, la rupture des parois du vaisseau étant devenue par

la suite le point de départ d'un anévrysme analogue aux anévrysmes spontanés. C'est là un fait intéressant à connaître et qui corrige la sévérité du pronostic que M. Grass portait dans la dernière séance à propos des anévrysmes consécutifs aux luxations de l'épaule.

M. *Le Dentu* reconnaît la possibilité de ces anévrysmes en quelque sorte spontanés à la suite des luxations de l'épaule. Leur pronostic est naturellement moins grave que celui des anévrysmes diffus et leur apparition ne commande pas une action chirurgicale immédiate comme le font les derniers.

— M. *Polaillon* fait un rapport oral sur une observation de M. Dubourg (de Bordeaux) intitulée : hernie inguinale congénitale, étranglement ; opération, guérison. Un garçon de quatorze ans portait une hernie inguinale droite depuis sa première enfance ; le testicule de ce côté n'était pas descendu dans le scrotum ; d'ailleurs aucun accident n'était survenu jusqu'au jour où subitement, vers huit heures du soir, il fut pris d'une douleur très vive dans l'aine, s'irradiant bientôt dans tout l'abdomen et s'accompagnant au bout de quelques heures d'abattement, d'état syncopal et de coma. Quelques tentatives de réduction furent faites par un médecin de la ville ; elles échouèrent. et le malade fut conduit à l'hôpital, où l'on essaya encore sans succès de réduire la tumeur. Treize heures après le début des accidents, M. Dubourg voit le patient ; il l'endort, fait quelques manœuvres de taxis et finalement fend la tumeur. Les enveloppes extérieures incisées, il tombe sur le sac herniaire et constate qu'il est étranglé par une bride, qui sitôt détruite permet au sac de prendre une forme globuleuse. Dès lors M. Dubourg ne croit pas devoir ouvrir le sac, il réduit sans difficulté et sans chercher à faire la cure radicale de la hernie, il réunit simplement les parties superficielles de la plaie. Au cours de l'opération le testicule atrophié avait été rencontré accolé près de l'orifice externe du canal inguinal. M. Polaillon critique la conduite de M. Dubourg ; pour sa part il aurait ouvert le sac avant de réduire, afin de s'assurer de l'état de l'intestin et il aurait de plus tenté la cure radicale en suturant les piliers du canal inguinal. La suite de l'observation de M. Dubourg montre d'ailleurs que la hernie s'est reproduite.

M. *Berger* fait remarquer que le cas dont il vient d'être question soulève deux questions. D'abord l'indication du taxis ; sans doute, ces manœuvres faites d'une façon inconsidérée sont dangereuses, mais elles donnent, pratiquées en temps et lieux, d'excellents résultats, on devrait peut-être les pratiquer plus souvent et les prolonger plus longtemps ; par exemple le cas de M. Dubourg d'une hernie relativement volumineuse et globuleuse réclamait un taxis plus prolongé ; la réduction facile sans ouverture du sac le prouve. En second lieu la cure radicale ; très souvent dans ces cas de hernie inguinale congénitale la dissection du sac est laborieuse, difficile, on ne peut y parvenir sans intéresser les vaisseaux du cordon ou même le canal déférent, ce qui donne lieu à des hémorrhagies abondantes et compromet la vitalité du testicule. Il est vrai que dans ces circonstances le testicule étant presque toujours atrophié ou rendu stérile par suite de son ectopie, il n'y a pas grand inconvénient à l'extirper ; cette extirpation a encore l'avantage de faciliter l'application d'un bandage herniaire.

M. *Richelot* partage l'avis du rapporteur au sujet de la kélotomie ; il croit qu'il eût été prudent d'ouvrir le sac afin de se rendre compte de l'état de l'intestin. Contrairement à M. Berger, il croit très facile la dissection du sac dans l'opération de la cure radicale ; c'est du moins l'opinion qui se dégage de sa pratique.

M. *Lucas-Championnière* a été parfois obligé d'enlever le testicule ectopié en raison des adhérences qui unissaient les éléments du cordon au sac herniaire. Il ne pense pas toutefois que la dissection du sac soit absolument impossible dans tous les cas.

M. *Bouilly* demande quel était le siège exact et l'agent de l'étranglement dans l'observation de M. Dubourg. Ce n'était certainement pas une bride du canal vagino-péritonéal, puisque ce canal n'a pas été ouvert pour obtenir la réduction. Relativement à la difficulté de la dissection du sac dans la hernie inguinale qu'on veut guérir radicalement, M. Bouilly rapporte deux faits personnels destinés à montrer les difficultés et les dangers de cette dissection : un de ces malades mourut de suppuration après avoir éprouvé une hémorrhagie très considérable. Il conseille dans la cure radicale de la hernie l'ablation du testicule et la ligature du cordon.

M. *Nicaise* a pratiqué, il y a deux ans, la cure radicale d'une grosse hernie inguinale. N'ayant pu disséquer le sac, il en rapprocha les parois par une série de sutures étagées. Le malade guérit ; mais il présente aujourd'hui une pointe de hernie.

M. *Trélat* trouve très judicieuse l'observation de M. Bouilly : le cas de M. Dubourg ne rentre pas dans les cas ordinaires d'étranglement de hernie inguinale congénitale ; c'est une hernie congénitale, mais étranglée par un agent accidentel, banal, commun à toutes les hernies possibles.

— M. *Terrier* résume une très intéressante observation d'hystérotomie, qu'il a pratiquée chez une femme atteinte de tumeur fibro-cystique de l'utérus. L'opération fut longue et laborieuse ; la pédiculisation particulièrement présenta des difficultés ; on crut avoir pris l'uretère dans le pédicule et par prévision on l'isola et on le fixa à la paroi de l'abdomen ; quelques jours après on reconnut qu'on avait eu affaire à la trompe. Au vingtième jour l'état local de la malade devint mauvais ; le pédicule se sphacéla en partie et il en sortit de l'urine, au point que l'on crut à l'ouverture de la vessie. Cependant tout s'améliora, mais deux mois après la malade éprouva une très vive douleur dans le flanc droit ; quelque temps après, on constata un foyer de suppuration périrénal s'ouvrant à la surface de la plaie abdominale ; une sonde introduite dans son intérieur permet de faire des lavages. A l'heure qu'il est, la malade va aussi bien que possible, mais elle conserve sa sonde.

— M. *Pozzi* communique une observation de corps fibreux intra-utérin, dont il a fait heureusement l'ablation après avoir incisé le col, afin de pouvoir le dilater suffisamment. Le cinquième jour après l'opération la malade s'étant refroidie eut une pneumonie double et deux jours après elle accusait des symptômes de péritonite rapidement enrayée. M. Pozzi attribue ce début de péritonite à la modification déterminée par la pneumonie dans l'état général de la malade, modification qui a prédisposé l'organisme à la septicémie.

Alfred Pousson.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. DELPECH.

Traitement de l'urticaire par le jaborandi : M. N. Gueneau de Mussy. — Injections hypodermiques de caféine : M. Huchard. — Traitement du choléra : MM. Dujardin-Beaumetz, C. Paul, Huchard et Delpech.

M. *N. Gueneau de Mussy* donne lecture d'une note sur le *Traitement de l'urticaire par le jaborandi*. Il déclare tout d'abord qu'il n'a retiré que de minces avantages de l'administration du jaborandi à doses massives dans les cas d'anasarque, et rapporte une observation dans laquelle la

salivation et la sécrétion sudorale ont paru s'accompagner d'une transsudation séreuse dans le tissu cellulaire et d'une augmentation de l'œdème; aussi a-t-il renoncé à l'emploi du jaborandi en semblable circonstance. Tout autre serait l'effet du médicament administré à petites doses longtemps continuées pour obtenir la guérison de certains cas d'urticaire. Il croit devoir rappeler, à ce propos, la relation intime qu'il a depuis longtemps signalée entre les crises de la fièvre de foin et les poussées d'urticaire cutanée; l'asthme des foins n'étant que la manifestation symptomatique de l'urticaire des voies respiratoires, et pouvant être classé, au point de vue nosologique, parmi les arthritides muqueuses. Il relate l'observation d'une jeune femme de vingt-trois ans, offrant des antécédents arthritiques héréditaires et qui, souffrant de migraines fréquentes depuis son enfance, fut atteinte, après l'instauration cataméniale, à l'âge de treize ans, d'une rhinite et d'une pharyngite prurigineuses paroxystique, et bientôt d'accès d'asthme des foins. Ces accès revinrent pendant plusieurs années consécutives à des époques régulières, accompagnés de sensations fort pénibles et de quintes de toux violentes. Les accidents furent en partie enrayés par l'usage d'une potion renfermant de la codéine et de l'aconit, et par des injections nasales avec une solution de chlorate de potasse dans la décoction de pavot; mais ils se montrèrent de nouveau l'année suivante, et cette fois, apparut en même temps de l'urticaire cutanée. M. N. Gueneau de Mussy apprit alors que cette jeune femme avait constamment la peau sèche, et que les poussées d'urticaire paraissaient se développer sous l'influence de la chaleur, fait assez anormal, qu'il avait du reste, observé déjà chez quelques autres malades. Pensant qu'il pouvait être utile de provoquer en pareil cas la transpiration cutanée, il eut recours au jaborandi à petites doses, administré sous forme pilulaire, d'après la formule suivante: Poudre de jaborandi, 10 centigrammes; extrait de gaïac, 10 centigrammes; benzoate de lithine, 20 centigrammes; pour une pilule. La malade prit tout d'abord deux pilules semblables par jour, et augmenta progressivement jusqu'à trois et quatre pilules dans les vingt-quatre heures. L'amélioration fut très marquée et M. N. Gueneau de Mussy conseilla, pour obtenir une guérison complète, une saison aux eaux de Cauterets. Il se propose de compléter le traitement par des bains sulfureux; mais il fait remarquer que ce dernier moyen doit être soigneusement surveillé dans ses effets, car il pourrait avoir pour résultat de ramener de nouvelles poussées d'urticaire. M. Gueneau de Mussy ajoute, comme complément à l'observation, que la fille de la malade, âgée de deux ans, présente depuis l'âge de sept mois des éruptions ortiées revenant tous les dix ou douze jours. Ce fait renferme un nouvel argument en faveur de l'urticaire de la muqueuse des voies respiratoires, et de l'identité de la fièvre de foin et des éruptions ortiées; ces deux accidents se rencontrent principalement chez les arthritiques et peuvent être considérés comme des arthritides cutanées et muqueuses. Quant à l'influence de la chaleur sur leur développement, elle peut s'expliquer par l'absence de la transpiration cutanée, ce « grand pondérateur thermogène » qui diminue les effets sur l'économie de l'élévation de la température ambiante. Chez une autre malade atteinte d'urticaire fréquente sous l'influence de causes analogues, et présentant également une grande sécheresse de la peau, les pilules de jaborandi donnèrent aussi de bons résultats, mais la malade abandonna le traitement avant la disparition complète des accidents.

M. *C. Paul* partage entièrement l'opinion de M. N. Gueneau de Mussy au sujet de la nature de certaines crises dyspnéiques relevant évidemment de l'urticaire des muqueuses. Il a, d'autre part, constaté, ainsi que M. N. Gueneau de Mussy, les insuccès auxquels expose l'emploi du jaborandi à doses massives dans le traitement de l'anasarque. Il signale les eaux de Luchon comme ayant une certaine efficacité pour la guérison de l'urticaire.

M. *Huchard* rappelle qu'un auteur anglais a signalé la guérison des accès d'asthme par les injections hypodermiques de pilocarpine. Il a lui-même essayé ce moyen, mais n'en a pas toujours obtenu des résultats bien satisfaisants.

— M. *Huchard* lit un mémoire sur l'action des injections sous-cutanées de caféine. Ces injections peuvent remplacer avantageusement, dans bien des cas, les injections d'éther, dont les excellents effets ont été depuis bien des années déjà signalés par de nombreux observateurs. Il rappelle les propriétés toniques, stimulantes et diurétiques de la caféine, sur lesquelles il a déjà insisté, il y a deux ans, devant la Société de thérapeutique. Elle peut être prescrite à l'intérieur et administrée en solution d'après la formule suivante: Eau distillée, 300 grammes; caféine et benzoate de soude, ââ 5 grammes. De deux à cinq cuillerées par jour. Mais chez un certain nombre de malades, l'estomac supporte assez difficilement la caféine et l'on observe des accidents pénibles de gastralgie. On évite cet inconvénient en administrant la caféine en injections hypodermiques; la solution employée à cet effet par M. Huchard a pour formule: Salicylate de soude, 3 grammes; caféine, 4 grammes; eau distillée, 3 centigrammes pour faire 10 centimètres cubes. C'est la formule donnée par M. Tanret. — M. Huchard a expérimenté ces injections dans un certain nombre d'affections adynamiques; à la dose de 40 à 80 centigrammes, la caféine abaisse la température dans la fièvre typhoïde et combat d'une façon efficace les phénomènes de dépression générale; elle agit également bien contre l'anémie cérébrale, en particulier chez les diabétiques; enfin, on sait que c'est un excitant vasculaire et un diurétique puissant, très utile à la dernière période des affections cardiaques. Les injections de caféine présentent sur les injections d'éther l'avantage d'être moins douloureuses, d'agir directement sur la contractilité cardiaque, et de joindre au pouvoir diurétique du médicament une action stimulante et tonique incontestable. M. Huchard a essayé ces injections dans quelques cas de choléra qu'il a eu à soigner à l'hôpital Bichat; leur influence sur la période algide de la maladie ne paraît pas jusqu'ici bien évidente; sur cinq cas de choléra confirmé M. Huchard a enregistré trois décès. Il signale en terminant les effets toniques et excitants de la noix de cola qui renferme une grande proportion de caféine.

M. *N. Gueneau de Mussy* pense que les effets toniques de la caféine trouvent une confirmation dans l'augmentation de la quantité d'urée éliminée dans l'urine des malades soumis à ce médicament.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle que l'action de la caféine sur la nutrition est aujourd'hui bien connue; elle augmente les combustions; c'est un excitant et un véritable aliment. Elle est précieuse dans un grand nombre de cas d'asystolie cardiaque, mais elle est en effet assez difficilement supportée par l'estomac de bien des malades. — M. Dujardin-Beaumetz a expérimenté dans la période algide du choléra les injections d'éther et les injections de caféine; il emploie la formule suivante: Caféine et benzoate de soude, ââ 1 gramme; eau, 4 grammes. Chaque seringue de Pravaz renferme 25 centigrammes de caféine. Jusqu'ici les résultats sont à peu près nuls.

M. *C. Paul* demande si l'absorption se fait, à la période algide du choléra, pour les injections hypodermiques; on sait en effet que l'absorption gastrique est la plupart du temps suspendue en semblable cas, et que parfois les malades sont exposés à de graves accidents d'intoxication par les médicaments ingérés, dès que l'absorption se rétablit.

M. *Dujardin-Beaumetz* est d'avis qu'il faut établir une distinction très importante suivant que les cholériques uri-

nent ou n'urinent pas. Dans ce dernier cas, il faut s'abstenir d'user des médicaments toxiques, et en particulier de la morphine. Il déplore de voir préconisées dans certains journaux politiques les injections de morphine comme moyen général de traitement du choléra. La caféine offre du moins l'avantage de n'être pas dangereuse lorsque l'absorption se rétablit brusquement. Il signale le mode de traitement que M. Hayem expérimente en ce moment, à l'hôpital Saint-Antoine, sur soixante-quinze cholériques apportés dans son service depuis quelques jours. M. Hayem pratique tout d'abord des injections hypodermiques d'éther; puis, s'il n'obtient aucun effet satisfaisant, il a recours aux injections intraveineuses d'une solution de chlorure de sodium et de sulfate de soude; il en injecte deux litres, à la température de 38 degrés. Le plus souvent le malade, plongé dans l'algidité, revient à lui et la circulation se ranime; il se plaint de la soif et demande à boire. On lui donne alors des boissons alcalines et on lui fait inhaler de l'oxygène. Parfois l'amélioration est dès lors définitive; mais, si l'algidité reparaît, on pratique de nouveau dans les veines des injections avec une solution de carbonate de soude. Cette thérapeutique a pour but de combattre l'acidité du sang des cholériques. Les malades entachés d'alcoolisme succombent tous, après une amélioration passagère, avec du délire accompagnant la période de réaction. Chez les sujets non alcooliques les résultats semblent jusqu'ici assez encourageants. M. Hayem se sert, pour les injections intraveineuses, d'un injecteur à poire de caoutchouc très analogue à celui qu'emploient les femmes pour les injections vaginales.

M. *Huchard* pense que la caféine trouve une indication très nette alors que les malades n'urinent plus.

M. *C. Paul* rappelle les effets révulsifs et excitants très intenses de l'application sur l'abdomen d'une compresse imbibée d'essence de térébenthine. Ces effets sont encore plus marqués lorsqu'on repasse la compresse avec un fer chaud. Ce peut être un auxiliaire utile des préparations alcooliques et aromatiques.

M. *Delpech* fait observer que Baudrimont a signalé les bons effets de l'administration du bicarbonate de soude à haute dose. Cette médication offre tout au moins l'avantage de n'être nullement dangereuse.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

André Petit.

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

Untersuchungen ueber Spaltpilze im menschlichen Blute (Recherches sur les schyzomycètes dans le sang humain), par M. G.-V. Hoffmann (de Wiesbaden). Broch. in-8° de 82 pages. Berlin, 1884. Hirschwald. — Si nous signalons ce mémoire à l'attention de nos lecteurs, c'est pour les engager à s'en défier malgré son apparence scientifique. Il est consacré tout entier à exposer une donnée reconnue fausse par les hommes les plus compétents, et spécialement par M. Pasteur, qui a consacré plusieurs années de sa vie à montrer aux autres l'origine des erreurs commises. Il s'agit *de la présence à l'état normal* de bactéries de forme et de nature diverse dans le sang de l'homme. M. Hoffmann reconnaît qu'il ne s'occupe de cette étude que depuis un an; ce court espace de temps lui a suffi non seulement pour renverser une doctrine étayée sur des travaux de premier ordre, mais encore pour édifier lui-même tout un système de pathologie générale des plus discutables.

VARIÉTÉS

L'organisation sanitaire et les services de désinfection à Londres.

On n'a peut-être point oublié que, d'accord avec la plupart des hygiénistes, nous avions insisté sur la nécessité d'installer à Paris des étuves à désinfection, de créer une organisation sanitaire comprenant un certain nombre de médecins instruits, expérimentés, capables de prescrire au moment voulu les mesures d'hygiène que peut nécessiter une épidémie; enfin de centraliser, quel que soit le nom que l'on donne à cette réforme urgente, tous les services ressortissant à l'hygiène publique et à la salubrité. Depuis quatre mois il a bien été question, soit aux Comités et Conseils d'hygiène, soit au Conseil municipal, de l'installation de ces étuves que nous demandions tout à la fois fixes et portatives. Il a souvent été affirmé que l'on se préoccupait d'établir dans chaque quartier des Commissions d'hygiène, mais, en somme, rien n'a été fait et aujourd'hui encore l'épidémie de choléra est venue surprendre une administration impuissante à la combattre activement. En parlant ainsi, nous ne voulons point dire que plusieurs médecins, membres du Comité ou du Conseil d'hygiène, ne se montrent point par leur activité, leur dévouement et leur compétence à la hauteur de la confiance qu'on a mise en eux. Mais les services rendus chaque jour par MM. Brouardel et Dujardin-Beaumetz ne peuvent être efficaces que si on leur accorde ce que, nous le savons d'ailleurs, ils réclament comme nous et avec nous. Il n'est donc pas sans intérêt de faire connaître ce qui a été, depuis longtemps déjà réalisé à Londres. Une lettre que veut bien nous adresser M. Adolphe Smith et dont copie vient d'être envoyée à M. Besançon, chef de la deuxième division de la Préfecture de la Seine, expose avec précision le fonctionnement du service sanitaire anglais. Nous en résumons ici les principales parties.

D'après le recensement de 1881, la cité et la métropole de Londres possédait alors 486 256 maisons avec 3 893 272 habitants, soit 7,5 habitants par maison. En 1882, il y eut à Londres 13 553 décès dont 431 par variole, 2329 par rougeole, 2004 par scarlatine, 863 par diphthérie, 1117 par fièvres diverses, mais surtout par fièvre typhoïde, 2163 par diarrhée ou athrepsie. La moyenne des dix dernières années est de 3,59 décès sur 1000 habitants par maladies zymotiques.

En présence de cette situation, il était naturel de chercher à combattre autant que possible la propagation des maladies épidémiques. L'organisation suivante a pour objet d'y parvenir.

Chaque grand district de Londres a un médecin (medical officer of Health), qui a sous sa direction un ou plusieurs inspecteurs sanitaires (sanitary inspectors), recrutés pour la plupart parmi les employés de bâtisse ou de construction.

Ces inspecteurs visitent les maisons et, aidés par des cantonniers, désinfectent les domiciles. Dans ce but ils emportent les vêtements, tapis, tentures, literie, etc., à l'étuve de désinfection du district. Après avoir enlevé les objets qui pourraient être altérés par la désinfection au soufre, ils ferment hermétiquement la chambre où a séjourné un malade et y allument la fleur de soufre à la dose de 450 grammes par mille pieds cubes d'air à désinfecter.

Les appointements alloués aux médecins sanitaires et aux inspecteurs de la salubrité varient suivant les localités. En général les inspecteurs reçoivent des émoluments plus élevés que les médecins, ceux-ci profitant de la clientèle que l'on suppose augmentée en raison de leur situation officielle. Par exemple, à Chatam (population 26 000 âmes) le médecin reçoit 1000 francs par an; l'inspecteur sanitaire, 1300 francs. A Eatsbourne, ville d'eaux (population 20 000 âmes) le médecin reçoit 2200 francs et son inspecteur 3250 francs. A West Ham, district voisin de Londres, le médecin de santé reçoit 3750 francs (la population est de 130 000 âmes), mais il est assisté de trois inspecteurs qui touchent 3750 francs et 2350 francs. Dans le centre de Londres les honoraires des médecins de santé peuvent s'élever à 10 000 francs. Les nominations sont faites par l'autorité sanitaire locale sous réserve de l'approbation du *Local Government Board*.

Les services rendus par ces médecins sanitaires et ces inspecteurs sont considérables. Les chiffres suivants en donnent la preuve : Année 1882 : district de Puddigton à Londres, population, 107 200 âmes; 298 maisons désinfectées après maladies contagieuses, 600 procès-verbaux et ordres pour améliorations sanitaires, 55 coupe-vents et moyens de ventilation pour les

cabinets d'aisance. — District de Poplar à Londres : population 55900; 7471 maisons dans le quartier pauvre. On a visité et inspecté 1623 maisons et amélioré l'état sanitaire de 1020 maisons; on a désinfecté 272 maisons et emporté à l'étuve de désinfection les vêtements et literie de 214 malades; dans 58 cas, ces objets ont été désinfectés à domicile. — Dans le district de Saint-Giles, quartier très pauvre, on a inspecté 11 776 maisons, dressé procès-verbal pour l'aménagement sanitaire de 1318 maisons, on a désinfecté 126 maisons, posé des siphons et établi partout des tuyaux de chute.

On voit, par ces exemples, que le rôle des médecins et des inspecteurs sanitaires n'est pas une sinécure. Ils ne s'occupent d'ailleurs personnellement que de la désinfection des maisons appartenant à des individus plus ou moins indigents. Dans les quartiers riches, on laisse aux propriétaires ou locataires la faculté de choisir ceux qui seront chargés de pratiquer la désinfection des locaux contaminés. Ceux-ci appellent d'ordinaire des peintres en bâtiments ou des ouvriers maçons qui, *après la désinfection aux vapeurs sulfureuses*, viennent arracher le papier des murs, laver ceux-ci au phénol et les recouvrir d'un nouveau papier. Une amende de 125 francs ou trois mois d'emprisonnement peuvent être la peine du propriétaire qui aurait loué un appartement non désinfecté. En Angleterre, on obéit toujours aux injonctions des autorités sanitaires; ainsi en 1882, dans le district de Newington, dont la population est de 107 850 personnes, on a directement désinfecté 218 maisons et purifié à l'étuve 179 lits, mais de plus on a imposé à 297 propriétaires l'obligation de désinfecter leurs maisons, de telle sorte que dans une même année et dans un seul district de Londres, 515 maisons ont été purifiées.

Les mesures sanitaires dont nous venons de parler s'appliquent en Angleterre aux maladies zymotiques. On ne désinfecte pas les appartements après la rougeole. Après la fièvre typhoïde, on purifie surtout les cabinets d'aisance et les tuyaux de chute. Mais on est très sévère pour la scarlatine, qui est grave à Londres, et surtout pour la variole, contre laquelle les fumigations et les moyens de purification les plus rigoureux sont prescrits. S'il survenait à Londres une épidémie cholérique, on s'appliquerait surtout, dit M. Adolphe Smith, à désinfecter les déjections, les cabinets d'aisance, à surveiller l'eau potable et les denrées alimentaires, etc. Mais, et c'est sur ce point surtout que nous voulons insister, on est toujours prêt en Angleterre à agir vite et rigoureusement, car il existe une organisation médicale et administrative complète; parce que, bien rémunérés, appelés journellement à exercer leur mission, contrôlés par l'Administration centrale, les médecins sanitaires savent toujours, au moment où éclate une épidémie, quels sont leurs droits et quel est leur devoir.

L. L.

Nécrologie : Saucerotte (Constant). — Le docteur Saucerotte (Constant) a succombé à Lunéville dans sa quatre-vingtième année. *Saucerotte* (*de Lunéville*) était un des noms les plus connus parmi les médecins des départements. C'est qu'il en est bien peu, en effet, qui aient fourni une carrière de travail aussi longue et aussi continue. Il a tenu la plume du médecin depuis son doctorat, en 1828, et même depuis 1827 (in *Bulletins de la Société anatomique*), jusqu'à ses dernières années aussi. Dès cette époque il protestait, un des premiers, contre la doctrine de Broussais. Il a tenu aussi la plume de l'historien, du philosophe et du lettré; car, pendant trente ans (1830 à 1860), il avait professé *au collège* la philosophie, en même temps que l'histoire naturelle; un de ses mémoires a pour titre : *De l'éclectisme médical* (1830); un autre : *L'histoire et la philosophie dans ses rapports avec la médecine* (1863); un troisième : *Sur les progrès de la médecine* (1837). Nos lecteurs ont eu la faveur de lire ses études sur *les médecins au théâtre depuis Molière* et sur *la profession médicale il y a un siècle* (1881). On pourrait encore citer plusieurs travaux du même ordre que les précédents et même d'inédits, car il est à notre connaissance que les cartons de Saucerotte cachent au moins un roman philosophique. Ses travaux pratiques sont extrêmement nombreux, et attestent un grand sens de clinicien. Un de ceux qui ont été les plus remarqués, bien qu'il date de la jeunesse de l'auteur, est celui qui est relatif aux rapports de la névralgie avec le rhumatisme; Besnier le cite avec éloge dans son remarquable article Rhumatisme du *Dictionnaire encyclopédique*. On doit enfin à Saucerotte un *Manuel d'hygiène des écoles*, un *Guide auprès des malades*, un *Tableau des races humaines*, etc.

Saucerotte était correspondant de l'Académie de médecine depuis 1834, et chevalier de la Légion d'honneur depuis 1866. Il laisse un fils, qui représente dignement son nom dans la science et dans la pratique.

— Un des plus jeunes agrégés de la Faculté de médecine de Paris, M. Henninger, vient de mourir. Élève du regretté M. Wurtz, il l'avait suppléé avec succès depuis 1878.

CHOLÉRA.

Ce qui reste du choléra dans les départements n'a plus guère d'importance auprès de la manifestation sérieuse qui vient de se produire à Paris. Deux ou trois cas par semaine dans les *Bouches-du-Rhône;* à peu près autant dans le *Var*, le *Gard*, la *Seine-Inférieure*. Dans ce dernier département, du 1er au 7 novembre, 2 cas de décès à Yport et 1 à Saint-Léonard. C'est toujours dans la *Loire-Inférieure* qu'est le foyer le moins bénin : à Nantes, dans le même espace de temps, 36 décès; à Chantenay, 1; à Rezé, 1. Dans l'*Yonne* on signale 3 décès.

Pour Paris, le *tableau des décès cholériques* publié par le *Journal officiel* du 12 novembre signalait, pour la période du 1er au 7, 27 décès, dont les deux premiers en date du 4. Mais on avait déjà remarqué dans plusieurs arrondissements, notamment les 1er, 4e, 6e, 7e, 11e et 12e, des cas nombreux de diarrhées cholériformes, dont quelques cas mortels, sans qu'on ait cru devoir les rapporter au choléra confirmé. La diffusion de l'épidémie a été très rapide. Dès le 10, il n'y avait plus que six arrondissements indemnes, les 1er, 2e, 8e, 9e, 16e et 17e. Des foyers spéciaux se sont établis sur divers points, et toujours au sein d'une population, ou misérable, ou débilitée par l'âge ou les maladies. Ainsi, dans le 7e arrondissement, le bilan mortuaire a été fourni, pour la plus grande part, par l'asile des vieillards de l'avenue de Breteuil. Voici, pour une journée entière, celle du 10 (de minuit à minuit), le tableau des décès par arrondissement et suivant qu'ils ont eu lieu à domicile :

Arrondissements.	Décès à domicile.	Décès dans les hôpitaux.	Total.
3e	2	1	3
4e	2	1	3
5e	»	2	2
6e	1	2	3
7e	1	22	23
10e	»	10	10
11e	7	»	7
12e	2	21	23
13e	»	1	1
14e	»	4	4
15e	1	»	1
18e	1	»	1
19e	3	»	3
20e	1	13	14
Totaux	21	77	98

Dans la journée du 11 (de minuit à minuit) les hôpitaux ont donné 55 décès et la ville 34. Le 12, jusqu'à six heures du soir, 26 décès dans les hôpitaux et 17 à domicile, ce qui semblerait annoncer une atténuation sensible.

Des cas de choléra se montrent aussi dans la garnison de Paris, et sont, comme dans le civil, très disséminés. On a reçu des cholériques dans les hôpitaux militaires du Val-de-Grâce, du Gros-Caillou, de Saint-Martin, de Vincennes et le nombre des décès y reste minime.

— Le préfet de police, qui déploie, au sujet des mesures contre l'épidémie, une grande activité, vient d'adresser aux maires des vingt arrondissements de Paris une instruction où il fait ressortir la nécessité, *pour chaque mairie*, d'avoir à sa disposition *des moyens d'action qui lui soient propres*, sauf à recourir, en cas d'insuffisance forcée, aux ressources centrales de la préfecture. Nous en détachons le passage suivant :

« Quant au transport des malades, ce service, qui n'avait jamais fonctionné encore dans Paris, a, malgré des difficultés de toute sorte, et notamment l'éloignement extrême du seul hôpital ouvert aux cholériques jusqu'à hier dimanche, marché d'une façon très satisfaisante. Il est nécessaire maintenant de le décentraliser. Dès samedi soir (le 8), un service spécial a marché au XIe arrondissement, desservant les arrondissements les plus voisins du foyer primitif et aussi les plus atteints. Un second service spécial partait de l'Hôtel-Dieu; un troisième enfin desservait la rive gauche. Il

faut se préparer à en faire autant dans chaque arrondissement, et trouver une ou deux voitures aménagées spécialement et une remise. Dans le cas d'impossibilité d'avoir les ressources suffisantes dans l'arrondissement, j'enverrais des voitures qui y resteraient attachées. Mes services spéciaux de transport et de désinfection deviendront ainsi une réserve qui se portera sur les points où elle sera nécessaire. Pour éviter tout double emploi et toute fausse manœuvre, il importe que nous soyons constamment en rapport... »

— On avait annoncé l'apparition du choléra à *Bruxelles;* le *Bureau d'hygiène* dément le fait. — La nouvelle que l'épidémie a éclaté à *Londres* est controuvée.

L'INTERNAT DES FEMMES. — Ni l'encre sérieuse, ni l'encre puérile qu'on a versée et qu'on verse encore en faveur de l'internat des femmes n'arrive à faire une impression profonde sur l'opinion des médecins les plus autorisés à en avoir une. Dans leur dernière séance, la *Société médicale des hôpitaux* et la *Société de chirurgie* viennent de protester contre ce projet d'innovation : la première, par 63 ou 64 voix contre 4; la seconde, par 34 voix contre 4.

Dans la première de ces Sociétés, M. Moutard-Martin, membre du comité de surveillance de l'Assistance publique, a fait connaître que les élèves femmes n'avaient été, sur leur demande, admises au concours de l'externat qu'à la condition d'être exclues du concours de l'internat; qu'elles étaient presque toutes étrangères et non pourvues du diplôme français de bachelier; enfin qu'aucune d'elles ne s'était fait inscrire à la Maternité.

Dans la seconde de ces Sociétés, l'avocat chevaleresque de ces dames était M. Verneuil et leur terrible adversaire M. Trélat.

INFIRMERIE GÉNÉRALE DES LYCÉES ET COLLÈGES. — Nous trouvons dans le journal *l'Université* un article de M. Albin Rousselet relatif à l'avantage qu'il y aurait à créer à proximité de Paris une grande maison de santé destinée à recevoir les élèves des lycées et collèges quand ils sont atteints de maladies contagieuses. Il est, en effet, des élèves que l'éloignement des parents ou toute autre cause force quelquefois de conserver dans l'établissement. On a beau les placer dans des salles isolées, cette mesure est presque toujours le préliminaire d'un licenciement général. A ce point de vue, la proposition de M. Rousselet mérite une sérieuse attention. La difficulté d'exécution résiderait surtout dans la nécessité d'une entente entre tous les établissements et entre ceux-ci et l'administration.

POLICLINIQUE DE VIENNE (semestre d'hiver 1884-1885). — M. le directeur de l'*Allgemeine Policlinik* nous demande l'insertion de la note suivante :

Maladies internes (spécialement du poumon et du cœur, avec exercices de diagnostic) : professeur *E. de Stoffella*. — Clinique thérapeutique (surtout au point de vue de la thérapeutique et des cures diététiques) : professeur *W. Winternitz*. — Méthodes hydrothérapiques et expériences physiologiques sur les influences thermiques et physiologiques, sur l'organisme, par le même professeur. — Pathologie de la respiration et de la circulation (avec exercices pratiques) : professeur *Samuel de Basch*. — Laryngoscopie et rhinoscopie; Maladies du larynx et organes avoisinants; Nouvelles méthodes d'exploration et de traitement des maladies du cœur et du poumon : professeur *M. Schnitzler*. — Diagnostic et traitement des maladies de l'intestin et de l'estomac : professeur *L. Oser*. — Maladies du cerveau et de la moelle; Électrothérapie; Craniométrie clinique : professeur *M. Benedikt*. — Maladies des organes urinaires : professeur *R. Ultzmann*. — Propédeutique chirurgicale; Maladies des os et articulations; Les bactéries et leurs rapports avec les maladies infectieuses, surtout des plaies; Exercices bactériologiques : professeur *A. de Frisch*. — Diagnostic et thérapeutique des maladies chirurgicales : professeur *A. Wölfler*. — Pathologie et thérapeutique des maladies de peau, y compris les maladies syphilitiques : professeur *H. de Hebra*. — Pathologie et thérapeutique de la syphilis et des maladies cutanées : professeur *E. Schiff*. — Policlinique des maladies des yeux : professeur *J. Hock*. — Policlinique des maladies des yeux : professeur *A. de Reuss*. — Anomalies de la réfraction et de l'accommodation : professeur *L. Königstein*. — Exercices pratiques sur le diagnostic et le traitement des maladies des yeux, par le même. — Maladies des oreilles : professeur *Urbantschitsch*. — Policlinique des maladies des enfants : professeur *A. Monte*. — Policlinique des maladies des enfants : professeur *M. Herz*. — Maladies des enfants, surtout des nouveau-nés et des enfants à la mamelle : professeur *L. Fürth*. — Policlinique des maladies de femmes : professeur *L. Bandl*.

LÉGION D'HONNEUR. — M. J. Carrière, trésorier de la Société clinique, a été nommé chevalier.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Figuier est nommé professeur de pharmacie (chaire nouvelle).

ECOLE PRATIQUE. — M. le docteur Gillet de Grandmont commencera son cours d'*ophthalmologie* (médecine opératoire) le lundi 17 courant, à huit heures du soir, à l'Ecole pratique (amphithéâtre n° 3), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Les élèves seront exercés à la pratique des opérations.

SECOURS. — Le Comité consultatif de secours aux victimes du choléra s'est réuni mercredi au Crédit foncier. Des envois de secours ont été faits.

EAUX DE PARIS. — Une note officielle de la préfecture de la Seine porte à la connaissance du public que le principe de la distribution de l'eau dans Paris repose sur une double canalisation : 1° eau potable provenant des sources de la Dhuis et de la Vanne ; 2° eau pour les lavages, arrosages, etc., provenant du canal de l'Ourcq, de la Marne et de la Seine. Sur la voie publique, cette double canalisation devra exister partout. L'eau des appartements particuliers appartient à la première catégorie, sauf lorsqu'il s'agit de services industriels.

MORTALITÉ A PARIS (45e semaine, du 31 octobre au 6 novembre 1884).— Fièvre typhoïde, 20. — Variole, 1. — Rougeole, 35. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 34. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 38. — Phthisie pulmonaire, 218. — Autres tuberculoses, 17. — Autres affections générales, 63. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 66. — Bronchite aiguë, 18. — Pneumonie, 59. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 37; au sein et mixte, 24; inconnu, 6. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 80; de l'appareil circulatoire, 78; de l'appareil respiratoire, 73; de l'appareil digestif, 50; de l'appareil génito-urinaire, 33; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 1. — Morts violentes, 27. — Causes non classées, 7. — Total : 1006.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Histoire de la fièvre jaune au Brésil, par M. Edmond Gouy, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Grand in-8 de 107 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr.

Traité de pathologie interne, par M. le docteur A. Strümpell, traduit de l'allemand par M. le docteur Schramme. Tome premier : Maladies infectieuses aiguës; maladies des organes respiratoires, circulatoires et de l'appareil digestif. 1 vol. grand in-8 de 756 pages avec 45 figures dans le texte. F. Savy. 12 fr.

Du traitement du cancer utérin, avantages de l'amputation du col de la matrice par l'anse galvanique, par M. T. Gallard. H. Lauwereyns. 1 fr. 25

Des fractures du cubitus par cause indirecte et de la fracture du radius par torsion, par M. le docteur F. Brossard. Grand in-8 de 12 pages et 24 planches. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr.

Du cancer précoce de l'estomac, par M. le docteur Marc Mathieu, ancien interne des hôpitaux. Grand in-8 de 148 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr.

Étude comparée sur le lait de la femme, de l'ânesse, de la vache et de la chèvre, suivie de tableaux d'analyse, par M. Henri Fery, chef des travaux chimiques du laboratoire de la clinique des maladies des enfants. In-8 de 44 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 1 fr. 25

Traité pratique des maladies des organes sexuels, par M. le docteur Langlebert, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-18 jésus, cartonné diamant de 600 pages avec figures dans le texte. Paris, O. Doin. 7 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 20 novembre 1884.

Académie de médecine : M. Bergeron : Eloge de Fauvel. — M. Panas : De la cocaïne. — M. Hayem : Les injections intraveineuses dans le traitement du choléra.

A l'Académie de médecine, signalons d'abord un incident assez inattendu, mais qui a été une bonne fortune pour la compagnie. Le regretté Fauvel avait, on le sait, exprimé le désir formel qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe; mais en même temps il avait prié trois de ses amis, MM. H. Roger, N. Guéneau de Mussy et Bergeron de rappeler à la Compagnie les titres qu'il pouvait avoir à l'estime et à l'affection de ses collègues. C'est M. Bergeron qui s'est acquitté de cette tâche. Pour cela, il n'avait guère qu'à changer les termes des hommages qu'il lui avait déjà rendus à plusieurs reprises, devant l'Académie elle-même, pour ses services en hygiène publique, et pour la grande autorité que l'ancien directeur des services sanitaires de France s'était acquise dans les conférences sanitaires internationales. A cette appréciation générale, M. Bergeron a joint quelques traits de la vie scientifique de Fauvel, et formé ainsi une sorte de notice qui, par l'élévation du sentiment comme par la distinction du style, a enlevé les applaudissements unanimes et répétés de l'assemblée.

— M. le professeur Panas, a fait une communication fort intéressante touchant l'action anesthésique de la cocaïne sur la conjonctive, et sur le parti avantageux qu'on peut tirer de cette propriété dans la chirurgie oculaire. C'est un fait qui ne ressortait pas inévitablement de ce qu'on savait déjà de l'action physiologique de l'alcaloïde trouvé par M. Neumann dans l'*Erythroxylon coca* (1859). Néanmoins il est bon de rappeler au lecteur que la coca n'est pas, sous le rapport de l'action névrosique, sans analogie avec le haschich ou au moins avec le tabac, bien que les uns la rangent parmi les excitants, les autres parmi les modificateurs de la nutrition. A supposer exagérées les assertions de Montegazza sur les phénomènes d'ivresse, avec rêves fantastiques et sentiment de béatitude que produirait la mastication de 7 ou 8 grammes de coca, il est difficile de ne pas établir un rapprochement entre les effets du tabac et de la nicotine d'une part, et ceux de la cocaïne d'autre part : des deux côtés salivation abondante, action névro-stimulante d'abord (pouvant aller avec l'accroissement des doses jusqu'à la convulsion), pour aboutir à la débilitation générale du système musculaire, à l'affaiblissement des actions réflexes et des facultés cérébrales. Le *cocaïsme* des Indiens ressemble fort au nicotisme que nous connaissons tous. Il faut ajouter cette propriété particulière de la cocaïne de produire l'insensibilité de la muqueuse linguale.

Ces quelques indications, nous le répétons, n'ont d'autre but que de préparer le lecteur à l'étude des faits signalés par M. Panas, et qu'on trouvera résumés au compte rendu de l'Académie.

— Nous ne voulons aujourd'hui que signaler à l'attention du public médical la communication faite par M. Hayem sur les résultats que peuvent donner les injections intraveineuses d'une solution de chlorure de sodium et de sulfate de soude dans le traitement du choléra. Pour apprécier avec une rigueur suffisante la valeur de cette médication, il nous faudrait avoir sous les yeux les observations recueillies par notre savant confrère. Le résumé qu'il en a donné à l'Académie nous permettra cependant de faire ressortir l'intérêt des conclusions qu'il s'est cru dès aujourd'hui en mesure de formuler.

Jusqu'à ce jour, on pourra s'en convaincre en lisant les mémoires spéciaux qui nous avaient servi à écrire quelques articles sur le traitement du choléra (voy. *Gaz. heb.*, p. 610), la plupart des médecins, qui avaient pratiqué des injections intraveineuses d'eau ou d'un liquide quelconque, considéraient cette opération comme une ressource ultime; comme ne devant être faite que dans le cas où toutes les autres médications avaient échoué et ne devant être appliquée qu'aux cholériques algides et moribonds. S'il arrivait dès lors que l'on pût,

comme une observation de Lorain semblait le démontrer, rappeler à la vie des malades que toute autre médication n'eût pas empêché de mourir, on était en droit d'affirmer que l'injection intraveineuse, quelles que fussent ses conséquences sur d'autres malades, devait toujours être tentée. Les faits apportés à l'appui de leurs assertions par divers médecins étrangers semblaient montrer de plus que, pour réussir, il fallait répéter souvent et pratiquer à doses assez élevées ces injections intraveineuses. Enfin diverses expériences de laboratoire faites par M. Hayem, et résumées par lui dans une leçon spéciale que nous avions citée, nous semblaient prouver que le liquide dont il donnait la formule devait être considéré comme incapable de détruire les globules sanguins et, par conséquent, comme apte à agir non seulement de manière à réveiller momentanément les cholériques, mais encore comme devant les ranimer d'une manière durable et peut-être les rappeler à la santé.

Assez différentes cependant sont les conséquences qu'il faut déduire aujourd'hui du travail lu à l'Académie par M. Hayem. Ce n'est plus une médication de nécessité, un traitement à instituer dans les cas désespérés qu'il préconise. Les injections intraveineuses qu'il a pratiquées ne lui ont bien réussi, dit-il, que chez des individus bien portants avant l'attaque cholérique et lorsqu'elles ont été faites *dès le début de la période algide de la maladie*. Dans ces conditions nous comprenons parfaitement que MM. Hardy et Bucquoy aient interpellé leur confrère pour lui demander quelques chiffres statistiques. Si, en effet, il s'était agi, comme dans les observations que nous avons rappelées, ou même comme dans les faits si intéressants que rapporte en ce moment dans le *Lyon médical* (n°s 45 et 46) notre distingué confrère le docteur Bouveret, d'opérations d'urgence, pratiquées sur des malades presque agonisants, toute question de statistique aurait pu être écartée. M. Hayem eût été en droit de répondre à ses collègues : « J'étais en face de cholériques irrémédiablement perdus ; l'état d'algidité asphyxique impliquait la mort à courte échéance ; l'injection intraveineuse d'une solution saline en a sauvé vingt-cinq. Peu importe le nombre de ceux qui ont succombé. Ces vingt-cinq malades doivent à la pratique que je recommande d'avoir échappé à une mort certaine. » Hâtons-nous d'ajouter que M. Hayem a pu, non sans raison, répondre que les conditions où nous nous plaçons sont à peu près les mêmes dans ses observations, puisque, les transfusions ont été faites au début de l'épidémie et que tous les malades atteints au même degré ont succombé. Toutefois nous devons attendre, pour juger cette médication, que nous ayons sous les yeux non seulement les observations des malades de l'hôpital Saint-Antoine, mais encore les observations de choléra recueillies dans divers autres services hospitaliers. S'il arrive que, toutes les autres conditions restant les mêmes, la mortalité soit moindre chez les malades traités par une autre médication, il faudra continuer à réserver les injections intraveineuses aux cas les plus graves, à ceux que l'on peut considérer à priori comme désespérés. Si, au contraire, *aux mêmes dates* de l'épidémie, (la question est capitale, puisqu'au début la mortalité est plus grande), et avec le même état symptomatique, un plus grand nombre de décès aura été constaté toutes les fois que les injections n'auront pas été faites, il conviendra de reconnaître, avec M. Hayem, que la pratique des transfusions doit être encouragée dès le début de la maladie. Enfin, et c'est surtout ce résultat qu'il importe de mettre en évidence, les injections intraveineuses, faites avec le liquide dont M. Hayem a donné la formule, d'après la méthode qu'il préconise, et associées à diverses autres médications (piqûres d'éther, salicylate de bismuth, etc.), qui ne sont jamais négligées par lui, ont toujours été inoffensives, au point de vue opératoire. On ne saurait donc trop encourager notre savant confrère à poursuivre ces intéressantes recherches et à en publier, avec les plus minutieux détails, les résultats cliniques.

On verra par la communication de M. Hayem comme par les remarques dont elle vient d'être ici l'objet que le succès de la transfusion dépend surtout du degré d'algidité auquel les malades sont arrivés. Nous croyons même savoir qu'il est dans les intentions de notre confrère de ne plus tenter, chez les algides du dernier degré ou d'un degré très avancé, une opération devenue inutile. Pour qu'on puisse mieux juger de l'état morbide dans lequel la transfusion peut encore être tentée et réussir, nous donnons ici en abrégé trois observations recueillies par un de nos collaborateurs dans le service de M. Hayem, et relatives à des cas d'une gravité incontestable. Il est bien vrai que, dans d'autres cas analogues, l'opération a échoué, mais cela ne saurait infirmer les conséquences à tirer des premières.

Obs. I. — Femme D..., âgée de cinquante ans, est tombée malade le 13, après avoir eu de la diarrhée depuis une huitaine; elle vomit depuis deux jours. Entre à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. Hayem), le 14 novembre.

Le 15, à la visite, cette femme est cyanosée, a le pouls petit, avec de fortes crampes.

Le 16, les crampes persistent ; peau marbrée, cyanosée et froide ; yeux enfoncés dans leur orbite; voix éraillée, éteinte. Avant la transfusion, qui s'élève à 2 litres et demi, le pouls était insensible, le facies profondément altéré. Au cinquante-troisième coup de piston (chaque coup de piston produit par une poire en caoutchouc, qu'on presse avec la main sous de l'eau tiède (à 38 degrés environ), envoie de 22 à 24 grammes de sérum dans la veine), le pouls est à 96. Au soixante-quinzième, le pouls devient plus fort, avec 104 pulsations; la température rectale marque 37°,5, après avoir été inférieure à 37 degrés. Au quatre-vingt-dixième coup de piston, pouls à 100. Pas de frisson, pas d'oppression pendant l'injection. Deux heures après l'injection, réaction, frisson intense, pas d'urines.

Le 17, bon état général, mais diarrhée et nausées. On donne du salicylate de bismuth et de l'alcool.

Le 18, on continue le bismuth; la température est à 37°,4. La malade a reposé la nuit.

Le 19, même état que la veille. A des envies de vomir encore, mais va bien. On peut la considérer comme convalescente.

Obs. II. — T... (M.), âgée de vingt et un ans; bonne santé antérieure; pas d'alcoolisme; malade depuis trois jours. Entre à l'hôpital Saint-Antoine le 11 novembre. A son arrivée, on constate de la diarrhée, des vomissements, des crampes ; la peau est froide et la voix cassée; le pouls faible, misérable. Transfusion de 2 litres et demi, le 11 au soir.

Le 12, arrêt des vomissements, peau chaude, réaction, soif vive. On donne du bouillon.

Le 13, diarrhée, vomissements, soif vive.

Le 14, vésicatoire à l'épigastre; injection de morphine. On donne de la glace, une potion de Todd. Les vomissements continuent.

Le 15, diminution des vomissements; bon état général. On continue la potion de Todd. Les urines sont épaisses, alcalines et albumineuses.

Le 16, la malade va bien; elle a de la conjonctivite et un érythème de la face, mais rien aux membres; mains froides.

Le 17, diarrhée diminuée.

Le 18, la malade va bien; on commence l'alimentation.

Obs. III. — F... M..., femme de quarante-trois ans. Pas malade antérieurement; n'a eu qu'un peu de diarrhée, depuis huit jours. Elle arrive à l'hôpital le 12 novembre avec de la cyanose de la face et des extrémités, du refroidissement et de l'anurie. Diarrhée avec vomissements; pas de crampes. Injection intraveineuse de 2 litres et demi à trois heures du matin. Oppression au cinquante-huitième coup de piston. La voix revient et la malade s'endort. Le pouls est à 120. Le frisson dure environ une heure et demie.

Le 12 novembre, réaction arrêtée, refroidissement; voie éteinte; deuxième injection de 1 litre et demi. Grand soulagement; température à 38 degrés.

Le 14, pas de diarrhée. Vomit peu, mais vomit ce qu'elle prend. Albumine dans les urines.

Le 15, pas de diarrhée ni vomissements. Appétit. On ordonne une demi-portion.

Le 16, pas de diarrhée. Urines abondantes durant la journée, contenant de l'albumine.

Le 17, va mieux, est encore un peu faible, ne peut pas marcher, a encore quelques nausées, mais peut être considérée comme convalescente.

Contributions pharmaceutiques.

SUR L'EMPLOI ET LA PRÉPARATION DU MONOSULFURE DE SODIUM.

Depuis longtemps, les divers sulfures alcalins qui entraient autrefois dans la composition des bains sulfurés ne sont plus employés dans la thérapeutique. Aujourd'hui les ordonnances portent généralement la laconique mention: « Bain sulfureux, deux ou trois par semaine. »

Ce qui signifie: 100 grammes de trisulfure de potassium ou foie de soufre en morceaux, à faire dissoudre dans l'eau contenue dans une baignoire en zinc.

Donc, plus de bains de Barèges, à développement d'hydrogène sulfuré, selon l'ancien Codex; plus de bains d'Anglada, jadis si renommés; une solution d'un produit dont la composition varie avec le prix d'achat, suffit à tous.

Le foie de soufre du commerce contient toujours une plus ou moins grande quantité de sulfure de sodium.

Il est facile de s'apercevoir de cette addition à la couleur des plaques, qui sont, à l'intérieur, d'une vive couleur hépatique, si elles ont été faites au moyen du soufre et du carbonate de potasse, ou de couleur verdâtre, si on y a ajouté du carbonate de soude. Ce dernier sel est d'un prix six fois moindre que le sel de potasse. Il donne un sulfure, qui, au contact de l'air, passe assez rapidement à l'état de sulfate, c'est-à-dire perd de sa valeur sulfureuse.

Au point de vue médicamenteux, à l'état frais, ces deux corps jouissent des mêmes propriétés. Il est nécessaire de les soustraire autant que possible à l'action de l'air si on veut les conserver pendant un certain temps.

Dans les établissements de bains, on ne prend aucune précaution. On fait d'avance une solution plus ou moins concentrée de foie de soufre du commerce, — ce qui rend son altération encore plus rapide, — et on en verse une quantité quelconque dans le bain. S'il fallait s'en rapporter à l'opinion des employés, ils trouvent que ça empoisonne toujours trop. En effet, les règlements de police les obligent à désinfecter l'eau au moyen de 100 à 150 grammes de sulfate de zinc avant de procéder à son écoulement dans les égouts. Il n'existe donc aucune régularité, aucun dosage dans l'administration de ces médicaments.

Rien ne serait plus aisé cependant que de la rendre plus scientifique. Il n'y aurait qu'à réclamer le concours du pharmacien. Aussi bien, ces sulfures sont-ils des poisons violents, qui ne devraient relever que de l'officine.

Le bain de Barèges du Codex est ainsi composé:

Monosulfure de sodium	60 grammes.
Chlorure de sodium	60 —
Carbonate de soude sec	30 —

Mêlez et enfermez dans un flacon bouché.

Cette formule ne donne-t-elle pas un bain se rapprochant bien plus de la composition des eaux sulfureuses naturelles que la solution de trisulfure de potassium et de sodium citée plus haut? Serait-ce la question du prix qui en limiterait l'emploi? Nous croyons que dans bien des cas il serait préférable de prescrire un bain avec 60 grammes de monosulfure de sodium cristallisé que de s'en rapporter aux baigneurs intéressés.

Le prix de ce bain serait exactement le même que celui au foie de soufre.

Le monosulfure de sodium se prépare aujourd'hui avec la plus grande facilité, grâce au tour de main imaginé dernièrement par M. Damoiseau.

Pour obtenir le monosulfure de sodium, on prend 100 parties de lessive de soude caustique à 45 degrés, que l'on divise en deux flacons d'égale capacité. On fait passer un courant d'acide sulfhydrique dans un des flacons jusqu'à saturation, puis on y ajoute l'autre partie de la liqueur. Le mélange laisse déposer au bout de peu de temps de magnifiques cristaux de monosulfure de sodium à 10 équivalents d'eau. Seulement cette opération est sujette à divers inconvénients. D'abord, le tube s'obstrue continuellement par la formation de cristaux d'un hydrate peu soluble dans la solution concentrée de soude; ensuite il se fait du sulfhydrate de sulfure de sodium, corps qui s'oppose à la cristallisation du monosulfure et occasionne un rendement bien inférieur à la théorie.

M. Damoiseau, avec de très légères modifications apportées à ce procédé, est arrivé à obtenir en monosulfure l'équivalent de la soude employée. Il divise ses 100 parties de soude en 2 parties inégales, l'une de 45 parties, qu'il additionne de deux fois son volume d'eau et dans laquelle passera vivement le courant d'hydrogène sulfuré, et l'autre de 55 parties, qui sera ajoutée à la première au moment voulu. A peine le mélange des liquides est-il refroidi, qu'il se prend complètement en cristaux.

Evidemment le produit formé est légèrement alcalin, mais il est bien suffisant pour l'usage médical. C'est aussi simple qu'ingénieux. Grâce à cette publication, la fabrication industrielle du monosulfure de sodium n'offre plus de difficulté, et son prix de revient n'est pas supérieur à celui du trisulfure de potassium fondu.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

De l'emploi des hippurates en médecine, par M. le docteur V. Poulet, de Plancher-les-Mines (Haute-Saône).

(Suite. — Voyez le n° 46.)

§ 2. — Affections du foie.

Obs. IV. — *Diarrhée chronique avec hypertrophie du foie et ascite. Guérison par le sirop d'hippurate de chaux.* — Mme Sophie Thomas, âgée de quarante et un ans, bien réglée, accouchée, il y a seize mois, d'un enfant qu'elle a nourri, a toujours eu la diarrhée depuis son accouchement. Les selles, au nombre de quatre ou cinq par jour, sont séreuses et contiennent des débris d'aliments parfaitement reconnaissables.

2 juillet 1882. La malade a dû interrompre son travail depuis cinq à six semaines. Le teint est terreux. La diarrhée s'accompagne de coliques et il survient quelquefois des vomissements sous l'influence d'une fatigue un peu prononcée. Le sommeil est normal. Il n'y a pas de fièvre. L'appétit est conservé, mais malheureusement il ne peut être satisfait, à raison de la gêne occasionnée par l'ingestion des aliments. La malade se contente d'un peu de lait pour toute nourriture. L'abdomen est très développé, ce qui est dû à une double cause. D'abord le foie est très hypertrophié; on constate sans peine qu'il fait une saillie de deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes; puis il existe, dans la cavité péritonéale, un épanchement ascitique que l'on peut évaluer approximativement à 5 ou 6 litres. Il n'y a pas d'œdème des jambes. Les urines sont rares, foncées en couleur, mais ne contiennent pas de biliverdine.

Traitement : 3 cuillerées à bouche de sirop d'hippurate de chaux par jour.

Le 7, déjà, l'état général est heureusement transformé; le facies est excellent, le visage gai, l'œil vif, l'aptitude au travail recouvrée. Ce changement vraiment merveilleux vient de ce que la diarrhée a complètement cessé. Mais l'ascite n'a subi aucune modification.

Le 15, on joint à l'hippurate de chaux l'usage de la tisane de chiendent nitrée, pour favoriser l'action de la diurèse.

Le 22, une indigestion survenue après un repas de haricots verts entrava quelque peu la cure.

Néanmoins, dès le 25, on constate une diminution de l'ascite et du volume du foie.

Le 15 août, l'ascite a entièrement disparu; le foie a repris ses dimensions normales. On suspend dès lors l'usage de la tisane nitrée et l'on se contente de continuer l'administration du sirop d'hippurate de chaux, laquelle dut être prolongée pendant plus de six mois pour consolider la guérison. La malade essaya, à diverses reprises, de s'en passer, mais chaque fois elle ne tarda pas à sentir l'impérieuse nécessité d'y revenir.

Il n'est pas difficile de faire à chacun des deux médicaments employés dans ce cas la part qui lui revient dans le succès définitif. Sans doute, la tisane diurétique a contribué à la disparition de l'ascite. Mais l'épanchement péritonéal n'était qu'un phénomène très secondaire. Il importait avant tout de combattre la diarrhée chronique qui minait la constitution de la malade et provoquait la dénutrition et l'amaigrissement. Il fallait aussi attaquer l'altération du foie, source du développement de l'ascite. Par là seulement on pouvait espérer de rétablir l'intégrité des fonctions gastro-intestinales et hépatiques. Ce rôle a évidemment appartenu à l'hippurate de chaux, dont l'efficacité, dans les cas de ce genre, est véritablement admirable.

Obs. V. — *Début de cirrhose. Urines subictériques faisant une vive effervescence par l'addition d'acide nitrique et fournissant, par le refroidissement, un abondant sédiment d'urates. Guérison par le sirop d'hippurate de chaux.* — Edouard Gillet, âgé de quarante et un ans, père de cinq enfants, ouvrier sur métaux, souffre depuis plusieurs années de palpitations de cœur, de dyspepsie et de malaises généraux. Il a commis autrefois des excès de boissons, auxquels il rapporte, non sans raison, la cause de sa maladie. Toutefois il y a plus d'un an qu'il affirme être devenu sobre par nécessité.

A partir du 4 mars 1883, sa faiblesse est devenue si grande qu'il s'est vu obligé d'interrompre son travail. Ses jambes étaient alors un peu œdématiées, son teint ictérique et en même temps il voyait jaune. Ces phénomènes disparurent spontanément en peu de jours, mais le malade n'y gagna pas grand'chose.

20 mars. Aspect cachectique semblant ressortir à quelque affection organique profonde; teinte subictérique des conjonctives; amaigrissement; régurgitations matinales glaireuses ou alimentaires; nausées habituelles après les repas, suivies quelquefois de vomissements plus ou moins aigres; lenteur extrême de la digestion; ainsi la viande absorbée un jour pouvait être rendue presque intacte le lendemain matin; constipation; battements épigastriques; tension et vive sensibilité de la même région; saillie notable du lobe gauche du foie; toux et expectoration muqueuse. Insomnie, soif. L'appétit est conservé, mais le malade redoute de le satisfaire.

Urines rouge safrané, rares : moins d'un demi-litre en vingt-quatre heures. Pendant les premières heures qui suivent l'émission, ce liquide est limpide et l'acide nitrique le pâlit et y développe une longue effervescence. Au bout de quelques heures, il se trouble et donne lieu à un sédiment grisâtre très abondant. Alors ce n'est plus le liquide surnageant, mais le sédiment seul qui fait effervescence par la même addition d'acide nitrique. L'acide sulfurique et l'acide chlorhydrique produisent, dans cette urine, des effets diamétralement opposés, c'est-à-dire qu'ils la brunissent sans y faire naître la moindre effervescence.

Le dégagement gazeux, sous l'influence exclusive de l'acide nitrique, ne peut provenir que de la présence d'un excès d'acide urique ou d'acide hippurique. Mais dans ce dernier cas l'urine est pâle et ne produit pas le sédiment gris que nous avons signalé.

Une portion de l'urine traitée par l'acide nitrique a été évaporée au huitième de son volume et a fourni alors une abondante masse cristalline formée d'aiguilles enchevêtrées, dans laquelle le microscope permit de reconnaître des prismes octogonaux terminés à chaque bout par une pyramide (nitrate d'ammoniaque).

Le reste, ayant été évaporé à siccité, produisit tout à coup, à la fin de l'opération, une conflagration surprenante, telle que celle que j'ai observée naguère dans un cas d'hippurie accidentelle, et qui était évidemment occasionnée par la présence du nitrate d'ammoniaque résultant de la décomposition de l'acide urique en excès, sous l'influence de l'acide azotique.

Je n'ai pas trouvé de pigments biliaires dans cette urine.

Les acides biliaires : acide cholalique et acide glycocolique y ont été recherchés avec soin. Pour cela, j'ai évaporé l'urine à sirop, épuisé avec de l'alcool fort, filtré et évaporé de nouveau. Reprenant par l'alcool absolu, j'ai dissous le résidu dans l'eau. La solution a été précipitée par le sous-acétate plombique; le précipité, lavé plusieurs fois à l'eau sur le filtre, a été trituré et mis à digérer avec de l'alcool chaud destiné à dissoudre la combinaison plombique des acides biliaires. J'ai ensuite évaporé cette solution avec un petit excès de carbonate de soude, épuisé le sel de soude par l'alcool absolu et enfin évaporé la solution. Le résidu traité par le procédé de Pettenkofer, c'est-à-dire par l'acide sulfurique dilué de quatre fois son poids d'eau et additionné de quelques gouttes d'une solution concentrée de sucre, ne m'a pas donné, sous l'influence d'une chaleur douce de 60 à 70 degrés, la coloration violet pourpre, qui est l'indice de la présence des acides biliaires.

Certes les chimistes rendraient un véritable service aux cliniciens en les dotant d'un procédé plus simple de déceler la présence des acides biliaires dans l'urine.

L'absence des pigments et des acides biliaires dans l'urine est-elle une raison suffisante pour qu'on admette l'intégrité de la glande hépatique? Non; après les récents travaux sur la fonction désassimilatrice du foie, il n'est pas permis de négliger l'augmentation considérable de l'acide urique excrété, laquelle ne peut manquer de coïncider avec une diminution corrélative de l'urée.

Je pense donc que mon malade était atteint d'un commencement de cirrhose du foie, cirrhose hypertrophique provenant des excès alcooliques dont il s'avouait coupable, et cela nonobstant le défaut d'ascite et l'absence d'autres signes importants. Pour tout traitement, je lui prescrivis le sirop d'hippurate de chaux. En moins d'une semaine, l'urine perdit sa teinte safranée et son excès d'acide urique. Les phénomènes dyspeptiques s'amendèrent, et le malade, pouvant enfin s'alimenter convenablement et

jouir d'un sommeil réparateur, recouvra rapidement des forces. Il ne savait comment me témoigner sa reconnaissance et se plaisait à exalter les vertus du remède qui avait été l'agent de son rétablissement presque inespéré. Au total, il n'a même pas consommé deux litres de sirop avant d'être à même de reprendre son travail.

Obs. VI. — *Ascite considérable avec hypertrophie du foie. Guérison par l'hippurate de chaux associé aux diurétiques.* — Mme Elise Staeoffe, âgée de trente-trois ans, mère de trois enfants, de faible complexion, a perdu deux sœurs de phthisie pulmonaire. En 1879, elle a eu une jaunisse assez grave; en juin 1883, une pleurésie gauche, qui dura quatre mois et mit ses jours en danger. Elle n'était rétablie que depuis peu de temps quand elle commença à éprouver du malaise général, un mouvement fébrile et des symptômes d'embarras gastrique.

9 février 1884. Les phénomènes précédents se sont accentués et ont forcé la malade à s'aliter depuis une quinzaine de jours. Il s'y est joint de l'insomnie, des douleurs vagues à la ceinture et un développement considérable de l'abdomen, dû à un épanchement ascitique, qui déjà ne permet plus de s'assurer de l'état des organes intra-abdominaux, du foie notamment. Il n'y a pas d'ictère; les urines sont normales en apparence; mais elles font effervescence et s'éclaircissent par l'addition de quelques gouttes d'acide nitrique. La langue est saburrale, le pouls à 90, les selles régulières. Quelle est la cause prochaine de cette ascite? En l'absence des signes de la péritonite, il est à présumer qu'il existe une altération de la glande hépatique qui lui a donné naissance et l'entretient.

On commence le traitement par un purgatif et on administre ensuite le sirop d'hippurate de chaux en même temps que de petites doses de vin diurétique de Debreyne.

Il fallut insister plus d'un mois sur la médication hippuro-calcaire et diurétique pour obtenir enfin la résolution de l'ascite. Puis la convalescence fut difficile et longue, tant la malade avait été épuisée par la gravité du mal. C'est un des cas, assez rares, du reste, où il parut indispensable de combattre en fin de compte, l'affaiblissement général par l'usage des toniques, tels que les vins de gentiane et de quinquina.

§ 3. — Maladies de la peau.

Obs. VII. — *Croûtes laiteuses très étendues et graves. Inefficacité des moyens usuels. Amélioration rapide par le sirop d'hippurate de chaux. Suspension imprudente du traitement et sevrage intempestif. Rechute avec symptômes alarmants de gastro-entérite. Oxalate de cérium et reprise de l'hippurate de chaux. Guérison.* — Edouard X..., âgé de huit semaines, très développé à sa naissance, est issu d'un père robuste, actuellement bien portant, mais qui fut atteint de vérole dans sa jeunesse et présenta, il y a quelques années, les phénomènes assez rares d'une fièvre syphilitique simulant une fièvre catarrhale. La mère est brune, bien portante, mais a été en proie, pendant toute sa première enfance, à l'*impetigo larvalis* le plus étendu.

Février 1882. Leur petit garçon présente, depuis deux jours, sur toute la surface du corps, une roséole suspecte, laissant, sous l'impression du doigt, une teinte cuivrée manifeste. Connaissant les antécédents du père, je n'hésite pas à prescrire deux cuillerées à café par jour d'un sirop contenant 5 centigrammes de biiodure de mercure et 2 grammes d'iodure de potassium pour 150 grammes.

Sous l'influence de cette médication, la roséole disparut en peu de semaines et l'enfant se rétablit complètement. Mais, peu de temps après, survint une nouvelle affection cutanée, qui sembla avoir un caractère tout différent de la précédente. C'étaient des vésicules eczémateuses, suivies bientôt de croûtes jaune grisâtre, occupant la face et le front et s'accompagnant évidemment de prurit. En même temps des plaques saillantes, rouges, rugueuses, irrégulièrement ovalaires, de la dimension d'une pièce de 10 centimes au moins, pouvant être rapportées à l'eczéma lichénoïde, étaient disséminées sur toute la surface du corps, principalement sur les jambes, à la région du mollet.

Contre cette nouvelle poussée, j'eus recours d'abord au sirop antiscorbutique, puis au sirop de chicorée additionné d'arséniate de soude. Tout cela en vain. L'enfant parvint à l'âge de sept mois, sans qu'on eût obtenu la moindre amélioration. Alors comme ses cris continuels, l'insomnie, le prurit et la chaleur commandaient une intervention active, je prescrivis le sirop d'hippurate de chaux à la dose d'une demi-cuillerée à bouche matin et soir. L'effet ne se fit pas longtemps attendre. En peu de semaines, les croûtes laiteuses disparurent, laissant toutefois un épiderme rugueux, et les plaques d'eczéma lichénoïde, quoique plus rebelles, prirent un meilleur aspect et devinrent moins colorées et moins saillantes. Sur ces entrefaites, la jeune mère, obéissant aux suggestions de quelques matrones, abandonna le traitement contrairement à mon avis, et, comme elle était redevenue enceinte depuis plusieurs mois, le sevrage s'imposa en même temps, par une fâcheuse coïncidence. Ce fut le signal d'une rechute terrible, qui faillit devenir fatale.

Au bout de peu de jours, l'eczéma reparut avec une intensité nouvelle, et envahit jusqu'aux bords libres des paupières. L'anxiété était extrême; l'agitation nocturne, continuelle. Bientôt l'éruption sembla pâlir, comme s'il s'agissait d'une rétrocession imminente. En effet, des vomissements incessants et des selles diarrhéiques se manifestèrent, signes trop certains d'une formidable gastro-entérite. Le temps pressait; par le progrès de pareils accidents, on ne pouvait se le dissimuler, c'était l'athrepsie et la mort à courte échéance.

Mon premier soin fut de combattre les vomissements par un agent merveilleusement efficace, dont j'ai naguère préconisé l'emploi dans le choléra infantile (*Concours médical*, 29 novembre 1879). Je veux parler de l'oxalate de cérium, qui fut prescrit à la dose de 30 centigrammes par jour, en dix paquets, un toutes les heures, dans une cuillerée d'eau froide. Aussitôt que les accidents gastriques furent conjurés, c'est-à-dire au bout de quarante-huit heures à peine, je m'empressai de revenir à l'hippurate de chaux, en accordant une légère alimentation. Cet agent précieux ne se montra pas moins efficace que la première fois, et l'on peut dire que l'interruption imprudente de son emploi n'a servi qu'à en faire mieux ressortir toute la valeur. L'eczéma prit d'abord une coloration plus vive, et, après être resté stationnaire pendant un assez grand nombre de jours, il finit par s'amender insensiblement pour disparaître à peu près complètement au bout d'un mois environ. En même temps, les accidents gastro-intestinaux se dissipèrent, car c'est un bénéfice habituel de l'emploi de l'hippurate de chaux, de mettre un terme aux flux diarrhéiques. L'angoisse, l'agitation, l'insomnie firent d'abord place à un calme satisfaisant. Puis l'enfant, recouvrant des forces sous l'influence d'une alimentation réparatrice, reprit sa gaieté et se mit promptement à marcher. De toute cette formidable crise il ne resta que le souvenir du danger passé et la preuve éclatante de l'action bienfaisante du nouvel agent, que le présent travail vise à introduire dans la thérapeutique.

Obs. VII. — *Eczéma impétigineux chez un enfant de trois ans. Photophobie. Guérison par le sirop d'hippurate de chaux.* — Joseph Jacquemin, âgé de trois mois, d'un tempérament lymphatique, est atteint, depuis trois ans, d'un eczéma impétigineux localisé en différentes régions, notamment aux oreilles, au pourtour des yeux, aux bourses et à la base de la verge. L'irritation s'est, depuis quelques jours, propagée aux globes oculaires, et il en résulte une photophobie extrêmement intense. Le prurit trouble le sommeil, qui est court et agité. La langue est nette.

15 juin 1882. Je prescrivis le sirop d'hippurate de chaux à la dose de deux cuillerées par jour. L'affection cutanée ne résista pas quinze jours à cette puissante médication, et du même coup disparurent le prurit et la photophobie.

Obs. IX. — *Eruption ecthymateuse et lichénoïde généralisée. Insomnie occasionnée par un prurit insupportable. Guérison par le sirop d'hippurate de chaux.* — Julie Gresseler, âgée de deux ans, d'un tempérament lymphatique, appartenant à une famille entachée d'herpétisme, est malade depuis deux à trois mois. Ce fut la diarrhée qui ouvrit la scène morbide. Bientôt il se développa sur tout le corps de nombreuses pustules d'ecthyma, accompagnées de papules rouges semblables à celles du lichen-agrius. Celles-ci donnaient lieu à une vive démangeaison, au point que la petite malade ne cessait de se déchirer les téguments du dos et de la face dorsale des membres en se grattant, et qu'elle était en proie à une insomnie presque continuelle.

16 janvier 1883. Pour tout traitement je conseillai le sirop d'hippurate de chaux à la dose de deux cuillerées à bouche par jour. En quinze jours la guérison était complète, mais on comprend qu'il eût fallu une certaine insistance pour la consolider. Soit économie, soit éloignement des secours médicaux, les parents jugèrent à propos de s'en tenir là, malgré mon avis. Aussi survint-il une rechute vers le 10 mars.

La reprise du même traitement ne fit pas moins prompte justice de cette atteinte que de la première.

OBS. X. — *Couperose guérie par le sirop d'hippurate de chaux.* — M. Joseph X..., instituteur, âgé de cinquante-deux ans, doué d'une bonne constitution, sobre à l'endroit des boissons fermentées, est atteint de couperose au visage depuis plus de deux ans. En vain a-t-on cherché à combattre cette affection rebelle par diverses médications générales et locales appropriées, tels que purgatifs répétés, tisane de séné et de pensée sauvage, arséniate de soude, arséniate de fer, etc., à l'intérieur ; topiquement, lotions créosotées, sulfureuses, etc. Tout ce que l'on obtenait, c'était une légère amélioration, après quoi on ne tardait pas à perdre le terrain gagné, et tout était à recommencer.

En avril 1883, il fut mis à l'usage du sirop d'hippurate de chaux à la dose de deux cuillerées à bouche par jour et en même temps il reçut le conseil de lotionner le visage avec un mélange de fleur de soufre, d'alcool camphré et d'eau de rose. En moins de trois semaines, il fut entièrement débarrassé de cette affection invétérée dont le siège faisait son désespoir et, depuis cette époque, grâce à la continuation du traitement, la guérison ne s'est pas démentie.

OBS. XI. — *Eczéma dartreux lentement amendé par l'arsenic, rapidement guéri par l'hippurate de chaux. Retour de l'affection cutanée après la suspension du traitement.* — Jules J..., âgé de cinq ans, appartient à une famille notoirement dartreuse. Dès sa première enfance, il a été atteint d'eczéma confluent aux oreilles, au cuir chevelu et à la face, accompagné de vives démangeaisons. A certaines époques, notamment au printemps, le mal s'exaspère, en même temps qu'il survient une éruption lichénoïde éparse sur toute la surface du corps.

En 1882, pendant la bonne saison, on institua un traitement arsenical qui le débarrassa, au bout de sept à huit mois, de toute manifestation cutanée. Mais à peine, comptant sur une guérison solide, vint-on à interrompre le traitement, que la maladie, toujours en puissance, s'affirma par une nouvelle poussée.

Pendant l'hiver, la rechute devint complète et l'influence printanière ne fit qu'aggraver la situation.

Consulté de nouveau, le 21 mai 1883, et trouvant la langue saburrale, je prescrivis d'abord une purgation, après quoi je fis prendre le sirop d'hippurate de chaux, à la dose de deux cuillerées à bouche par jour.

Après un mois de ce traitement interne, il ne restait d'autre trace d'éruption qu'une plaque de la largeur d'une pièce de 10 centimes, sur le pariétal droit.

On continua l'usage du sirop, et l'on pratiqua en outre quelques lotions auxiliaires avec une solution de sublimé aussi chaude que l'enfant pouvait la supporter. La guérison fut ainsi parachevée en une quinzaine de jours. Malheureusement les parents de l'enfant, par un motif d'économie mal entendu, cessèrent bientôt le traitement, et le mal reparut de plus belle vers la fin de l'automne.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1884.— PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

PRÉSENCE DES SELS BILIAIRES DANS LE SANG DES CHOLÉRIQUES ; EXISTENCE D'UN ALCALOÏDE TOXIQUE DANS LES DÉJECTIONS. Note de M. *G. Pouchet*. — L'épidémie actuelle du choléra qui sévit à Paris a permis à l'auteur d'entreprendre au laboratoire de l'hôpital Saint-Louis des recherches chimiques dont le but était d'élucider la question de la rétention biliaire dans le cours du choléra.

M. Pouchet a examiné chez quatre cholériques morts pendant la période algide le sang contenu dans le cœur et les gros vaisseaux, et chaque fois il a pu déclarer la présence d'une quantité notable de sels biliaires. De même, dans l'urine de cholériques arrivés à la période de réaction, il a constaté la présence d'une quantité notable de ces mêmes sels. Enfin, à l'autopsie de ces quatre cholériques, il a trouvé la vésicule biliaire gorgée d'une substance semi-fluide, de consistance presque gélatineuse, grisâtre ou à peine colorée en vert et contenant une notable proportion de matières albuminoïdes.

D'autre part, il a étudié les déjections cholériques et a constaté : 1° qu'elles possédaient presque toujours une forte réaction alcaline ; 2° qu'elles renfermaient une substance liquide huileuse, s'oxydant facilement et douée d'un pouvoir extrêmement toxique, qui serait certainement, dit l'auteur, une ptomaïne.

DES PHÉNOMÈNES DÉTERMINÉS CHEZ L'HOMME PAR L'INGESTION STOMACALE DU LIQUIDE DIARRHÉIQUE DU CHOLÉRA. Note de M. *Bochefontaine*. — Le choléra a inspiré aussi à M. Bochefontaine l'idée d'une expérience des plus courageuses sur lui-même, par les dangers qu'elle présentait pour l'existence. Il s'agissait de connaître les effets de l'ingestion stomacale des déjections séreuses des cholériques.

Dans ce but il a pris 5 centimètres cubes du liquide séreux diarrhéique d'une cholérique dans la période algide, liquide contenant un nombre prodigieux de vibrioniens de toute espèce, parmi lesquels dominaient des bactériens très courts et quelques rares bacilles en virgule. Puis il a préparé avec ce liquide incorporé dans de la poudre de lycopode et de la gomme cinq grosses pilules molles, qu'il a successivement avalées, buvant immédiatement après, en plusieurs fois, un grand verre d'eau ordinaire.

Deux heures et demie plus tard, des phénomènes fébriles survenaient, s'accompagnant de quelques nausées, de dysurie de courte durée, d'inappétence, de constipation et de petites convulsions fibrillaires dans les muscles du membre inférieur. La durée des accidents ne dura pas vingt-quatre heures et n'a laissé aucune trace.

Si donc le liquide ingéré n'a pas été absolument inoffensif, cependant il n'est pas permis de dire que les légers symptômes dont il a provoqué l'apparition sont ceux du choléra.

Comme expérience comparative, on injecta sous la peau de quatre cobayes un quart de centimètre cube du même liquide séreux diarrhéique. Trois d'entre eux ont succombé rapidement. La même épreuve a été faite sur un chien avec 1 centimètre cube de ce liquide; cet animal a eu pendant quelques heures des vomissements et de la diarrhée.

ACTION ANESTHÉSIQUE DU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE. Note de M. *Vulpian*.— Le chlorhydrate de cocaïne, qui est en ce moment l'objet de nombreuses recherches de la part des médecins et des physiologistes, a été récemment aussi étudié par M. le professeur Vulpian, dans son laboratoire de la Faculté, au point de vue de ses effets anesthésiques.

Les expériences ont porté à la fois sur un chien non curarisé et chez un chien curarisé. Chez tous deux l'injection intraveineuse d'une solution aqueuse au centième du sel de cocaïne a déterminé une saillie notable des globes oculaires avec écartement des paupières et dilatation des pupilles ainsi que l'insensibilité absolue des deux cornées transparentes, enfin un trouble des mouvements qui semble plutôt être le résultat d'une sorte d'ivresse toute spéciale qu'un trouble convulsif. La sensibilité des membres était également diminuée. Quant aux sécrétions, elles n'ont subi aucune modification, si ce n'est du côté de la salive sous-maxillaire, qui est devenue beaucoup plus abondante.

Des expériences faites sur des grenouilles ont montré que l'action anesthésique locale du chlorhydrate de cocaïne était chez elle comme chez le choléra très passagère.

E. B.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de remerciements envoyée par M. le docteur Panum à la suite de l'adresse de sympathiques condoléances transmise au Danemark par l'Académie à l'occasion de l'incendie du château de Christiansborg.

M. le Secrétaire perpétuel dépose : 1° au nom de M. le docteur *Deligny*, une brochure sur l'*eczéma ;* 2° de la part de M. le docteur *Huguet*, un ouvrage *sur les fièvres graves et l'empoisonnement alimentaire ;* 3° au nom de M. le docteur *Du Moulin* (de Gand), un mémoire imprimé sur l'*emploi thérapeutique des sels de cuivre dans la scrofulose ;* 4° de la part de M. le docteur *Byrom Branmell* (d'Édimbourg), un volume ayant pour titre : *Diseases of the spinal cord ;* 5° au nom de M. le docteur *Hartigan* (de Washington), un ouvrage intitulé : *The Lock-Jaw of infants.*

M. *Laboulbène* présente : 1° de la part de M. le docteur *Homo*, un *Rapport* manuscrit *sur les épidémies dans l'arrondissement de Château-Gontier en 1883 ;* 2° au nom de M. le docteur *Ch. Fournel*, une *Histoire de l'hôpital Beaujon.*

M. *Riche* dépose, au nom de M. Ballnnd, pharmacien-major, un *Mémoire sur la préparation de la pâte de Canquoin.*

M. *Léon Le Fort* fait hommage, de la part de M. le docteur *Le Paulmier*, d'un volume sur *la vie d'Ambroise Paré.*

M. *Polaillon* dépose le tome XVIII du *Bulletin de la Société de médecine de Paris* pour 1883 et l'*Éloge de Dupareque*, prononcé devant cette Société par M. le docteur *de Beauvais.*

M. *Léon Labbé* présente, de la part de M. le docteur *Chéron*, un *galvanocautère à accumulateurs.*

Décès de M. Fauvel. — M. Fauvel ayant prié, par disposition testamentaire, « ses amis, MM. Noel Gueneau de Mussy, Roger et Bergeron de s'entendre pour rappeler à quels titres il se recommande au bienveillant souvenir de ses anciens collègues », celui-ci vient remplir pieusement ce devoir en rappelant les services qu'il a rendus à la science et au pays. Après avoir indiqué quels travaux importants M. Fauvel avait déjà publiés avant de se rendre à Constantinople, M. *Bergeron* insiste sur l'œuvre capitale de son collègue, à savoir la détermination exacte de l'étiologie du choléra, de son caractère exotique et envahissant, et l'organisation du système défensif qui a si longtemps permis à l'Europe de se prémunir contre son importation. Les conférences internationales de Constantinople et de Vienne, auxquelles M. Fauvel prit une part prépondérante, ont ratifié les mesures d'administration sanitaire qu'il avait pu déduire de ses études pathogéniques; c'est au moment même où le régime sanitaire international qu'elles avaient réussi à établir a été détruit par l'influence anglaise en Egypte que ce pays d'abord et l'Europe ensuite se sont vues envahies par le fléau indien. La démonstration est complète et ruine complètement l'hypothèse aussi décevante que stérile qui voudrait encore attribuer les épidémies cholériques à des modifications, invraisemblables et toujours erronées, dans la constitution climatérique. L'œuvre de M. Fauvel était difficile à accomplir; il n'y fallait pas seulement la sûreté de décision, la rectitude de jugement qui étaient les qualités dominantes de son esprit; car il a souvent donné des preuves de courage civil, notamment au cours de la guerre d'Orient et lors de l'invasion du choléra dans l'Empire ottoman; il a également et toujours témoigné d'un désintéressement et d'une honorabilité professionnelle qui commandent de respectueux et sympathiques souvenirs.

Traitement du choléra. — M. *Hayem* vient d'essayer sur les cholériques qu'il a reçus dans son service, les injections salines intraveineuses dans la période de collapsus algide et asphyxique. Il a observé déjà 20 guérisons complètes et 5 malades dont le sort est encore douteux, la réaction obtenue ayant pris une forme typhoïde.

Après quelques tâtonnements et en se guidant sur l'examen du sang, il a donné la préférence à la formule suivante :

Chlorure de sodium pur......	5 grammes.
Sulfate de soude pur..........	10 —
Eau distillée................	1 litre.

Cette solution bien filtrée est portée au bain-marie à 38 degrés. La dose injectée est pour les adultes de 2 litres à 2 litres et demi. L'injection, pratiquée à l'aide du manuel opératoire qu'il a déjà décrit et au moyen d'une pompe spéciale, est faite dans l'espace de douze à quinze minutes.

Chez les alcooliques, les vieillards et d'une manière générale chez les individus dépréciés par la misère et une hygiène déplorable, les injections salines ne provoquent qu'une réaction incomplète, bientôt suivie d'un état ataxique ou ataxo-adynamique dans lequel les malades succombent; d'autre part, lorsque l'algidité est extrême, on n'obtient aucune réaction ou bien une réaction très imparfaite; c'est ainsi qu'elle a été nulle chez quelques-uns des cholériques transfusés dont la température rectale était inférieure à 35 degrés et même, dans un cas, abaissée à 31 degrés. Au contraire, chez les adultes non alcooliques et chez les enfants, les injections salines ont produit des effets remarquables; quelques-uns de ces malades, paraissant voués à une mort certaine, ont été rapidement guéris. Et encore parmi ceux-ci quelques-uns n'étaient pas dans un état général excellent : tels, un enfant de quatre ans, atteint du mal de Pott, et une femme enceinte de huit mois et demi qui avait pendant la période algide des contractions utérines et un commencement de dilatation du col; elle a guéri et n'a pas avorté.

Dans les cas favorables la réaction est franche ; un frisson violent, apparaissant pendant l'opération, d'ordinaire quelques minutes après, en est la première manifestation extérieure; puis surviennent le calme et le sommeil; le malade se réchauffe et quelquefois la convalescence est rapide; le plus souvent elle est longue, traînante, exigeant deux et trois transfusions. M. Hayem fait, d'autre part, remarquer qu'il s'agissait d'une épidémie au début, c'est-à-dire de cas graves, et que tous les malades non transfusés, atteints au même degré, ont succombé sans exception. D'ailleurs, aucun accident ne s'est jamais manifesté ; à l'autopsie de ceux des malades qui sont morts, on n'a trouvé aucune lésion pouvant être attribuée à l'injection elle-même; la plaie veineuse s'est toujours comportée comme une piqûre de lancette; on n'a jamais trouvé d'altération globulaire. M. Hayem conclut que ce n'est pas à la fin, alors que tout espoir est perdu, qu'il faut tenter les transfusions comme ultime ressource; ce traitement est de la plus haute importance et il faut soigneusement l'utiliser dès le début de la période algide.

MM. *Hardy* et *Bucquoy* demandent à M. Hayem combien de cholériques il a traité par cette méthode. — Une centaine environ, répond-il, sur lesquels il y a 20 guérisons et 5 encore en suspens. — Ce mémoire est renvoyé à l'examen de MM. Noël Gueneau de Mussy et Dujardin-Beaumetz.

Anesthésie locale de l'œil par le chlorhydrate de cocaïne. — Köller (de Vienne) a eu, il y a quelques années, l'idée d'employer le chlorhydrate de cocaïne comme anesthésique de la conjonctive. M. *Panas* a fait, de son côté, une série d'expériences pour arriver à bien connaître l'action de cette substance sur l'appareil oculaire. La solution employée est de 0gr,5 de chlorhydrate de cocaïne pour 100 grammes d'eau; appliquée sur l'œil sain ou cataracté, elle amène une diminution marquée de la sensibilité; au bout de cinq minutes il est facile de placer le blépharostat ou de pincer la conjonctive, sans provoquer de réaction douloureuse; même l'incision de la cornée reste indolore; il n'en est pas ainsi pour l'iris, qui reste sensible. En somme, l'action de la cocaïne est suffisante si l'on pratique l'opération de la cataracte sans iridectomie; de plus, on peut ensuite faire la toilette de l'œil opéré, extraire les caillots, etc., sans provoquer de mouvements réflexes. D'autre part, si on emploie cette substance sur un œil enflammé, son action est moindre, et parfois même nulle; dans l'opération de section de la conjonctive, dans les cas de pannus, on peut faire disparaître la sensibilité au toucher, mais le bistouri réveille la douleur; dans un cas de staphylome de la cornée, l'insensibilité se

produisît à la longue, mais d'une façon incomplète ; dans la strabotomie, le malade se plaint au moment où on saisit le muscle pour le sectionner. Quant à l'extraction des corps étrangers de la cornée, la cocaïne permet d'agir avec la plus grande sûreté. En résumé, c'est une véritable conquête pour l'ophthalmologie, ne fût-ce que pour l'opération de la cataracte, non seulement dans l'intérêt de la sensibilité du malade, mais aussi de la sûreté de l'opération.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle que cette action du chlorhydrate de cocaïne ne s'exerce pas seulement sur la muqueuse oculaire, mais sur toutes les autres muqueuses ; les laryngologistes l'emploient avec succès; on peut même s'en servir utilement dans toutes les affections douloureuses de l'estomac et même en injections sous-cutanées chez les morphiomanes. Quoi qu'on en ait dit, cette substance est aussi bien préparée en France que dans les pays étrangers.

M. *Constantin Paul* ajoute qu'elle dilate la pupille, d'une façon passagère, ayant ainsi sur l'atropine un avantage marqué pour les examens ophthalmologiques.

M. *Panas* confirme complètement ces faits; il fait remarquer que le seul inconvénient du chlorhydrate de cocaïne est son prix très élevé.

— L'Académie se forme ensuite en comité secret pour entendre la lecture d'un Rapport de M. *Guéniot*, sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'accouchements, en remplacement de M. Depaul, décédé. La liste de présentation est dressée comme suit: En première ligne, M. Charpentier; en deuxième ligne, M. Pinard ; en troisième ligne, M. Budin ; en quatrième ligne, M. Ribemont-Dessaignes ; en cinquième ligne, M. Martineau. L'élection aura lieu mardi prochain.

Dans cette même séance, l'Académie procédera à l'élection d'un vice-président, en remplacement de M. Fauvel.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. BUCQUOY.

Artérite aiguë généralisée rhumatismale (suite de l'observation) : M. Legroux. — Hématome de la région sterno-mastoïdienne chez un enfant nouveau-né : M. Blachez. — Contagion de la tuberculose et sa prophylaxie : M. Landouzy. Discussion : MM. Bucquoy, Vallin, G. Lacombe, E. Labbé, Blachez, Ferrand. — Élections.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Legroux* fournit des renseignements complémentaires relatifs à la jeune malade atteinte d'artérite aiguë généralisée rhumatismale dont il a rapporté l'observation. Cette jeune fille a présenté une diminution considérable de l'amplitude du pouls radial gauche, sans oblitération artérielle complète de ce côté ; puis des accidents cérébraux se montrèrent, délire nocturne, amnésie verbale, aphasie passagère; enfin apparurent des phénomènes révélant un trouble profond des fonctions du bulbe rachidien, respiration de Cheyne-Stokes, dyspnée croissante. L'auscultation décela l'existence d'un certain degré d'œdème et de congestion pulmonaires. En dernier lieu se produisirent des syncopes répétées, et l'une d'elles amena la mort. L'examen nécroscopique n'a pas été pratiqué.

— M. *Blachez* présente un enfant de quatre mois qui offre depuis la naissance une tumeur au niveau du sterno-mastoïdien du côté droit. Cette tumeur paraît être un hématome développé dans la gaine du muscle par suite de la rupture de ses fibres résultant de tractions intempestives et énergiques exercées sur le corps de l'enfant au cours de l'accouchement en présentation du siège. M. Blachez a attiré l'attention sur cette variété de tumeur et sur son étiologie, en 1875, et cette question a été étudiée ensuite par M. Planteau, qui en a fait le sujet de sa thèse inaugurale. Les cas analogues sont assez rares : il s'agit le plus souvent d'enfants débiles ayant eu à supporter des tiraillements violents au moment du dégagement de la tête dernière plus ou moins défléchie. La rupture ne porte ordinairement que sur un seul sterno-mastoïdien et siége à la partie moyenne du muscle; elle est tout d'abord molle, fluctuante, élastique, puis devient plus dure, résistante au bout de dix à quinze jours, elle prend une consistance en quelque sorte fibreuse et la résolution complète est très longue à obtenir. Il s'agit, dans le cas actuel, d'un enfant très frêle, eczémateux, né à terme, en présentation du siége. La mère a déjà eu un accouchement à terme ; le premier enfant s'est offert en présentation céphalique.

M. *Legroux* fait observer que l'on rencontre ce genre de tumeur non seulement chez les enfants qui se sont dégagés en présentation du siège, mais encore à la suite d'applications de forceps sur l'extrémité céphalique. C'est évidemment le résultat d'une rupture musculaire produite pendant l'intervention obstétricale ; cette rupture siége toujours d'un seul côté. Ces petits hématomes n'offrent aucune gravité. Il s'est contenté, en semblables circonstances, de prescrire quelques frictions résolutives. Des exemples analogues sont consignés dans l'ouvrage de Descroizilles.

M. *d'Heilly* a vu récemment un cas semblable à sa consultation de l'hôpital Trousseau. Il s'agit d'un enfant de douze jours offrant un hématome à la partie moyenne du sterno-mastoïdien droit ; la tumeur, assez vacillante, peu douloureuse, non fluctuante, très dure, faisait songer par sa consistance à quelque production fibreuse ou cartilagineuse. Elle était survenue peu d'instants après la naissance ; l'enfant s'était présenté par le siége et la sage-femme avait cru devoir exercer des tractions pour hâter le dégagement de la tête. M. d'Heilly n'a pu suivre l'évolution de cette tumeur; il a prescrit des frictions avec une pommade anodine.

M. *C. Paul* rapporte qu'il lui est arrivé, il y a une vingtaine d'années, dans un accouchement par le siège, de produire un décollement de l'épiphyse du fémur en exerçant avec le doigt une traction modérée sur le pli de l'aine. Sans faire part à la famille de ses inquiétudes assez vives, il plaça le membre en bonne position et l'enveloppa avec un linge un peu résistant. La consolidation s'opéra sans aucun accident, et cet enfant, qui a aujourd'hui vingt ans, n'a jamais boité et ne présente aucune difformité appréciable. Il résulte d'informations prises depuis cette époque, que telle est constamment l'évolution favorable de ce petit accident résultant de l'intervention dans le dégagement de l'extrémité pelvienne.

— M. *Landouzy* donne lecture d'une *proposition d'enquête à faire sur les causes de la tuberculose*. Il rappelle les travaux de la commission nommée par la Société au mois de mars dernier, et les conclusions du rapport de M. Vallin, auxquelles semblent se rallier tous les membres de la Société, à tel point que la discussion sur cet important sujet paraît close dès aujourd'hui. Mais il pense qu'il serait utile de déterminer le *quantum* de la transmissibilité de la tuberculose et que, pour atteindre ce but, il serait nécessaire de provoquer une enquête générale, à l'instigation de la Société, ainsi que cela a lieu en Italie et en Allemagne; « cette enquête porterait sur tous les points afférents à l'étiologie et à la pathogénie de la tuberculose; elle serait préparée, dirigée et condensée à l'aide d'un questionnaire dont la Société aurait à déterminer la teneur de façon que l'attention des médecins sollicités à répondre fût spécialement fixée sur chacun des points dominants de la question : hérédité, contagion, inoculation, question de milieu, de profession, etc., superposition de la scrofule et de la tuberculose ». Le texte de cette enquête, libellé par une commission, serait reproduit par la presse médicale, et tous les médecins pourraient ainsi, suivant un plan commun, arrêté d'avance, faire connaître chacun des cas intéressants dont ils ont été témoins. Il propose

en conséquence de nommer une commission dite de phthisiologie présidée par M. Villemin, et qui, avec M. Vallin comme rapporteur, rassemblerait et condenserait, pendant l'année 1885, tous les matériaux propres à éclairer l'ensemble de l'étiologie de la tuberculose.

M. *Bucquoy* fait remarquer qu'une semblable proposition a été déjà formulée par M. Vallin, et que la Société ne s'était pas cru suffisamment autorisée pour provoquer une enquête générale auprès du corps médical tout entier. D'ailleurs la commission de phthisiologie réclamée par M. Landouzy existe en réalité et se compose de MM. Villemin, Millard, Grancher, Debove, C. Paul et Vallin, rapporteur; c'est à la Société de décider s'il convient de la maintenir en permanence, s'il y a lieu d'étendre l'enquête d'une façon officielle et de provoquer l'envoi de documents de la part de tous les médecins français.

M. *Vallin* estime qu'il conviendrait, pour assurer la réussite de l'entreprise, de fixer un délai très court, trois mois par exemple, pour l'envoi des réponses au questionnaire rédigé par la Société. C'est ainsi que les choses se sont passées en Italie et en Angleterre; il ne s'agit pas, en effet, de recueillir de nouveaux documents, mais de résumer des observations déjà anciennes restées dans les notes ou le souvenir des praticiens.

M. *Bucquoy* pense que cette question devra être décidée par la commission elle-même.

M. *G. Lacombe* croit qu'une semblable enquête est une œuvre bien difficile à réaliser. Il est impossible, en effet, d'accorder la même valeur à tous les rapports transmis à la commission, et l'on peut affirmer que dans bien des cas le même malade interrogé, au point de vue de la contagion, par plusieurs médecins, sera classé par chacun d'eux dans une catégorie différente. En outre, la plupart des observateurs émettent, sur les cas soumis à leurs investigations, une opinion évidemment inspirée par une idée préconçue sur la réalité de la contagion.

M. *Vallin* fait remarquer que l'on demande seulement aux praticiens de signaler les cas, naturellement assez rares, qui les ont frappés par leur caractère démonstratif. Tout médecin ayant une vingtaine d'années de pratique a évidemment observé des faits de ce genre qui, réunis par l'enquête, pourront acquérir une valeur considérable. Enfin les renseignements relatifs à l'hérédité pourront être fournis par les médecins qui connaissent et soignent les mêmes familles depuis une ou deux générations.

M. *Bucquoy* pense que la Société pourrait provoquer l'enquête sur ces questions multiples de la part des Sociétés médicales de province, sans s'adresser à chaque médecin en particulier.

M. *Landouzy* croit que le questionnaire serait communiqué, sans frais pour la Société, à tous les médecins par l'intermédiaire de la presse médicale.

M. *E. Labbé* est convaincu que la tuberculose n'est que très exceptionnellement héréditaire : peut-être pas une fois sur cent. Les enfants issus de parents tuberculeux sont plus aptes que d'autres à contracter la tuberculose, mais celle-ci ne leur est pas transmise directement par voie d'hérédité. Il admet, au contraire, la fréquence de la contagion dont il a observé plusieurs exemples concluants.

M. *Blachez* est d'un avis très différent au sujet de l'hérédité de la tuberculose; il croit qu'il faut, à cet égard, se défier des dénégations intéressées ou inspirées aux malades par de multiples sentiments, et qu'ils opposent à l'enquête du médecin sur leurs antécédents héréditaires; on arrive de la sorte à des résultats fort peu probants. Quant à la contagion, l'accord semble aujourd'hui mieux établi, bien qu'il existe un certain nombre de faits contradictoires.

M. *E. Labbé* admet parfaitement qu'il faut se méfier des dénégations des malades ou de leurs parents; mais, quand on voit un malade jeune atteint de tuberculose, et que l'on *voit* d'autre part toute sa famille saine et robuste, il faut bien conclure que, dans ce cas, l'hérédité ne joue aucun rôle; or les faits semblables sont extrêmement nombreux.

M. *G. Lacombe* pense qu'il serait utile que la Société discutât le texte du questionnaire; la rédaction exige une attention toute particulière. On ne peut confondre en effet les divers modes de transmission entre conjoints, entre parents, entre étrangers, sous une même formule. — Quant à l'hérédité, avant de la nier, M. E. Labbé s'est-il assuré que tous les ascendants étaient indemnes, y compris le grand père et les oncles? Ne sait-on pas que certaines affections héréditaires se transmettent en sautant une génération?

M. *Bucquoy* est d'avis que la Société doit s'en rapporter entièrement à la commission pour la rédaction du questionnaire.

M. *Ferrand* se déclare convaincu de l'hérédité de la tuberculose. Il fait remarquer d'ailleurs que la discussion paraît se circonscrire entre les partisans de l'hérédité et ceux de la contagion; il sera donc utile de ne pas négliger dans l'enquête l'une des questions au détriment de l'autre. Il est d'avis que les faits observés dans la pratique de la ville sont bien plus démonstratifs que ceux qu'on rencontre à l'hôpital; il se réserve de communiquer à la commission deux ou trois faits qui paraissent infirmer la contagion et établir nettement l'hérédité de la tuberculose.

— La proposition de M. Landouzy est mise aux voix et adoptée.

— *Elections.* MM. Brissaud, Merklen et Faisans sont nommés membres titulaires de la Société. M. Martel (de Saint-Malo) est nommé membre correspondant.

— La séance est levée à cinq heures et quart.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Thyroïdectomie; rapport : M. Richelot. Discussion : MM. Terrillon, Lucas-Championnière, Le Dentu, Terrier, Berger. Sur la filaire du sang : M. Le Dentu.

M. *Richelot* fait un rapport sur deux observations de goitre présentées à la Société par M. Schwartz. Dans le premier cas il s'agit d'une femme âgée de quarante-neuf ans, atteinte depuis quelque temps d'une tumeur unilatérale de la région sous-hyoïdienne; d'abord et pendant longtemps stationnaire, la tuméfaction s'est accrue considérablement depuis la ménopause; elle détermine de la raucité de la voix et de la dyspnée surtout intense la nuit. Elle semble indépendante du corps thyroïde et ne se meut pas avec le larynx au moment de la déglutition. M. Schwartz porte le diagnostic de goitre polycystique erratique, variété si bien étudiée par Madelung. Une injection de teinture d'iode reste sans succès, ainsi que cela était probable, étant donnée l'ancienneté de la tumeur, comme le fait remarquer le rapporteur. Le chirurgien fait alors l'extirpation du néoplasme et constate au cours de l'opération que le goitre était relié par un pédicule au lobe correspondant du corps thyroïde, mais que les deux lobes étaient indépendants par absence de l'isthme.

La seconde malade portait un double goitre volumineux, s'accompagnant de l'extinction de la voix et d'une dyspnée très intense. Après avoir pris conseil de son maître, M. Tillaux, M. Schwartz opère sans incident la malade. Opération simple; vingt ligatures d'artères environ; tout se passe bien par la suite et le seizième jour la malade est complètement guérie, mais elle a la voix éteinte et au laryngo-

scope on constate une paralysie de la corde vocale gauche. Après quelques séances d'électrisation la voix revient.

M. Schwartz étudie avec soin la pathogénie de ces accidents (raucité, extinction de la voix, paralysie des cordes vocales) et les met chez sa malade sur le compte d'une névrite des récurrents développée à la suite des tiraillements, des contusions, des lavages au fond de la plaie. Le rapporteur discute aussi très longuement à ce sujet et cherche à élucider les causes des accidents laryngiens post-opératoires.

On a tout d'abord accusé la section des récurrents et c'était là l'opinion de Krishaber, qui, ayant pratiqué l'examen au laryngoscope de plusieurs opérés (entre autres des malades de MM. Richelot, Tillaux, etc.), n'hésita pas à déclarer à la Société de biologie que chez ces malades les deux nerfs avaient été sectionnés. Cependant, chez la plupart de ces malades, la voix revient rapidement, première raison contre la section présumée des laryngés. En second lieu, l'examen direct, après la mort, pratiqué par MM. Reverdin et Julliard, par M. Liebreicht (de Gand), montre que cet accident est extrêmement rare. Les froissements, les tiraillements, les contusions des récurrents fréquents et presque inévitables au fond d'une plaie aussi profonde, rendent beaucoup mieux compte des phénomènes laryngiens.

Parmi ces phénomènes, la dyspnée est certainement plus intéressante que les troubles de la voix, et c'est sur elle que M. Richelot attire l'attention.

On sait que le récurrent contient des fibres du pneumogastrique et du spinal, les unes dilatatrices de la glotte et les autres constrictives; on sait aussi que le nombre des muscles constricteurs est plus grand que celui des muscles dilatateurs, ces derniers se réduisant à une seule paire, les crico-aryténoïdiens postérieurs; par conséquent, les puissances destinées à clore la glotte l'emportent de beaucoup sur les puissances destinées à l'ouvrir. Cela étant, si le récurrent est lésé par une cause quelconque dans le cours d'une thyroïdectomie, il en résultera une contraction des constricteurs glottiques et par conséquent une dyspnée, qui pourra aller jusqu'à l'apnée, l'asphyxie et la mort. Par contre, la section complète du récurrent déterminera de l'aphonie, mais ne fera courir aucun danger de mort aux adultes, à glotte interaryténoïdienne suffisamment développée. On voit donc qu'il y a plus à redouter de la simple contusion du récurrent que de sa section complète. Un cas malheureux de la pratique de M. Richelot prouve la vérité de cette opinion. Une malade, âgée de vingt ans, entre à l'Hôtel-Dieu pour se faire guérir d'une tumeur peu volumineuse de la thyroïde, ne déterminant par elle-même aucun accident. Sur les instances de la malade, on l'opère. Après l'incision et la dissection des enveloppes, on s'aperçoit que la tumeur est beaucoup plus étendue en profondeur qu'elle ne paraissait; on la poursuit profondément et on l'extirpe complètement. L'opération est des plus simples; mais au moment où la malade se réveille, elle accuse une dyspnée intense, qui va croissant et l'emporte après trente-six heures. A l'autopsie, on ne trouve rien du côté des gros vaisseaux ni du côté des organes de la respiration; mais, tandis qu'un des récurrents est complètement sectionné, l'autre est compris dans une ligature. Il n'y a aucun doute pour M. Richelot que cette irritation du récurrent ait amené la mort par le mécanisme précédemment indiqué. Le rapporteur cite encore un certain nombre de malades ayant succombé à pareil accident et conclut en disant qu'on ne saurait être trop circonspect dans les manœuvres d'extirpation de la thyroïde au voisinage des récurrents; il conseille, avec Julliard et Kocher, de lier le pédicule non en masse, mais vaisseau par vaisseau, afin d'être aussi certain que possible de respecter le récurrent.

M. Richelot termine son rapport en disant que l'extirpation du corps thyroïde n'est pas aussi bénigne qu'on l'a cru d'abord, surtout si aux accidents mortels, qu'il vient de signaler, on ajoute les dangers encore hypothétiques que la suppression de cet organe ferait courir au développement cérébral des opérés.

M. *Terrillon* a opéré, il y a six semaines, une malade d'une tumeur du corps thyroïde. C'était une malade fille, de quarante ans, ayant vu se développer anormalement son corps thyroïde depuis quelques mois seulement. A son premier examen, M. Terrillon constata que la tumeur avait le volume du poing et qu'elle déterminait de la gêne de la respiration par compression de la trachée. Il porta le diagnostic tumeur maligne, probablement sarcomateuse. L'opération fut longue, mais sans incidents particuliers; l'opérateur est convaincu de n'avoir pas touché les récurrents; néanmoins à son réveil, la malade avait la voix rauque et il persiste encore une paralysie d'une des cordes vocales. Conformément au diagnostic, la tumeur était un sarcome.

M. *Lucas-Championnière* a opéré il y a quelque temps, une femme, anciennement hémiplégique, atteinte d'un goitre, qui déviait la trachée et empêchait le travail et le sommeil. De grandes difficultés se présentèrent au moment de la dissection des adhérences à la trachée. Dès le sixième jour, la guérison était obtenue. La malade n'eut pas de trouble de la voix. Pour M. Lucas-Championnière, c'est le hasard qui fait qu'on touche ou qu'on ne touche pas le récurrent. On ne peut pas donner de règles précises pour éviter cet accident.

M. *Le Dentu*, à propos de l'observation de sarcome de la thyroïde signalé par M. Terrillon, rappelle un signe mentionné par Nélaton et par Duplay, qui a à ses yeux une grande valeur diagnostique : ce sont des douleurs intolérables qui se propagent à la région mastoïdienne temporale et fronto-orbitaire dans les cas de tumeur maligne. Une malade, qu'il a vue il y a quelques mois à Alger, présentait ces irradiations douloureuses avec un léger gonflement de la région sous-hyoïdienne. M. Le Dentu porta le diagnostic tumeur maligne du corps thyroïde. La malade est en effet morte depuis.

M. *Terrier* croit que le symptôme rappelé par M. Le Dentu n'existe pas toujours; de plus il est plus en rapport avec la rapidité de développement de la tumeur qu'avec sa nature. Les douleurs des tumeurs à évolutions rapides sont comparables dans leur pathogénie à celles qui suivent les injections interstitielles dans les goitres.

M. *Berger* pense que la distinction entre les tumeurs malignes et les tumeurs bénignes de la thyroïde est des plus difficiles. Rose pense que dans les cas de cancer il y a d'abord des troubles de la déglutition, tandis que les goitres bénins déterminent plutôt de la dyspnée. Cela est bien incertain. Il serait cependant bien utile de faire ce diagnostic, avant de prendre un parti.

M. Berger considère les injections interstitielles suivant la méthode de Luton comme dangereuses, parce qu'elles déterminent une transformation fibreuse de la glande et comme corollaire des accidents de suffocation.

— M. *Le Dentu* fait une très intéressante communication sur les accidents médicaux et chirurgicaux produits par la filaire du sang, à propos d'un cas d'hydrocèle graisseuse, dont il a déjà fait part à la Société il y a trois ans. Il fait l'historique des travaux relatifs à ce parasite du sang; il montre ses mœurs, son développement, ses métamorphoses à travers le corps des moustiques; il énumère les affections qu'il détermine: chylurie, hématochylurie, ascites chyliformes, certains épanchements pleuraux, hydrocèles graisseuses, varices lymphatiques (éléphantiasis névoïde des Anglais); crocro, affection de la peau observée au Brésil; éléphantiasis des Arabes; enfin il termine par un chapitre de physiologie pathologique.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MATHIAS DUVAL.

Éléments infectieux, culture et vaccination de la fièvre jaune : M. Rebourgeon. Discussion : MM. Cornil, Bouley. — Topiques à la valériane contre les douleurs des plaies : MM. Arragon et Martel. — Comparaison de la pureté et de l'activité des digitalines : M Laborde. — Cheval à cornes : M. Thierry. — Action antiputride de l'ozonéine : M. Onimus. — Innocuité de l'ablation du corps thyroïde chez les animaux : M. Philipeaux. — Analyse spectrale de la lumière du pyrophore : MM. Dubois et Aubert — Cellules de Bizzozero et médullocèles dans le foie fœtal : M. Laulanié. — Courbs des fermentations : M. Regnard.—Élection du président perpétuel : M. P. Bert. — Élection du secrétaire général : M. Dumontpallier.

M. *Rebourgeon* expose à la Société les résultats scientifiques et pratiques d'études sur l'élément infectieux de la fièvre jaune, recherches qu'il a exécutées au Brésil avec la collaboration de M. Domingo Freire. Celui-ci avait déjà soumis aux Sociétés savantes françaises, notamment à l'Académie de médecine, les résultats de ses recherches histologiques sur le microbe de la fièvre jaune; mais il fut reconnu qu'il y avait eu erreur d'interprétation dans les préparations microscopiques, et les conclusions de l'auteur furent vivement critiquées. M. Rebourgeon, avec une compétence histologique réelle, a repris ces recherches, et il rapporte des résultats d'une grande précision. Il décrit, dans le sang des sujets qui viennent de succomber à une attaque de fièvre jaune, des éléments cellulaires à divers degrés de développement, ayant l'aspect et la couleur de cellules pigmentaires, et qui constitueraient par leur accumulation en grandes masses la matière noire des vomissements. Ces éléments ont été étudiés chimiquement; on leur a trouvé les caractères des ptomaïnes. Ils ont été cultivés dans des liquides stérilisés; l'inoculation des premiers produits a tué divers animaux, notamment des cochons d'Inde; mais l'injection des cultures atténuées a conféré à ces animaux l'immunité pour des inoculations de la matière infectante prise à son degré d'activité maximum. C'est après toute cette série d'études préliminaires que M. Rebourgeon s'est senti autorisé à pratiquer sur l'homme des inoculations préventives; il a commencé par lui-même, et il raconte les effets qu'il en a éprouvés. Un nombre considérable d'hommes exposés à la contagion de la fièvre jaune ont été ensuite « vaccinés », et aucun des cinq cents individus soumis à l'inoculation préventive n'a contracté la maladie.

M. *Cornil*, qui a eu l'occasion de constater une première fois l'erreur histologique de M. Domingo Freire, déclare rester en défiance au sujet de l'isolement du microbe de la fièvre jaune; il s'étonne, du reste, qu'on ait déterminé un micrococcus au lieu de l'un des éléments bactéridiens habituels.

M. *Bouley* demande que la question reste placée sur le terrain de la pratique, laquelle démontre la valeur des inoculations préventives avec les cultures atténuées.

— M. *Arragon*, qui a déjà présenté à la Société une Note sur les avantages des topiques à la valériane dans les cas de plaies contuses douloureuses, rapporte à l'appui une observation de M. Martel (de Saint-Malo).

— M. *Laborde* apporte une série de nouveaux faits qui complètent sa précédente communication sur la comparaison chimico-physiologique des diverses digitalines. Il avait montré l'infériorité toxique d'une digitaline étrangère; il prouve aujourd'hui que la digitaline adoptée dans les hôpitaux de Paris est un produit impur et d'une activité moindre encore. Ses expériences avec les réactifs (acide chlorhydrique, chloroforme), ses recherches sur les effets cardiaques de la digitaline incriminée, chez la grenouille et le cobaye, établissent que la poudre non cristallisée offerte aux médecins sous le nom de digitaline n'a que partiellement la réaction d'une digitaline pure, et n'en détermine que très tardivement et d'une façon incomplète les effets physiologiques. M. Laborde annonce qu'il continuera à soumettre à la Société les résultats de ses recherches sur le degré de pureté et sur la valeur thérapeutique des alcaloïdes.

— M. *Thierry* adresse une note sur « un cheval à cornes », lequel présente deux saillies osseuses symétriques sur le frontal.

— M. *Onimus* présente un liquide fortement ozonisé dont la formule a été trouvée par M. Brand, et qui a des propriétés désinfectantes énergiques : de la viande putréfiée et des œufs pourris ont perdu leur odeur après immersion dans l'ozonéine.

— M. *Philipeaux* revient sur une question dont il s'est occupé il y a une quinzaine d'années, sur l'innocuité de l'ablation du corps thyroïde chez les animaux. Il avait opéré exclusivement sur des cobayes; mais, en présence de l'affirmation récente de M. Schiff, que l'ablation des corps thyroïdes est mortelle chez le chien, il a repris ses expériences sur ce dernier animal. Il décrit avec détail son procédé opératoire, et conclut, comme autrefois, que l'ablation du corps thyroïde passe inaperçue, à moins que quelque complication étrangère ne vienne compromettre la vie des animaux.

— MM. *Dubois* et *Aubert* ont étudié, à l'aide du spectroscope à prisme de Flint et à micromètre, la lumière émise par l'appareil éclairant thoracique d'un pyrophore. Ils confirment les faits antérieurement observés par M. Pasteur, et y ajoutent d'intéressants détails; ils ont précisé les limites du spectre du pyrophore, et montré que, malgré son peu d'étendue dans le violet, il possède une activité chimique rendue manifeste par des photographies obtenues assez rapidement.

— M. *Laulanié* expose les résultats de ses recherches sur la présence dans le foie fœtal des mammifères de cellules de Bizzozero (cellules à noyau bourgeonnant) et de médullocèles. Ces cellules occupent l'intérieur des capillaires; leur présence dans le foie aussi bien que dans la moelle des os autorise un rapprochement entre les fonctions hématopoïétiques des tissus hépatique et médullaire.

— M. *Regnard*, dans ses expériences sur les phases du dégagement gazeux dans les fermentations, a trouvé la raison du retard initial (temps perdu de la fermentation) et celle de l'ascension rapide de la courbe après cette première phase. Il a déjà entretenu la Société de ces deux points; mais le motif pour lequel, après une période d'augment, la courbe présente une forme paraboloïde indiquant un dégagement uniformément retardé de CO^2, lui a échappé jusqu'ici. Il émet toutefois l'hypothèse qu'à partir d'un certain moment il se produit une véritable autophagie de la levure, laquelle, en effet, diminue de quantité dans la période correspondante.

— Le dépouillement du scrutin donne à M. Paul Bert, président perpétuel démissionnaire, 29 voix sur 32 suffrages exprimés. En conséquence, M. *P. Bert* est réélu président de la Société de biologie.

— M. *Dumontpallier*, secrétaire général, soumis à la réélection quinquennale, est également réélu par le même nombre de votants.

SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Discours de M. P. Bert. — Mort de M. Henninger : allocution de M. Grimaux. — Conservation du chloroforme : M. J. Regnault. — Tuberculose et diphthérie des gallinacés : MM. Cornil et Mégnin. — Altérations du foie par le sclérostome : M. Mégnin. — Organe folié gustatif du singe : MM. Boulart et Pilliet. — Mémoire et rancune des animaux : M. Thierry. — Structure du renflement terminal érectile de l'artère spermatique : M. Laulanié.

M. *Paul Bert*, réélu président perpétuel dans la précédente séance, remercie ses collègues de la nouvelle marque de confiance et d'estime qu'ils viennent de lui donner ; il annonce que chaque année il cherchera à présenter un exposé sommaire des principaux travaux de la Société.

— M. *Grimaux*, annonçant la perte que vient de faire la Société en la personne d'un de ses membres les plus distingués, M. Henninger, retrace rapidement ses titres scientifiques, et se fait l'interprète de ses collègues en déplorant la mort prématurée de ce jeune savant.

— M. *J. Regnault* donne le résumé de ses recherches sur la conservation du chloroforme. Le chloroforme pur, rigoureusement privé de chloral, d'alcool et d'eau, exposé à la lumière solaire, a donné les premiers indices de décomposition après deux jours pendant la saison chaude, après cinq jours en décembre. Le même chloroforme s'est conservé pur au contact de l'air pendant plus de quinze mois, à la condition d'être scrupuleusement soustrait à la radiation solaire. Si, tout en l'exposant à la lumière, on le mettait en contact avec une atmosphère d'azote complètement privé d'oxygène, ce chloroforme se conservait aussi plus de quinze mois. Le chloral ne joue donc aucun rôle dans la destruction de la molécule du chloroforme.

L'action préservatrice de l'alcool éthylique sur le chloroforme, énoncée par M. Rump, a été confirmée par une série d'essais; mais elle n'est pas l'apanage exclusif de cet alcool; ses homologues supérieur et inférieur jouissent, quoique à un moindre degré, de la même efficacité préservatrice. Il en est de même de certains dérivés alcooliques, parmi lesquels l'éther ordinaire, dont la propriété conservatrice peut être pratiquement utilisée.

— MM. *Cornil* et *Mégnin* ont étudié comparativement la tuberculose et la diphthérie chez les gallinacés; on sait que la coexistence fréquente des « tubercules » du foie et des altérations diphthéritiques chez ces animaux, a fait considérer les lésions hépatiques comme de nature diphthéritique. Or les études histologiques de MM. Cornil et Mégnin leur ont permis d'établir la différence essentielle des deux catégories de lésions : les réactifs colorants montrent dans les « tubercules » des viscères abdominaux l'existence des mêmes bacilles que dans la tuberculose type de l'homme.

— M. *Mégnin* présente des portions du foie d'un cheval chez lequel un cinquième environ de l'organe a subi la dégénérescence fibro-plastique sous l'influence d'une émigration d'helminthes strongyliens (*Sclerostoma armatum*), qui vivent d'habitude sur la muqueuse du côlon.

— MM. *Boulart* et *Pilliet* adressent une note sur la présence d'un organe folié à la surface de la langue des singes en dehors des branches du V lingual; dans les replis que limitent les saillies lamellaires, on trouve des papilles gustatives. Cet organe est semblable à celui que l'on a déjà étudié chez les rongeurs.

— M. *E. Thierry*, directeur de l'École d'agriculture de l'Yonne, adresse une note sur deux faits observés dans sa pratique vétérinaire, et qui témoignent nettement de la mémoire prolongée et du raisonnement chez un mulet et chez un chien. Ces deux animaux, auxquels il avait été appelé à pratiquer des opérations douloureuses, s'en souvinrent pendant des années, et manifestèrent, chacun à sa manière, leur aversion pour M. Thierry.

— M. *Laulanié* a eu l'occasion d'étudier la structure d'un renflement terminal de l'artère spermatique observé par lui sur des fœtus mâles de brebis et de vache; il a reconnu la structure du tissu érectile vasculaire (forme décrite par Ercolani).

BIBLIOGRAPHIE

Die krankhaften Veränderungen der Haut... (Les altérations pathologiques de la peau et leurs rapports avec les maladies générales), par M. H.-V. HEBRA. — 1 vol. in-8° de 546 pages (*Wreden's Sammlung kurzer medizinischer Lehrbücher*, 1884).

Ce livre, signé d'un des plus grands noms de la pathologie cutanée, marque l'abandon définitif du système qui avait fait la gloire de Hebra. Depuis longtemps déjà la nosographie des maladies de peau tendait à devenir *étiologique*, notamment en France où Bazin avait édifié des classes tout entières, d'après une notion purement causale. A Vienne où dominait l'enseignement d'Hebra, basé sur l'anatomie pathologique, il n'en était pas de même, et c'est à l'un des élèves les plus illustres du maître, le docteur Ausspitz (qui vient de succéder au professeur v. Zeissl) qu'il a été donné de démolir la classification qui pendant quarante ans avait été acceptée sans conteste.

La coordination des matières d'après des idées plus nouvelles, constitue le principal intérêt du livre que nous analysons.

Hebra admet les neuf classes suivantes :

1° Dermatoses *inflammatoires simples* (catarrhes simples, catarrhes folliculaires, phlegmons). L'eczéma aigu et chronique, l'acné, le sycosis, l'érysipèle (?) figurent dans cette classe.

2° Dermatoses *angioneurotiques* (infectieuses, toxiques, essentielles). Ici nous rencontrons les exanthèmes des fièvres éruptives, les intoxications de toute nature, enfin le pemphigus vulgaire, l'acné rosacea et l'asphyxie locale.

3° Dermatoses *neuritiques* (trophonévroses cycliques ou acycliques). La première sous-division comprend l'herpès zoster, l'herpès génital, fébrile, etc.; la seconde, les manifestations diverses de la nutrition retardée, bien connues depuis les travaux de Charcot. La peau lisse (*glossy-skin* de Paget), nom classique et adopté par tout le monde, n'a pas trouvé grâce devant l'auteur, qui préfère celui de *Liodermia neuritica*.

4° Dermatoses *de stagnation sanguine* (complète ou incomplète). Ici Hebra fait entrer : la cyanose, le myxœdème, l'éléphantiasis, le sclérème des adultes d'un côté, la gangrène sénile et l'aïnhum de l'autre. C'est peut-être se hâter; on a en effet des raisons d'admettre pour quelques-unes de ces affections une origine parasitaire.

5° Dermatoses *hémorrhagiques* (traumatiques et essentielles). Ici l'on voit figurer le purpura simple et la maladie de Werlhoff, et l'on peut faire les mêmes réserves que pour la classe précédente.

6° *Idioneuroses* de la peau (de la sensibilité ou de la motilité), classe qui comprend le prurigo, la chair de poule, etc.

7° *Anomalies de l'épiderme et de ses annexes* (de la production de matière cornée ou *kératonoses;* de la formation de pigment ou *chromatoses;* de la couche de cellules épineuses, *acanthoses*). Ici la classification devient bizarre et méticuleuse : les noms grecs succèdent aux noms grecs et l'on s'y reconnaît difficilement. Admettons qu'il faille désigner d'un nom spécial la maladie de l'ongle qui se courbe et s'écaille, et acceptons celui d'*onychogryphosis* proposé par l'auteur. Que sera-ce lorsqu'il faudra se mettre en tête

que cette affection pompeusement dénommée fait partie de la famille des *paronychoses*, de la section des *onychoses* et de la sous-division des *kératoses*? Et n'y a-t-il pas là un véritable abus de la classification?

8° *Anomalies du chorion et du tissu cellulaire sous-cutané* (*chorioblastoses*). Cette classe englobe la plupart des maladies graves du système cutané : le lupus, les scrofulides graves, les altérations de la lèpre, etc., etc.

9° *Maladies parasitaires*. Cette classe ne comprend que le favus, l'herpès tonsurans, l'eczéma marginatum, le pityriasis versicolor, le sycosis parasitaire et une affection spéciale toujours localisée au cou, au coude et au creux poplité, ressemblant à un eczéma et nettement parasitaire; le champignon a beaucoup d'analogie avec le microsporon furfur. L'auteur lui donne le nom compliqué de *dermatomykosis diffusa flexorum*.

Comme il arrive souvent dans les livres où règne une trop grande préoccupation de la méthode, la thérapeutique n'occupe pas la place à laquelle elle a droit. Pourquoi l'auteur n'a-t-il pas rédigé un chapitre de thérapeutique générale? Le traitement si difficile, si délicat, si minutieux des maladies de peau ne comporte donc plus de vues d'ensemble et d'idées supérieures?

Ceci nous amène à dire que l'étiologie sur laquelle l'école actuelle de Vienne base les divisions principales de son système est tellement étroite, qu'elle mérite à peine ce nom. Dire qu'une affection donnée est due à une stagnation du sang ou à une anomalie du chorion, c'est répéter sous une autre forme l'idée anatomo-pathologique d'Hebra. Combien la notion française des diathèses est autrement fertile en déductions prophylactiques et thérapeutiques!

En somme, le livre de M. von Hebra peut être considéré comme une œuvre de transition; c'est là une conséquence inévitable de l'état stationnaire de la doctrine parasitaire en général.

C. Zuber.

VARIÉTÉS

Le faiseur d'hommes; la fécondation artificielle de la femme (1).

I

M. Georges Barral s'est fait décidément l'introducteur d'abord, puis l'artisan d'une espèce de littérature bien délicate et bien scabreuse. Le genre en est connu, et on peut même lui assigner deux caractères principaux. Le plus spécial consiste en une revendication hardie des droits de la physiologie dans l'organisation de la société et dans la conduite des individus; le second est d'avoir des attaches directes avec cette école de la *nature* et des *documents humains*, que M. Gaston Boissier déplorait naguère aux fêtes du centenaire de Corneille, avec un choix de paroles et de termes qui était à lui seul une présomption en faveur de sa thèse. De cette parenté manifeste du physiologisme et du naturalisme, il ne faudrait pas conclure à une égale solidarité, ni devant le goût, ni devant la pudeur publique. C'est un spectacle répugnant, malsain, que celui du vice crapuleux étalé dans la nudité de sa dégradation morale et physique et dans la crudité de son langage, avec des habiletés de style ou des surprises dramatiques qui forcent la curiosité. Au lieu de dégoûter du vice, il ne fait que salir les imaginations ignorantes et précipiter la chute chez les dépravés. Mais la physiologie en soi n'est jamais obscène; elle est réellement une des lumières de la société organisée, et peut fournir au gouvernement des hommes comme à la vie privée des règles précieuses et d'une application légitime. C'est sur ce terrain que s'est placé M. Barral; seulement il s'est cantonné dans le coin où il est le plus malaisé de présenter au public les fruits de l'arbre de science sans paraître l'induire en tentation de choses défendues. Il s'agit en effet des *fonctions sexuelles*. Après avoir édité le *Bréviaire de l'amour expérimental*, de J. Guyot, et avoir écrit lui-même le *Missel de l'amour sentimental* (nous avons entretenu nos lecteurs de ces deux ouvrages), voici qu'il orne d'une préface un volume in-8° de 300 pages, intitulé le *Faiseur d'hommes;* lequel doit être suivi de deux autres : l'un destiné à suivre dans son existence *le fils du faiseur d'hommes;* l'autre, où l'auteur de la préface, en collaboration avec Yveling Ram-Baud, étudiera, dans la vie du *petit-fils*, la conception au point de vue psychologique.

Précisons tout de suite le sujet du présent livre.

Tout le monde connaît les beaux travaux accomplis dans la seconde moitié du dix-huitième siècle sur la fécondation artificielle, les développements qu'ils ont reçus de nos jours et le parti qu'en a tiré spécialement l'industrie de la pisciculture et de l'ostréiculture. Une grave perspective s'ouvrait dès lors aux yeux des savants, qui ne pouvait laisser indifférente la société tout entière. Si le pollen des fleurs, transporté par les vents, peut semer la vie à de grandes distances; si, chez les animaux, la seule imprégnation de l'œuf par la substance fécondante suffit à amener le développement de l'embryon sans la collaboration active des parents, pourquoi la femme ne pourrait-elle être artificiellement fécondée? L'essai en fut fait avec succès vers 1838 par le docteur Girault et, depuis cette époque, la fécondation artificielle de la femme pour des cas de stérilité a été pratiquée par de très honorables praticiens. On entrevoit tout de suite certaines conditions moralement indispensables de la légitimité de l'acte; j'y reviendrai; mais les magistrats ne paraissent disposés sur ce point à aucun tempérament; s'ils ne peuvent atteindre dans l'acte une formelle infraction à un texte de loi quelconque, ils en parlent dans des termes de réprobation et refusent d'y reconnaître une pratique régulière de l'art de guérir. Ainsi du moins a jugé, dans un cas de ce genre (1883), le tribunal de Bordeaux, saisi, par l'auteur de l'opération, d'une demande en payement d'honoraires. Il a considéré que, le *procédé employé* ne supprimant pas, soit chez l'homme, soit chez la femme, les causes de stérilité *de manière à les rendre aptes à la génération*, mais usant de moyens artificiels que *réprouve la loi naturelle*, son emploi ne constituait pas *une cause licite d'obligation*. Et il a débouté le médecin de sa demande. Cette décision, ou plutôt la doctrine sur laquelle elle est fondée, soumise à l'appréciation de la Société de médecine légale, y a été, sur les conclusions d'un rapport de M. Leblond, unanimement désapprouvée. La loi civile permettait au tribunal de se saisir de l'affaire, d'en apprécier toutes les circonstances et de statuer. Le Code n'admet, en matière civile, ni silence, ni insuffisance, ni obscurité de la loi, et le juge qui refuserait de juger sous l'un de ces prétextes serait coupable de *déni de justice* (art. 4 du C. c.). Dans l'espèce, le tribunal pouvait rejeter la demande d'honoraires pour un acte qu'il aurait déclaré contraire à l'ordre public et aux bonnes mœurs; mais ses considérants sur la limitation de la pratique médicale et sur l'impossibilité de fonder une obligation sur une violation de la *loi naturelle* sont parfaitement arbitraires.

C'est cette thèse de la légitimité de la fécondation artificielle de la femme que le roman du *Faiseur d'hommes* est destiné à défendre. Je ne sais quel philosophe ou homme d'État a dit qu'il n'y avait qu'une seule manière d'entendre certaines vérités, comme il n'y a qu'une seule manière de faire des enfants. Le second terme de la comparaison n'est plus physiologiquement exact; MM. Ram Baud et de Laforêt veulent qu'il ne le soit plus pratiquement.

(1) *Le faiseur d'hommes*, par Yveling Ram-Baud et Dubut de Laforêt, avec une préface par Georges Barral. 1 vol. in-8°. Paris, L. Marpon et E. Flammarion.

Nous sommes en 1867. Le ménage du comte Rodolphe et de la comtesse d'Aldenberg est resté stérile. La comtesse est minée par un chagrin profond, qui, de temps en temps, éclate en crises nerveuses menaçant d'emporter sa raison ou sa vie. Ainsi, revenant avec son mari de la cour du roi de Bavière, elle attire dans son wagon un chérubin que portait dans ses bras un vieux musicien allant et venant sur le quai, en peine de se caser lui et son doux fardeau. Un peu plus loin, devant le spectacle d'une mère suivant le cercueil de son fils mort au champ d'honneur et dont les restes n'avaient pu être retrouvés que par des miracles d'opiniâtreté, elle est saisie d'une angoisse horrible, qui se termine par un rire éclatant. Tout cela est assez caractéristique. Le mari ne s'y trompe pas; il gronde bien un peu; mais la conscience de sa responsabilité particulière dans le malheur commun le rend tolérant et, au fond, il adore d'autant plus sa femme qu'il est moins capable de lui en donner la preuve matérielle. On arrive au château, où bientôt vient s'installer pour quelque temps un ami d'enfance du comte, le docteur Knauss. C'est un grand savant et c'est aussi un grand honnête homme, enthousiaste de la fécondation artificielle. En termes adoucis, il fait sentir au mari toute son imperfection et lui propose le moyen d'y remédier: ce sera le salut de sa femme. Remarques et avis, le comte reçoit tout avec docilité et va tout droit faire part du cas à la principale intéressée. Indignation, cris, révolte, refus violent. Que faire? Le vieux médecin de la localité, Schoffein, est un encroûté, réfractaire à tout progrès, qui, en outre, flaire un rival dans ce confrère si bien installé au château et paraissant y avoir pris droit de domicile comme une hernie. La sœur de la comtesse, Mme Olympe Güntzer, femme pratique, préférerait au remède proposé un bel et bon amant; son mari, ancien conseiller aulique, tonne au nom de la loi et crie à l'adultère; le directeur du prieuré d'Aldenberg, le révérend Petrus Steeg, plus rassis et plus sensé, se contente de scrupules religieux.

Voilà donc la question remuée par tous ses côtés sensibles, et elle s'engage à fond dans une sorte de consultation *post pocula*, où le bon Rodolphe, dûment averti par son ami de son *imperfectionnement primitif*, fait la meilleure figure qu'il peut; on doit même lui rendre cette justice qu'il soutient énergiquement l'autorité morale de Knauss à l'aide d'arguments en partie empruntés à la force de son bras. Il comprend d'ailleurs très bien le calcul d'intérêt dérobé sous les vertueuses indignations de sa belle-sœur et de son époux, qui comptaient faire miroiter des *espérances* aux yeux de M. de Vermond, le futur de leur fille Betly. On se sépare plus brouillé qu'auparavant. Une conjuration se noue entre les Güntzer et le médecin de campagne. On avertira la police, on dénoncera la présence d'un fou dans la maison; pour commencer, on fabrique des lettres anonymes. La comtesse, devenue perplexe, prend le parti d'aller en secret consulter le révérend prieur et de s'en rapporter à sa décision. Celui-ci demande le temps de la réflexion. Pendant qu'il réfléchit, tombe comme un obus, au château, ni plus ni moins que le grand-duc, prince Jacques de Sachs. Sceptique, viveur, de la race de ces princes germaniques qui aimaient à tourner la cannelle du grand tonneau d'Heidelberg, il est venu sous couleur d'une partie de chasse, mais en réalité pour trinquer avec le comte. Dans quelle maison de fous s'est-il égaré? Car il y en a au moins deux : Knauss et Rodolphe. Etant lui-même sans enfants, et la couronne étant menacée d'émigrer parce que son frère a épousé une reine étrangère : « Comme cela, dit-il au médecin, vous vous faites fort de donner des héritiers au trône. — A votre service », répond à peu près notre confrère.

Le duc a quitté Aldenberg quand la comtesse reçoit la réponse du prieur. C'est une épître : *Au nom du Père, du Fils et du Saint-Esprit.* Elle est longue, cette épître, pas bien démonstrative, et elle conclut à peu près comme la première de saint Paul aux Corinthiens, précisément au sujet du mariage : « Il est avantageux à l'homme de ne toucher à aucune femme; néanmoins... que chaque homme vive avec sa femme et chaque femme avec son mari. » Le prieur parle en prêtre; mais il a des « rébellions » de philosophe; il se demande si l'Eglise, en traçant les « règles imprescriptibles » du mariage, a pu prévoir le « cas étrange » dont il s'agit, et après des considérations sur l'infirmité de la nature humaine, où il reproduit — sans citer son auteur — une pensée de Pascal (*s'il se vante, je l'abaisse, s'il s'abaisse... etc.*), il finit par s'en remettre à la conscience de son ouaille. A vrai dire, c'en était bien assez pour une femme aussi violemment éprise de maternité. La comtesse « se résigne à l'expérience », qui se fit le soir « rapidement, dans les conditions d'austère pureté que la science apporte dans toutes ses tentatives ».

Inutile d'insister sur la suite de ce roman. L'expérience réussit, et nous avons l'honneur de vous faire part de la naissance d'un fils dont on ne nous dit pas le nom, mais que les mauvaises langues de la cour de Bavière ont appelé l'*enfant de la seringue.* Le roman finit par un coup de pistolet auquel on ne s'attendait guère; c'est Knauss qui se tue. Il aimait la mère et l'enfant, et il fallait se séparer des deux; mieux valait rompre avec la vie.

II

En passant du roman à la médecine, la question de la légitimité de la fécondation artificielle se réduit notablement. Le roman, parlant à tout le monde, est obligé de sermonner toutes les consciences, de s'adresser à tous les scrupules, de peser toutes les objections; la médecine, ne s'adressant qu'au médecin, n'a qu'à bien se pénétrer des devoirs que lui crée sa profession spéciale. L'argument religieux, par exemple, ne le concerne pas, parce que la religion n'est pas la même en tout pays, tandis que l'unité des devoirs du médecin résulte de l'unité de la profession même. Si c'est lui qui a la foi catholique, il n'a qu'une chose à faire, ce qu'a fait la comtesse d'Aldenberg : consulter les dépositaires et les exécuteurs de la loi religieuse; si c'est la malade, la laisser disposer d'elle-même sans jamais exercer sur sa conscience aucune sorte de pression. Si lui et elle sont musulmans ou bouddhistes, il est clair qu'on ne peut leur opposer l'institution divine du mariage au sens chrétien. La situation juridique est à peu près la même. Le médecin peut bien s'inquiéter des prescriptions du Code et de ce qui lui arrivera s'il les enfreint; mais ce n'est pas de là qu'il tirera une conclusion proprement déontologique. D'ailleurs, pour le dire tout de suite, ce que Knauss, dans la grande controverse de l'après-dînée, affirme pour l'Allemagne, est vrai pour la France : pas un mot dans nos Codes qui puisse atteindre, même indirectement, l'acte dont il s'agit, et ce mot, on peut être assuré qu'il n'y sera pas introduit parce que ce n'est pas le fait de la loi de juger les cas de conscience. Comme pour l'accouchement prématuré artificiel, aujourd'hui passé dans la pratique, après une certaine émotion de la justice, celle-ci restera muette. Pour le moment, toute base de jugement fait défaut au parquet. La loi pénale, on le sait, est régie dans son application par d'autres principes que la loi civile; elle veut que le fait imputé au prévenu soit défendu et puni par un texte positif. Or tous les efforts du parquet ne parviendraient pas à *insérer* un article dans le jugement (car tout jugement correctionnel ou arrêt criminel doit contenir *in extenso* l'article ou les articles qui motivent la condamnation), par cette bonne raison que le fait à incriminer n'existait pas quand la loi a été faite. Je reviendrai là-dessus à un autre point de vue.

Reste donc seulement le point de vue médical, et c'est celui-là seulement que je veux examiner.

Je l'ai dit ailleurs, le devoir du médecin, exonéré des prescriptions religieuses et juridiques, n'est pas pour cela circonscrit dans la sphère morale. Le médecin n'est jamais

autorisé, assurément, à entreprendre quoi que ce soit qui soit en opposition avec les principes d'honnêteté inscrits dans la conscience; mais il lui est plus qu'à tout autre commandé de n'en pas outrer les conséquences dans les choses qui engagent l'intérêt des malades, dont il a pris volontairement la responsabilité. Le médecin est voué à la bienfaisance; c'est une mission morale, à la bonne heure; mais ce n'est pas une application d'un principe de morale. C'est ce qui devient manifeste quand il a recours à la tromperie, au mensonge même, soit envers le patient pour lui cacher une funeste vérité, soit envers l'entourage pour mieux assurer le secret professionnel. Dans l'espèce donc, l'homme de l'art ne saurait envisager la question de la fécondation artificielle aussi sommairement que le théologien, dont le jugement ne sera qu'un acte de soumission; il doit se rendre compte de toutes les considérations qui peuvent conduire à rejeter l'opération ou à l'admettre, et ne la repousser que sur des raisons absolument démonstratives, ne pouvant méconnaître ni oublier le bienfait qu'elle est capable de procurer.

En premier lieu, il n'a pas seulement devant lui un cas de stérilité. S'il peut ne point se soucier de cette sorte de frustration de la société, il ne peut rester insensible au spectacle des souffrances de certaines épouses déçues dans cet espoir de maternité qui les avait bercées dès avant le mariage, dès le premier éveil des impressions sexuelles : souffrances du corps qui ruinent la constitution, la ravagent en détail, aboutissent à d'étranges perturbations nerveuses; souffrances de l'esprit qui pervertissent le caractère et conduisent à la folie. Et cet intérêt social même, qu'il voudrait écarter, il est bien forcé quelquefois de s'y arrêter quand il devient témoin des froissements d'un ménage auquel manque le vrai ciment conjugal, qui est l'enfant; quand il songe dans quelles extrémités, dans quelles combinaisons clandestines, l'imagination malade d'une épouse peut lui faire entrevoir la fin de ce désenchantement. Eh bien, est-il possible que, témoin de l'impuissance de toute sa pharmacologie, même contre les contre-coups du mal, il ne soit pas lui-même obsédé de la pensée d'un remède capable de tout réparer en satisfaisant à un vœu de nature?

Si l'on faisait cette question à propos de l'hypospadias ou de l'atrésie du col utérin, elle paraîtrait naïve. Il y a des procédés anaplastiques contre la première maladie et des procédés de dilatation contre la seconde. Quel est leur but? Dans un cas, de permettre l'érection et le déversement de la semence dans le canal vaginal; dans l'autre, de permettre la pénétration de la semence dans la cavité de l'utérus. L'unique différence entre ces procédés et celui de la fécondation obtenue par l'insertion directe de la semence est que ceux-là conservent la coopération directe des époux, tandis que celui-ci s'en passe; il s'en passe, parce que les conditions du mal local le rendent infructueux. L'indication n'en est pas moins forcée; dès lors la déontologie médicale est hors de cause. Le médecin poursuit un but thérapeutique, qui est en même temps un but moral, et il y marche par la seule voie qui lui soit ouverte, dans le secret du foyer, sur la demande expresse — je le suppose toujours — des deux intéressés. Il n'y a plus de place ici que pour les scrupules religieux et j'ai dit tout à l'heure à quel point et en quel sens il convenait d'en tenir compte.

Au grave problème posé dans le roman, voilà la solution que donnera le médecin le plus scrupuleux qui l'aura examiné en toute liberté d'esprit. Parmi ceux de cette catégorie qui ne l'ont pas résolu seulement en théorie, il en est qui ne se donnent même pas la peine de déduire leurs motifs. M. de Sinéty, par exemple, range le plus simplement du monde l'opération dont il s'agit dans la série des moyens de traitement de la stérilité, tout en le considérant comme une sorte d'*ultima ratio*. « Quand tous les moyens ont échoué, dit-il,... *on est en droit* de pratiquer la fécondation artificielle, dans des cas déterminés et lorsque les époux le désirent »; et il donne sans plus de façon que s'il s'agissait de la saignée la description de son mode opératoire et de sa *seringue*. Parmi les simples théoriciens, M. Courty se montre un peu moins dégagé, mais seulement dans la forme ou pour la forme; car il indique aux confrères qui auraient la pensée d'essayer la fécondation artificielle « le procédé le meilleur pour conserver au sperme sa vitalité et aux spermatozoïdes leurs mouvements propres, en même temps que pour sauvegarder les lois de la pudeur et de toutes les convenances ». Hégard et Kaltenbuch, dans la nouvelle édition de leur *Gynécologie* que vient de traduire M. le docteur Bard, consacre tout un chapitre à la fécondation artificielle. Évidemment tous ces respectables praticiens n'ont pas supposé que l'opération pût être sérieusement condamnée par un médecin.

La question s'arrête-t-elle là? Non, et il ne faut rien taire, le principe sauvegardé, des conséquences que pourrait en tirer la fraude ou la malhonnêteté. Je parlais tout à l'heure de secret conjugal, de consentement mutuel : ce n'est pas assez. La condition essentielle de l'opération légitime doit être que l'élément soit celui du mari, après vérification de l'existence et de l'activité des spermatozoïdes. Et ceci implique que l'opération convient seulement, soit à la simple impuissance par défaut de conformation ou toute autre cause, soit à un état pathologique des organes sexuels de la femme. On ne voit pas bien en quoi consiste l'imperfection du pauvre Rodolphe; mais, et c'est l'essentiel, on se persuade, malgré une absence naturelle de détails, qu'il a été lui même la source de son bonheur. Car, à cette question, faite dans la dispute par Schoffeim : « Comment prouvera-t-on au père réputé tel qu'il est réellement l'auteur de son œuvre? ...*On pourra changer l'élément de vie*, etc. », Knauss avait répondu : « Ce n'est pas vous qui devriez former cette hypothèse : il y a là une question d'honneur. » Et un peu plus loin il présente à Rodolphe, toujours un peu perplexe, cette image gracieuse d'une plante « dont la *poussière d'or* féconde les pistils frémissants ». Pour tout dire, cependant, si l'on n'était rassuré par cette déclaration, la fin tragique de Knauss, qui est aussi la fin du roman, ferait rêver. Pourquoi se tue-t-il? Il va vous le dire : « J'aime cette femme; *il devait en être ainsi*. J'aime cet enfant *que j'ai créé*... On donne la vie à un être et on veut se défendre d'aimer son *œuvre!* » Il y a là, en tout cas, un point de vue psychologique à réserver jusqu'aux volumes promis.

S'est-il trouvé des époux assez exempts de dignité personnelle pour faire des emprunts à une semence étrangère? S'est-il trouvé des médecins assez peu scrupuleux pour leur prêter assistance? Espérons qu'il n'en est rien. Ce cas est celui qu'on a stigmatisé spécialement du mot d'*adultère*, et je comprends bien cette proposition que si, comme on le répète souvent, le but du mariage est la reproduction, il faut au moins que la reproduction, par un tel moyen surtout, n'ait lieu qu'en état de mariage. Je comprends aussi qu'on se préoccupe de savoir si cette grave déviation de l'hérédité naturelle ne pourrait avoir des conséquences juridiques tant au civil qu'au criminel. Pourtant, voyons quelle serait la situation du juge en pareille occurrence. L'adultère qui n'est pas défini, il est vrai, par le Code pénal, mais dont le nom est venu du droit ancien (*ad alterum torum vel uterum accessio*) est un délit constitué par trois circonstances indispensables : 1° l'union consommée des sexes; consommation de l'œuvre tendant à la satisfaction des sexes; 2° l'état de mariage de l'un au moins des agents; 3° la volonté coupable de cet agent : *sine dolo adulterium non committitur*. D'autres difficultés juridiques pourraient se présenter, notamment sur la question de complicité; mais la principale viendrait de ce que le parquet ne peut poursuivre d'*office* le délit d'adultère; il faut pour le mettre en mouvement la plainte de la partie lésée. Cette partie, dans l'espèce, serait le mari (art. 336 et suiv. du C. p.); mais, dans le cas supposé, il y a connivence du mari! Si plus tard,

par un motif quelconque, il croyait devoir se plaindre, pourrait-il être admis à dénoncer un fait qu'il aurait autorisé? Quant au cas, non impossible, d'accomplissement du fait sans autorisation du mari, la dénonciation admissible du mari se heurterait toujours à la définition légale de l'adultère.

La loi pénale ne lui offrirait-elle donc aucun moyen de réparation? C'est une autre question qui s'éloigne trop de mon sujet pour que je croie devoir m'y arrêter.

Je m'en tiens à ces considérations. Il m'a fallu déjà, dans l'état flottant de l'opinion et dans l'effarouchement de beaucoup d'esprits, un certain effort pour exprimer sur ce sujet toute ma pensée. Je n'en ai aucun regret. Voir les choses bien en face, les voir telles qu'elles se montrent réellement quand elles ne sont plus obscurcies par le préjugé ou présentées sous un faux jour; se garder ensuite de toute dissimulation, et ne puiser que dans le sentiment de la grandeur de l'art l'inspiration de ses conseils, c'est le devoir de tous ceux d'entre nous dont les jugements peuvent être quelquefois consultés. Je dis conseils, et c'est trop peut-être. La délicatesse du sentiment est touchée de si près par la question pratique, que je ne me permettrais pas de poser une règle impérative. Je pose un principe de droit professionnel, non un principe de devoir; je dis avec Hégard et Kaltenbuch que, si le médecin doit éprouver une certaine répugnance pour l'opération, « il est des raisons qui doivent faire oublier ce côté sombre du tableau »; j'agis enfin comme le prieur d'Aldenberg, avec des raisons plus positives et une liberté d'opinion mieux justifiée.

A. DECHAMBRE.

CHOLÉRA. — Depuis notre dernier bulletin, le choléra a subi presque immédiatement un temps d'arrêt d'abord, puis un mouvement de décroissance. Les chiffres fournis par les diverses administrations ne sont pas bien d'accord, et nous devons déclarer qu'aucune administration ne peut fournir de chiffres exacts, ni pour les cas cholériques, ni pour les décès, par la raison que le mot choléra n'a pas le même sens pour tout le monde. Voici le nombre des décès déclarés : dans la journée du 18 novembre, de minuit à minuit, *dans les mairies de Paris*, a été de 41, dont 16 à domicile et 25 dans les hôpitaux. Le 19 novembre, jusqu'à six heures du soir, il n'a été déclaré que 14 décès, dont 4 à domicile et 7 dans les hôpitaux. Du début de l'épidémie au 13 novembre, il y a eu 481 décès cholériques, d'après la préfecture de la Seine, et 464 suivant la préfecture de police. La mortalité cholérique est un peu supérieure, 1 sur 3. (Voy. plus loin *Mortalité à Paris.*)

ASILE SAINTE-ANNE. — M. Magnan a repris ses leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 16 novembre à 9 heures et demie du matin et les continuera les dimanches et mercredis suivants à la même heure.

Les leçons porteront plus particulièrement cette année sur les rapports entre *la folie des héréditaires, les folies intermittentes et le délire chronique.*

LISTE DES PRIX DES FACULTÉS. (Voy. sur la couverture.)

LÉGION D'HONNEUR. — A été nommé chevalier: M. Cotte (Louis), médecin de 1re classe de la marine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira, le 15 mai 1885, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — Un concours pour un emploi de suppléant d'histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine et pharmacie de Grenoble s'ouvrira, le 1er juin 1885, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physique s'ouvrira le 15 juin 1885 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES-ÉTUDES. — M. le docteur Tscherning est chargé des fonctions de directeur-adjoint du laboratoire de recherches consacré à la physiologie des organes de la vision à l'École pratique des Hautes-Études, en remplacement de M. le docteur Dubois.

LONDRES. — Un legs de près de cinq millions de francs vient d'être fait par Erasmus Wilson au Collège royal des chirurgiens de Londres. Une partie de cette somme serait, dit-on, destinée à organiser un laboratoire de physiologie et de pathologie expérimentale.

CONCOURS. — Le concours pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, ouvert le lundi 20 octobre 1884, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Féré.

— Le concours pour les prix à décerner aux internes en médecine des hôpitaux et hospices de Paris s'est ouvert le 3 novembre 1884, à midi. Le jury se compose de MM. Fournier, Cruveilhier, Jules Simon, Troisier, Peyrot, Reclus et Maygrier.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE CLIMATOLOGIE ET D'HYDROLOGIE. — Ce Congrès, dont la date est fixée au 10 octobre 1885, se tiendra à Biarritz. Nous en ferons connaître ultérieurement le programme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (Séance du vendredi 28 novembre). — *Ordre du jour :* M. Dujardin-Beaumetz : Hématémèses abondantes provoquées par un ulcère simple de l'estomac, traitées avec succès par la transfusion. — M. Letulle : Gommes scrofulo-tuberculeuses bacillaires. — M. Raymond : Artérite rhumatismale. — M. Fernet: De l'infection tuberculeuse par la voie génitale.

ERRATUM. — Par suite d'une erreur de typographie, la formule de la solution de caféine employée par M. Huchard pour les injections hypodermiques s'est trouvée dénaturée dans le compte rendu de la Société de thérapeutique (voy. le n° du 14 novembre).

Elle doit être ainsi rétablie : salicylate de soude, 3gr,10; caféine, 4 grammes; eau distillée, 6 grammes (ou q. s. pour 10 centimètres cubes). Faire dissoudre au bain-marie. — Chaque centimètre cube renferme 40 centigrammes de caféine.

MORTALITÉ A PARIS (46e semaine, du 7 au 13 novembre 1884). — Fièvre typhoïde, 21. — Variole, 0. — Rougeole, 29. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 20. — Choléra, 375. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 56. — Phthisie pulmonaire, 224. — Autres tuberculoses, 7. — Autres affections générales, 65. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 65. — Bronchite aiguë, 37. — Pneumonie, 61. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 48; au sein et mixte, 25; inconnu, 10. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 91; de l'appareil circulatoire, 71; de l'appareil respiratoire, 78; de l'appareil digestif, 49; de l'appareil génito-urinaire, 27; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 10. — Morts violentes, 26. — Causes non classées, 6. — Total : 1424.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Des applications nouvelles à la thérapeutique pendant l'année 1883, par M. le docteur Duchesne, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8. O. Doin. 1 fr.

Choléra, moyen d'en arrêter la propagation et d'en préserver les cités et les individus sans apporter aucune entrave aux relations internationales, par M. Girard de Caudemberg, avec une préface par M. le docteur Charles de Caudemberg. In-8 de 38 pages. Paris, O. Doin. 1 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 27 novembre 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : ÉLECTIONS. — ÉPIDÉMIES DE 1883. — DE LA PARALDÉHYDE : SES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET SON EMPLOI EN THÉRAPEUTIQUE.

Académie de médecine : Élections. — Épidémies de 1883.

La séance a été en grande partie occupée par deux élections qui ont eu l'une et l'autre la bonne fortune, très prévue d'ailleurs, d'être faites à la presque unanimité des voix. M. Bergeron remplace, avec 73 suffrages sur 79 votants, le regretté Fauvel comme vice-président, et M. Charpentier est élu par 76 voix contre 3 membre titulaire dans la section d'accouchements. Le nouveau vice-président a remercié aussitôt l'Académie en des termes pleins de sentiment et de distinction, qui ont enlevé les applaudissements, et il a pris place au bureau sur une invitation très flatteuse du président sortant.

La fin de la séance a été remplie par la lecture de la dernière partie du rapport de M. Féréol sur les épidémies qui ont eu lieu en 1883. L'Académie a prêté une attention exceptionnelle à ce rapport, très bien rédigé et portant l'empreinte d'un esprit sagace et judicieux.

De la paraldéhyde : ses effets physiologiques et son emploi en thérapeutique (1).

(Fin. — Voyez le n° 46.)

III. — ANTAGONISME DE LA PARALDÉHYDE ET DE LA STRYCHNINE.

La constatation des propriétés hypnotiques et sédatives de la paraldéhyde a conduit Cervello à découvrir la propriété que présente la paraldéhyde d'empêcher ou de diminuer les convulsions qui caractérisent l'empoisonnement par la strychnine et que l'on désigne en physiologie sous le nom de

(1) ERRATUM. — Dans l'article précédent (n° 46), page 752, 2e colonne, ligne 33, remplacer les mots « et même la disparition » par les suivants « et aussitôt après la mort, dans le sang veineux, la disparition », et ligne 37, remplacer les mots « oxygénation de l'hémoglobine » par le mot « oxyhémoglobine ». (A. H.)

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Un nouveau professeur extraordinaire à l'Université de Berlin. — Titre et travaux scientifiques du docteur Schweinnger. — La masseuse de S. M. l'impératrice Augusta. — La suite d'une annotation malheureuse. — Procès en falsifications. — Le vin d'Espagne et le lait devant les tribunaux allemands.

Les forces mystérieuses ou magiques de la nature seraient-elles en voie de regagner le terrain qu'elles ont perdu? Certains signes de notre époque tendraient à le faire croire. De tous les tissus de l'économie il n'y en avait pas un seul qui possédât la *vis magica* du tissu adipeux. Un sorcier qui voulait exercer honorablement son art, un guérisseur secret devait avoir dans une armoire fermée à triple verrou, une collection des graisses de tous les animaux connus. La graisse d'ours et la graisse humaine surtout étaient excellentes; elles pouvaient guérir les rhumatismes, attirer tous les poissons d'un étang dans le filet du pêcheur, donner la seconde vue et décupler la force musculaire. Cette propriété paraît absolument réelle; c'est grâce à elle qu'un médecin de Munich, le docteur Schweinnger, a pu forcer les portes d'un établissement jusque-là fermées à tous ceux que ses gardiens ne jugeaient pas dignes d'y entrer, l'Université de Berlin. Il y a eu des résistances, des démarches officielles et officieuses; la presse politique de presque tous les pays de l'Europe a été peu tendre pour le candidat, il a triomphé de tout. Question de tissu adipeux. Le docteur Schweinnger avait assez de succès en Bavière dans le traitement de l'obésité pour que le bruit de ses cures arrivât jusqu'aux oreilles du chancelier. Le prince se mit entre les mains du spécialiste et le spécialiste remplit si bien son rôle, que son noble client, voulant à toute force le garder près de lui, lui octroya la chaire de professeur extraordinaire de dermatologie avec un service de clinique à l'hôpital de la Cha-

« strychnisme »; les expériences de Mering, de Dujardin-Beaumetz et de Coudray ont confirmé la constance de ces effets de la paraldéhyde, qui offrent un grand intérêt au point de vue de l'étude physiologique de l'antagonisme en général. J'ai été moi-même amené à rechercher si ce phénomène d'antagonisme ne se retrouverait pas pour d'autres substances, et une première expérience faite avec le nitrite de sodium et la paraldéhyde injectés sous la peau simultanément, avait donné ce résultat qu'un lapin soumis à l'influence de la paraldéhyde avait résisté à une dose toxique de nitrite de sodium, et n'avait pas présenté dans le sang les trois bandes de la méthémoglobine caractéristiques de l'absorption du nitrite de sodium.

Dans ce fait l'absorption, ou, si l'on préfère, la pénétration du nitrite de sodium dans le sang a été empêchée par l'action antérieure de la paraldéhyde qui avait déterminé une diminution considérable dans les phénomènes d'échanges des tissus sous-cutanés, et je n'ai jamais eu la pensée d'en conclure à un antagonisme réel ou d'ordre chimique entre la paraldéhyde et le nitrite de sodium. J'ai d'ailleurs rappelé dans ma communication à la Société de biologie que, dans cinq autres expériences, je n'ai pu reproduire ce même phénomène.

IV. — Effets sur l'organisme humain.

L'action de la paraldéhyde chez l'homme a été étudiée dans plusieurs centaines de cas divers, par Cervello, Albertoni, Morselli, Berger, Guyl, Brown, Dujardin-Beaumetz, Masius, Peretti, Huchard, Constantin Paul, Coudray et Nercam, et malgré certaines divergences concernant l'action produite sur la respiration, la tension vasculaire et d'autres symptômes secondaires (variations qui peuvent s'expliquer par l'état morbide du sujet observé ou par les conditions du mode d'administration) on peut considérer l'action hypnotique et sédative de la paraldéhyde comme démontrée, et pouvant être produite presque constamment chez l'homme. Après l'ingestion de quelques grammes de paraldéhyde, le sommeil se produit au bout d'un temps ordinairement court (de dix minutes à une demi-heure); il s'accompagne de ralentissement de la respiration, d'abaissement de température; il est léger, c'est-à-dire que les activités sensorielles sont conservées. Le malade peut être réveillé par les bruits, la lumière vive et la pression des poignets; mais s'il est laissé dans l'obscurité et l'isolement, il présente un sommeil calme, sans rêvasseries, dans les périodes d'agitation qui précèdent ou accompagnent le sommeil produit par le chloral ou l'opium; le réveil arrive naturellement et est comparable au réveil physiologique. En définitive le sommeil par la paraldéhyde se rapproche singulièrement du sommeil normal; néanmoins un examen plus approfondi démontre des effets caractéristiques : l'action dépressive du système nerveux produit ses effets principaux sur la motilité; à la paresse intellectuelle, à la diminution de l'action psychique correspond une parésie musculaire; les paupières alourdies s'abaissent; la tête se penche; la marche, incertaine d'abord, s'arrête bientôt; en même temps la sensibilité s'émousse. Cependant l'anesthésie et l'analgésie ne sauraient être complètes que si la dose est exagérée, et par conséquent dangereuse; enfin les réflexes sont conservés; ils peuvent diminuer et même disparaître; mais ce résultat n'est ordinairement pas obtenu avec les doses simplement thérapeutiques. Ajoutons que la respiration peut se ralentir notablement, qu'il peut survenir des lipothymies et un affaiblissement des pulsations cardiaques avec les doses fortes, et nous aurons reproduit les principaux faits de l'action de la paraldéhyde.

V. — Indications thérapeutiques.

Au point de vue des applications thérapeutiques il faut donc considérer la paraldéhyde comme hypnotique et sédative, d'une action puissante sinon tout à fait certaine; mais il ne faut pas en faire un agent d'anesthésie générale. Les indications de son emploi sont toutes tracées par l'expérience clinique. En effet, c'est principalement contre l'agitation ou l'insomnie dans les différentes formes d'aliénation mentale que son efficacité a été démontrée, et Nercam a bien fait ressortir la conclusion résultant des recherches si nombreuses de Cervello, Morselli, Guyl, Langreuter, à savoir que la paraldéhyde doit être appliquée aux symptômes insomnie et agitation plutôt qu'à l'une des formes de l'aliénation. C'est ainsi que s'élargit le champ des applications et qu'il peut comprendre les névroses, telles que l'hystérie, l'épilepsie, l'épilepsie jacksonienne. Dans certaines intoxications, la paraldéhyde a produit de bons résultats : par exemple, dans le delirium tremens, dans l'intoxication morphinique chronique, et l'on est autorisé à en trouver l'indication précise, nous pourrions presque dire nécessaire, dans l'empoisonnement par la strychnine. Si nous ajoutons la chorée, le tétanos, l'angine de poitrine, la migraine, nous n'aurons pas complété l'énumération des circonstances qui peuvent autoriser l'emploi de la paraldéhyde, en utilisant ses propriétés amyo-

---

rité; la Faculté protesta. Sans doute un service rendu au prince de Bismarck prend dans toute l'Allemagne l'importance d'une action d'éclat, créant un titre à la reconnaissance publique. Mais donne-t-il l'aptitude professorale? C'est au moins douteux; il faudrait pour que la nomination fût inattaquable, que le candidat eût au moins prouvé par des travaux antérieurs qu'il est en état de s'acquitter de ses fonctions. On fit une enquête; on alla aux informations à Munich; la chronique scandaleuse s'en mêla. L'aptitude que M. Schweinnger avait surtout montrée, c'était une aptitude théâtrale si vivace, qu'il avait une fois, dit-on, joué *Roméo et Juliette* au clair de la lune dans un cimetière avec la femme d'un de ses collègues. Le tribunal correctionnel eut la mauvaise grâce d'intervenir; M. Schweinnger fit observer que le moment et le lieu étaient tout à fait appropriés au sujet; qu'il était impossible de trouver un meilleur cadre pour un drame shakespearien agrémenté de variantes. Les magistrats ne voulurent point entrer dans cet ordre d'idées; ils déclarèrent tout net au pauvre Roméo que la loi ne permettait pas de changer la destination d'un champ de repos, et le condamnèrent. On n'eut garde, quand on sut la chose, de la tenir secrète; au contraire, les professeurs firent si bien valoir l'argument juridique; leur futur collègue fut malmené si souvent et de tant de façons, qu'il essaya de couper court à tout en envoyant des témoins au plus acharné de ses adversaires, le professeur Dubois-Raymond. M. Dubois-Raymond répondit qu'il était trop vieux pour se battre, mais que, fût-il plus jeune, il n'accepterait pour adversaires que des gens dont le casier judiciaire serait immaculé; la réponse était dure. Beaucoup, en présence d'une antipathie aussi universelle, auraient abandonné la partie. M. Schweinnger ne se découragea pas; il avait confiance en son talisman et il voulait sa chaire. Il l'a eue. Les journaux professionnels, sans apporter dans cette question la vivacité des journaux politiques, ont été unanimes à blâmer la nomination. « Elle modifie essentiellement, dit M. Ewald, la valeur de l'extra-

sthéniques, antispasmodiques et même antithermiques, et l'on comprendra ainsi l'enthousiasme des promoteurs de ce médicament.

Pour établir un jugement impartial, il faut montrer les inconvénients et même les contre-indications de l'emploi de la paraldéhyde. Nous avons dit que l'on ne doit pas rechercher la dose anesthésique parce que les réflexes peuvent être conservés. Il en est de même pour l'action sur la respiration et l'hématose, sur la circulation et la température. Par conséquent dans les cas où la dyspnée, la gêne circulatoire, les troubles de nutrition profonds, tels que la cyanose, sont prononcés, il y a contre-indication.

L'accoutumance rapide de l'organisme humain à l'action de la paraldéhyde est une cause d'infériorité de cet hypnotique que l'on peut pallier par une élévation progressive des doses et par l'alternance de son emploi avec celui d'autres hypnotiques ou sédatifs. L'odeur d'aldéhyde exhalée par le malade est un inconvénient secondaire, qui pourra avoir comme résultat d'empêcher l'abus de cet agent, dont le goût âcre, désagréable, peut toutefois être masqué par certains véhicules; c'est pourquoi il y a intérêt à bien connaître le mode d'administration le plus favorable.

Cervello et les auteurs allemands, Dujardin-Beaumetz, Yvon, Nercam, ont publié des formules nombreuses que l'on pourra consulter dans l'article du *Dictionnaire encyclopédique* d'Eloy, et que nous ne reproduisons pas ici, nous contentant de quelques citations.

La dose moyenne nécessaire pour produire le sommeil est de 4 grammes, qu'on peut administrer en une seule fois; on peut commencer par 2 grammes et augmenter rapidement jusqu'à 6 grammes; mais on ne dépassera ce chiffre qu'avec prudence. La voie rectale peut être employée; les injections hypodermiques ont été essayées avec succès par Keraval et Nercam, mais elles sont très douloureuses, de sorte que leur application sera restreinte.

Parmi les formules qui nous semblent les plus pratiques, nous citerons les suivantes.

En solution hydro-alcoolique (Yvon).

Paraldéhyde..................	10	grammes.
Alcool à 90°...................	20	—
Eau bouillie..................	20	—

Une cuillerée à café représente 1 gramme de paraldéhyde et on l'administre dans une infusion ou même dans du sirop.

En potion (Keraval, Nercam).

Paraldéhyde..................	4	grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères.	60	—
Eau bouillie..................	60	—

A prendre en une seule fois.

En lavement (Keraval, Nercam).

Paraldéhyde..................	2	grammes.
Jaune d'œuf n° 1.............		
Eau de guimauve.............	120	—

Enfin en injection hypodermique (Keraval, Nercam), solution avec :

Paraldéhyde..................	5	grammes.
Eau distillée de laurier-cerise...	5	—
Eau distillée..................	15	—

Chaque gramme de cette solution contient 20 centigrammes de paraldéhyde.

Ajoutons, pour terminer, qu'il faut donner la préférence à la paraldéhyde cristallisable, qui se prend en cristaux à une température voisine de 10 à 12 degrés, que l'on peut se procurer facilement à Paris.

A. Hénocque.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

De l'emploi des hippurates en médecine, par M. le docteur V. Poulet, de Plancher-les-Mines (Haute-Saône).

(Fin. — Voyez les nos 46 et 47.)

§ 4. — Affections diverses du tube digestif.

Ici se rangent des maladies aphtheuses, des desquamations épithéliales marginées chroniques de la langue, qui font quelquefois le désespoir des malades et du médecin, des dyspepsies par vice de sécrétion, des gastrites chroniques, ulcéreuses ou non, des entérites aiguës ou chroniques, chez l'enfant et même chez l'adulte.

Obs. XII. — *Stomatite desquamative marginée chronique. Diarrhée. Guérison par le sirop d'hippurate de chaux.* — Georges G..., âgé de trois ans, lymphatique, est sujet à de fréquentes irritations gastro-intestinales, accompagnées d'éruptions miliaires à l'épigastre et sur le reste du tronc. Il a habituellement la langue couverte de plaques rouges séparées par des îlots irréguliers plus ou moins étendus et chargés d'un enduit

---

ordinariat donné jusqu'ici comme une récompense à ceux qui avaient fait faire des progrès sérieux à la science. Il y avait bien des moyens de témoigner sa reconnaissance à un praticien pour un traitement heureux et de fixer le docteur Schweinnger à Berlin, sans nuire à la considération de tout un corps savant. La place qu'il a obtenue à la Charité fait partie de l'enseignement. La haute estime dont cet institut jouit bien au delà des limites de l'Allemagne, tient pour beaucoup à ce que les médecins-directeurs étaient toujours des hommes remarquables par leurs connaissances dans leur spécialité. La meilleure preuve en est fournie par l'histoire même de la Charité; sans apporter de raisons d'ordre extra-professionnel, nous pouvons dire que la fondation d'une clinique des maladies cutanées, dans laquelle on appliquera exclusivement la méthode Schweinnger, ne nous paraît vraiment pas répondre à un besoin scientifique.

» Grâce aux travaux d'un certain nombre de spécialistes distingués, la dermatologie est devenue depuis quelques années une des branches les plus importantes de la médecine, une de celles qui demandent peut-être le plus d'expérience pratique. Pour l'exercer, il faut des connaissances techniques que donne seule la longue fréquentation d'une clinique. Un individu qui, sans les avoir, devient du jour au lendemain professeur, commence nécessairement à s'acquitter de ses fonctions aux dépens des malades, des étudiants et de la considération de l'Université. »

Pour peu que l'on continue dans la voie dont cette nomination est la première étape, il est probable qu'on verra dans l'avenir de bien curieuses choses. Si l'on fait un professeur extraordinaire de celui qui a traité avec succès l'obésité du prince de Bismarck: si M. Schweinnger devient, sans titre, sans travaux, le collègue de MM. Virchow, Dubois-Raymond, etc., que fera-t-on d'une personne qui aura rendu un service aussi sérieux peut-être à l'Impératrice? Or cette personne existe : il y a quelques années, Sa Majesté se fit une fracture du fémur, suivie d'accidents qui rendent encore

saburral. Cette affection a été combattue en vain par divers moyens appropriés, généraux et locaux. Seul l'acide borique a paru exercer, sur l'état de la langue, une influence favorable, mais jamais décisive. Depuis plusieurs jours, il est survenu de nouveau une diarrhée glaireuse et de la toux.

2 mai 1883. Contre cette maladie tenace, je prescris le sirop d'hippurate de chaux à l'exclusion de tout autre médicament.

Sous l'influence de cet agent, non seulement la diarrhée disparut sans retour, mais encore l'exfoliation de la langue s'éteignit et, en quelques jours, cet organe reprit son aspect normal. Il suffit de continuer pendant environ deux mois l'usage du même remède, pour assurer une guérison définitive.

Obs. XIII. — *Dyspepsie chronique avec apparence cachectique. Soulagement marqué par le sirop d'hippurate de chaux.* — Mlle Zoé G..., âgée de trente-huit ans, habituellement bien réglée, atteinte naguère de chlorose, n'a pas cessé de souffrir, depuis plusieurs années, de phénomènes dyspepsiques, accompagnés de faiblesse générale. Son teint est terreux, comme plombé, d'apparence cachectique. La coloration jaune de ses dents dénote une altération profonde des liquides nourriciers. La malade est incapable de s'adonner à aucun travail; souvent elle ne peut même pas se livrer à l'exercice salutaire de la promenade. L'hiver dernier, il est survenu des symptômes de congestion pulmonaire à droite, avec mouvements fébriles et sueurs nocturnes. Il est vrai qu'un traitement approprié a fait justice de ces accidents redoutables, mais l'état général ne s'est guère amendé. Les digestions sont restées pénibles et laborieuses. L'anorexie, l'insomnie, l'abattement lui rendent l'existence à charge. On a épuisé contre cette affection la série des agents eupeptiques, corroborants, voire même antispasmodiques. On a eu recours aux eaux thermales, à l'hydrothérapie. Tout en vain. Après une amélioration éphémère, la malade retombait invariablement dans l'état antérieur.

Juin 1882. C'est dans ces conjonctures que fut prescrit le sirop d'hippurate de chaux. L'effet en fut tout à fait surprenant. Les douleurs disparurent ainsi que la pesanteur à l'estomac, la lassitude générale et la mélancolie. Jamais remède n'avait fait autant de bien à la malade, aussi se plaisait-elle à en exalter les mérites. On le lui continua pendant six semaines avec le même succès; après quoi on l'envoya à Luxeuil pour compléter la cure si bien commencée.

Obs. XIV. — *Diarrhée compliquée d'œdème général chez un enfant. Guérison rapide par le sirop d'hippurate de chaux.* — Marie Lémonnier, âgée de cinq ans, d'un tempérament lymphatique, est atteinte depuis quinze jours de diarrhée intense avec œdème général. Le cœur est exempt d'altérations; il n'y a pas d'albumine dans l'urine.

16 décembre 1882. Le traitement est commencé par l'administration du calomel à dose purgative. Le sous-nitrate de bismuth lui succède, sans résultat avantageux. Les premières doses en sont vomies immédiatement, et la maladie ne fait qu'empirer. Dix selles par jour, quatre de nuit, coliques, inappétence absolue, et par suite alimentation presque nulle; langue sèche et saburrale, refroidissement des extrémités œdématiées, commencement d'ascite, pâleur des téguments, insomnie complète, tel est le tableau symptomatique qui traduit un état certainement fort alarmant.

Le dix-huitième jour de la maladie, je n'hésite pas à recourir à l'hippurate de chaux, qui déjà m'a rendu de grands services dans des cas semblables. Dès les premières doses, un mieux sensible se manifeste et au bout de peu de jours le mal est enrayé. On voit disparaître l'anasarque en même temps que la diarrhée dont elle était sans doute une conséquence et, le vingt-quatrième jour de la maladie, sixième jour du traitement, la petite malade entre en franche convalescence.

Obs. XV. — *Diarrhée avec convulsions chez un enfant du premier âge. Bromure de potassium et hippurate de chaux. Guérison.* — Berthe Lamboley, âgée de trois mois, jumelle, allaitée par sa mère, concurremment avec sa sœur, est prise, le 14 février 1883, de diarrhée intense avec convulsions répétées. Une issue funeste paraît imminente. On lui badigeonne le ventre et le front avec du collodion élastique; on lui fait prendre quelques cuillerées de sirop de bromure de potassium. Les attaques convulsives deviennent plus distancées, mais la diarrhée persiste et constitue un danger redoutable. Je prescris sans retard le sirop d'hippurate de chaux à la dose de trois cuillerées à café par jour.

Il s'était à peine écoulé une semaine que la petite malade paraissait assez bien rétablie pour qu'il ne fût plus possible de distinguer celle des deux jumelles qui avait failli perdre la vie.

Quand, chez les enfants du premier âge, il survient des vomissements en coïncidence avec la diarrhée, je me trouve bien de commencer le traitement par l'administration de l'oxalate de cérium. C'est seulement le lendemain, lorsque les vomissements sont à peu près calmés, que je recours à l'action bienfaisante de l'hippurate de chaux.

Obs. XVI. — *Glossite exfoliatrice marginée chronique. Granulation du col utérin et leucorrhée. Guérison par l'hippurate de chaux.* — Mme Eugénie H..., âgée de vingt-six ans, grande, élancée, molle, a nourri pendant quatorze mois. Depuis le sevrage, il y a plus de six mois, elle n'a cessé de se plaindre de malaises variés, qui paraissent être sous la dépendance d'une double affection muqueuse : une glossite exfoliatrice marginée et des granulations du museau de tanche. Son médecin traitant a opposé en vain une médication générale et locale des plus rationnelles. La malade souffre et maigrit, en même temps qu'elle offre les signes d'une anémie profonde.

Le 20 août 1883, je lui prescris le sirop d'hippurate de chaux et des injections vaginales d'eau blanche. Au bout d'une quinzaine de jours, elle me déclare qu'elle va très bien, qu'elle ne sait comment m'exprimer sa satisfaction, et elle demande à continuer son traitement afin d'éviter une rechute.

Si je me suis arrêté à un petit nombre d'observations, je le répète, j'aurais pu les multiplier, et cela dans chaque catégorie de faits. Ainsi j'ai, dans mes notes, les observations de vingt cas de maladies diverses de la peau : impetigo, eczéma, lichen, prurigo, peliosis rheumatica, lupus lichénoïde, la plupart très chroniques, six cas de cystite subaiguë, deux cas d'engorgement du foie, trois cas de cirrhose commençante et une multitude de cas d'affection gastro-intestinales, traités avec succès par le sirop d'hippurate de chaux,

---

aujourd'hui la marche difficile. La *vox populi* célébrait depuis longtemps les hauts faits d'une masseuse de Saxe ou de Silésie; elle aurait accompli de véritables prodiges dans des cas regardés comme incurables. Les souverains, qui n'entendent pas toujours la voix du peuple dans les choses de la politique, n'ont pas pour elle le même dédain lorsqu'il s'agit de leur santé. La masseuse fut donc appelée à Berlin. Son auguste cliente a été si contente de ses soins, qu'elle se l'est attachée. Il est fâcheux que jusqu'à présent les Facultés allemandes aient été fermées aux femmes : car probablement un jour ou l'autre on apprendrait la nomination de cette praticienne à une chaire extraordinaire.

— Les journaux médicaux des deux derniers mois sont remplis de relations de procès, d'affaires toutes plus embrouillées les unes que les autres; responsabilité professionnelle; falsifications : il y a eu expertises, contre-expertises, appels, etc.

Voici, par exemple, une cause plaidée en première instance devant le tribunal échevinal de Sœst, qui eût pu faire le pendant de l'affaire Jarndyce contre Jarndyce de Dickens, et occuper plusieurs générations si le plaignant n'eût en fin de compte renoncé à faire valoir ses droits et payé les frais. Un employé de chemin de fer met à son repas du soir un litre de vieille bière dans de la soupe au lait. Ce mets singulier produisit une indigestion si formidable, qu'il dut garder la chambre plusieurs jours et appeler un médecin. Celui de la Compagnie, qui vint un peu plus tard pour constater la maladie, écrivit dans la colonne de diagnostic de la feuille de service : « catarrhe gastrique »; malheureusement il ajouta entre parenthèses et d'une écriture plus fine : « Jammer ». C'est là un mot à double entente, une particule qu'on emploie rarement seule en pareille circonstance. L'administration supposa que c'était une abréviation polie de Katzenjammer, expression beaucoup moins parlementaire et qui répond assez bien à ce qu'on appelle en

pendant les trois dernières années. Je suis convaincu que l'introduction de ce nouvel agent dans la matière médicale est une des plus précieuses conquêtes de la thérapeutique, tant les succès qu'il procure sont nombreux et remarquables. Cette conviction ne tardera pas à être partagée par tous les praticiens qui voudront bien me suivre dans la voie que j'ai ouverte.

Que devient l'acide hippurique ingéré dans l'estomac?

D'après trois analyses que j'ai pratiquées chez des malades dont l'urine, anormalement alcaline, ne contenait pas trace d'acide hippurique avant le traitement, je suis porté à croire qu'il est expulsé en nature, au moins en partie, par les urines.

L'acide hippurique combiné avec la chaux s'est montré efficace dans des maladies très diverses.

Dans le paragraphe premier, j'ai relaté une observation très concluante de phosphaturie, rapidement améliorée par l'hippurate de chaux, et plusieurs observations de cystites avec urines alcalines et muqueuses, également guéries par le même agent, auquel j'ai associé quelquefois, au début du traitement, l'administration de la poudre de jusquiame. Evidemment, ce dernier médicament n'avait d'autre but que de calmer le ténesme vésical plus ou moins insupportable, et la part la plus importante du succès revient, à coup sûr, à l'hippurate de chaux, dont le premier effet est de rendre à l'urine sa réaction normale.

C'est un excellent antiscrofuleux. Il a triomphé rapidement d'une ophthalmie scrofuleuse, emportant en même temps la photophobie qui la compliquait.

La diathèse hémorrhagique de la maladie de Werlhof a été combattue avec non moins de bonheur par le même remède, après l'insuccès d'un grand nombre de médications.

Le paragraphe 2 renferme les applications de l'hippurate de chaux aux maladies du foie.

Le cas le plus remarquable peut-être dont j'ai été témoin, est celui d'une cirrhose commençante avec excrétion d'une quantité insolite d'acide urique dans l'urine. Sans doute, ceux qui regardent la cirrhose comme absolument incurable, ne manqueront pas de contester la valeur du diagnostic. Cependant on ne saurait nier la possibilité de la guérison de la cirrhose alcoolique, au début, par le seul changement de régime. Il n'est pas un médecin qui n'en ait observé des exemples indiscutables. Je connais un client dont la cirrhose hypertrophique du foie a été diagnostiquée il y a trois ans, par un professeur de la Faculté de Paris et qui, depuis dix-huit mois, est entièrement débarrassé de sa tumeur hépatique et des symptômes très alarmants qu'elle occasionnait. Quand, au changement d'habitude, qui est la condition *sine quâ non* de la réussite, vient se joindre un traitement convenable, pourquoi donc ne pas admettre les chances d'une résolution, pourvu que le mal n'ait pas encore entraîné des lésions organiques absolument incurables?

Dans ces cas, les caractères fournis par l'examen de l'urine m'ont paru d'une importance capitale.

Ce liquide, très foncé en couleur, s'éclaircit par l'addition de quelques gouttes d'acide nitrique et en même temps se manifeste une effervescence assez vive et d'assez longue durée. L'acide sulfurique et l'acide chlorhydrique ne produisent rien de semblable. J'ai insisté sur les caractères qui différencient une telle effervescence, due à la présence d'un excès d'acide urique ou d'urates, de celle qui résulte de l'hippurie ou de l'ammoniémie.

Je ne sache pas que ce caractère ait été encore signalé, ou, s'il l'a été, qu'on y ait attaché toute l'importance qu'il mérite.

L'hippurate de chaux réussit admirablement à faire disparaître la coloration rouge safrané de l'urine et l'uratémie, et c'est pourquoi il triomphe aussi des accès de goutte chronique.

Il faut que l'uratémie soit un phénomène bien important, et, en quelque sorte, primordial, dans les cas que j'envisage, car à peine a-t-elle été modifiée, que le processus morbide s'amende simultanément; la dyspepsie cède la première; l'appétit renaît ou devient plus vif, et en tous cas, une bonne digestion réalise une bonne nutrition, qui engendre à son tour une augmentation rapide des forces. Dès lors le malade dépouille l'inquiétude et la tristesse et semble entrer dans une ère toute nouvelle. Telle est la transformation radicale due, en peu de semaines, à l'usage de l'hippurate de chaux.

J'ai administré aussi avec succès le même hippurate dans un cas de gravelle urique. Dans un autre cas de la même affection, j'ai eu recours très avantageusement à l'hippurate double de chaux et de lithine. Pour mettre les praticiens à même de préparer l'hippurate de lithine, je crois utile de publier la formule suivante :

℞ Carbonate de lithine.........	8	grammes.
Acide hippurique...........	35	—
Eau tiède....................	1000	—
Sucre.........................	1200	—

Faites réagir l'acide hippurique sur le carbonate à l'aide d'un peu d'eau tiède, de façon à conserver une réaction alcaline. Ajoutez ensuite le reste de l'eau et mettez avec le sucre sur un feu doux. Chaque cuillerée de sirop renferme 25 centigrammes de sel, quantité dans laquelle il n'entre pas plus de 3 centigrammes de base.

L'hippurate de chaux est le meilleur antidote que l'on puisse opposer à l'empoisonnement par l'acide phénique. Il y a longtemps qu'on a proposé dans le même cas l'administration du saccharate de chaux. J'ai dit les raisons qui doivent faire préférer habituellement l'hippurate au saccharate calcique.

France, en langage populaire, le « mal aux cheveux ». En conséquence, le pauvre diable fut frappé d'une amende de 9 marcs pour avoir eu mal aux cheveux sans la permission de ses supérieurs. Il s'empressa d'intenter une action au médecin dont la malencontreuse réflexion lui avait valu ce désagrément. Le tribunal de Sœst se déclare incompétent; l'employé porte l'affaire devant la juridiction correctionnelle ; le médecin est acquitté. Une instance en revision est introduite ; la sentence est cassée et les parties sont renvoyées devant les premiers juges. La mort du médecin a mis fin à cette affaire et le demandeur en a été pour les frais. Aussi quelle idée avait-il eue de mettre de la bière dans de la soupe au lait? Un pareil barbarisme culinaire n'a vraiment pas été payé trop cher d'une indigestion de trois jours et d'une amende de 9 marcs.

— A Wiesbaden on poursuit un négociant en vins d'Espagne pour falsification. Le docteur Schmitt chargé de la vérification avait trouvé 0,187 d'acide sulfurique par litre ; d'après lui, la moitié seulement pouvait être nuisible. Cette opinion fut confirmée par le docteur Pfeiffer. De telles boissons, disait-il, produisent à peu près sûrement du catarrhe de l'estomac. Le professeur Fresenius fit remarquer qu'on trouvait dans presque tous les vins du Midi, dans le sherry en particulier, une dose aussi élevée d'acide sulfurique. Sa présence s'explique par les procédés de plâtrage usités dans la plupart des pays méridionaux. On demanda à une commission formée de membres du conseil d'hygiène de l'empire s'il ne serait pas utile d'en interdire l'importation. Elle répondit que s'il en était ainsi, il faudrait saisir la plus grande partie du sherry livré actuellement au commerce; la poursuite s'est terminée par le renvoi du négociant des fins de la plainte sans dépens.

A Breslau une laitière est poursuivie pour addition d'eau au liquide qu'elle débite; elle répond qu'elle le revend comme elle l'achète, à titre de lait doux ou de lait écrémé,

Le goitre étant certainement une manifestation lymphatique, il n'est pas étonnant que l'hippurate de chaux le combatte efficacement. Un ingénieur des Hautes-Pyrénées m'a affirmé que, dans des localités où le goitre est endémique et très général, tous les ouvriers, sans exception, qui manient la chaux vive, soit qu'ils la défournent, soit qu'ils la chargent sur les voitures, ou la déchargent, sont exempts de cette hideuse infirmité.

Il n'est pas de médicament aussi actif contre les maladies lymphatiques de la peau, telles que les croûtes laiteuses des enfants du premier âge, l'impétigo, le prurigo chronique du second âge, et en général contre les exanthèmes de même caractère chez les adultes et contre la couperose. J'ai en ce moment en traitement un lupus avec hypertrophie (*lupus non exedens* de Rayer), étendu à tout le côté gauche de la face, datant de plus de vingt ans, et qui avait résisté à toutes les tentatives de traitement général ou local. Après trois mois de l'usage du sirop d'hippurate de chaux, aidé d'onctions avec l'huile de cade, la maladie est à peu près éteinte. Seulement la joue est devenue le siège d'une simple balafre, analogue à la cicatrice d'une brûlure.

Il faut encore enregistrer l'action très puissante de ce précieux médicament contre les affections dartreuses. Dans deux cas de dartre héréditaire, dans lesquels l'arsenic, qui pourtant est regardé, non sans raison, comme un spécifique de la dartre, n'avait produit qu'une amélioration imparfaite et momentanée, l'hippurate de chaux, administré contre la récidive, a manifesté des effets plus prompts et surtout plus complets. Sans doute, il agit ici en combattant victorieusement la diathèse urique, qui est l'origine d'une multitude d'affections dartreuses.

J'ai enfin administré, avec grand succès, l'hippurate calcique contre plusieurs maladies du tube digestif, depuis la desquamation épithéliale marginée de la langue jusqu'à la diarrhée séreuse ou glaireuse. Dans un cas, l'anasarque qui compliquait l'entérite a été emportée du même coup, de même que, dans les maladies du foie, on voit disparaître l'ascite qui les accompagne, sous l'heureuse influence de la modification que le traitement engendre dans l'état de la glande hépatique.

Le traitement par l'hippurate de chaux est très efficace contre la diarrhée des enfants du premier âge. Quand le flux intestinal est accompagné de vomissements, j'ai l'habitude de commencer par l'oxalate de cérium.

Dans le carreau, toutefois, l'hippurate de chaux ne réussit pas mieux que les autres traitements. Le spécifique du tubercule est encore à trouver.

Outre l'hippurate de chaux et celui de lithine, j'ai employé avec grand avantage l'hippurate de fer contre l'anémie chlorotique, dans un cas où les autres ferrugineux étaient fort mal supportés. Je dois dire, en passant, qu'il importe d'enrober les pilules d'hippurate de fer, qui, sans cela, s'altèrent facilement au contact de l'air, par suite de la peroxydation du métal.

Enfin, j'ai à signaler l'essai que j'ai fait, avec bonheur, de l'acide hippurique associé à la pepsine dans certaines dyspepsies stomacales, greffées ou non sur une maladie organique.

Mais, de toutes les préparations où entre l'acide hippurique, l'expérience acquise jusqu'aujourd'hui autorise à répéter que la combinaison avec la chaux est de beaucoup la plus précieuse et la plus efficace. Je lui dois tant et de si beaux succès, que je ne doute pas qu'elle ne soit considérée plus tard comme un des meilleurs et des plus sûrs agents dont le médecin puisse disposer.

Thérapeutique expérimentale.

Contribution a l'étude de l'action physiologique du chlorhydrate de cocaïne, par M. le docteur Louis Vacher (d'Orléans).

Depuis la communication du docteur Koller à la Faculté de médecine de Vienne, dans la première quinzaine du mois dernier, et la discussion qui s'en est suivie, l'étude de la cocaïne est à l'ordre du jour. Son action sur les muqueuses pharyngée et laryngée était utilisée déjà depuis plusieurs années pour permettre soit l'exploration, soit la cautérisation profonde de ces organes, avec diminution presque complète des réflexes de la sensibilité et par contre grande liberté d'action de l'opérateur.

Les principaux ophthalmologistes français, pour ne pas dire tous ceux qui ont pu se procurer immédiatement cet alcaloïde, dont le prix égale la rareté, font une foule d'expériences pour arriver à déterminer d'une façon précise quand et comment on doit l'employer, et quels avantages tout praticien peut être sûr d'en retirer.

Voici le résultat de mes propres observations, commencées à la même époque, et qui viennent confirmer complètement celles déjà publiées sur ce sujet.

Je me suis servi de solutions à plusieurs titres, 1/10e, 1/20e, 1/60e, 1/100e, en instillation et en injections hypodermiques. L'action de la cocaïne me paraît absolument subordonnée à la quantité absorbée et à la manière dont on l'emploie, instillations ou injections. Cette action se produit rapidement (deux à trois minutes pour être complète), et dure peu (dix à quinze minutes). La mydriase qui accompagne son administration est variable, selon les sujets, comme rapidité, intensité et durée. Si donc on emploie une solution à 1/100e ou 1/60e,

---

puis adresse une demande réconventionnelle à son fournisseur. L'enquête ne fut pas à son avantage : elle fut condamnée à trois jours de prison et cinquante marcs d'amende. Cette sentence n'a point été confirmée purement et simplement en appel. Le procès avait été intenté à la suite d'une constatation faite au lactomètre ; les lactomètres officiels allemands sont des densimètres ; la pureté du lait est appréciée d'après son poids spécifique. Selon le professeur Gscheidlen, le lait renferme, à l'état normal, 8 pour 100 de substances solides, dont 1/4 de matières grasses ; son poids spécifique est 1025 ; dans le lait écrémé non falsifié on trouve 9 pour 100 de substances solides. Sa densité est 1031. Celle du lait saisi permettait de supposer qu'il avait été additionné de 1/3 d'eau. Le rapport d'un nouvel expert, M. Halo, a remis tout en cause. En voici à peu près la teneur :

Certains laits écrémés, non falsifiés, renferment seulement 7,5 pour 100 de substances solides, 0,50 de matières grasses ; il est donc impossible de rien conclure du poids spécifique. Pour être sûrement renseigné dans le cas actuel, il faut faire plusieurs recherches sur le lait livré par le propriétaire : il peut subir une altération pendant le transport, l'alimentation des vaches par des fourrages ou des graines peu riches en principes nutritifs est capable de modifier en très peu de temps sa composition. La cour a vu là une question d'intérêt public assez sérieuse, pour qu'elle s'entourât de toutes les garanties avant de prononcer son jugement ; elle a remis l'affaire au moment où le Collège médical, après discussion des avis contradictoires des deux experts, se serait prononcé lui-même, de manière à fixer, en connaissance de cause, la jurisprudence des tribunaux allemands en ce qui touche aux falsifications du lait.

Dr L. Thomas.

il faudra faire plusieurs instillations de quatre ou cinq gouttes, à cinq minutes d'intervalle, pour obtenir le maximum d'anesthésie. Si l'on se sert de la solution à 1/20e, une ou deux instillations de la même quantité et deux minutes suffisent.

La solution à 1/10e ne me paraît pas offrir de grands avantages, son action n'est ni plus rapide ni plus profonde, à moins qu'on ne l'emploie en injections, ce qui permet de faire absorber une forte quantité de médicament pour quelques gouttes de liquide.

Si l'opération à pratiquer doit se faire en plusieurs temps, ou durer plus de dix minutes, il est nécessaire d'instiller plusieurs fois de la solution et de porter le liquide, au fur et à mesure, sur les parties mêmes qui doivent être sectionnées ou cautérisées. J'ai cru observer que l'action est plus durable, au contraire, lorsqu'on emploie le médicament en injections hypodermiques sur le trajet des nerfs sensitifs de la région.

Premier groupe d'expériences : Instillations.

1° Extraction des corps étrangers de la cornée et le limbe scléro-cornéen dans des yeux atteints l'un d'injection périkératique avec photophobie et douleur violente, l'autre ayant conservé une certaine tolérance pour le corps étranger. Instillation de quatre gouttes de solution à 1/60e répétées deux fois à cinq minutes d'intervalle. Le premier œil présente une diminution de la photophobie, de la douleur, et l'extraction a lieu sans plaintes de la part du malade, qui cependant éprouve une légère douleur pour la pose du blépharostat et la fixation du globe.

Le second œil, qui n'était presque pas congestionné, offre une anesthésie complète; la pose de l'écarteur, la fixation du globe, l'enlèvement du corps étranger se pratiquent sans que le malade puisse dire ce qu'on lui fait.

2° Iridectomie simple. Solution à 1/100e. quatre instillations de quatre gouttes à trois minutes d'intervalle; deux minutes après la dernière instillation, pose du blépharostat. Fixation du globe. Incision de la cornée, préhension de l'iris sans aucune douleur. La section seule de cette membrane provoque une très légère douleur.

3° Cataracte sans iridectomie. Deux instillations de quatre gouttes de solution à 1/20e à trois minutes d'intervalle. Opération deux minutes après la dernière. Tous les temps de l'opération ont eu lieu sans que le malade éprouve la moindre douleur; le lavage de l'œil et le nettoyage complet de de la pupille ne donnent lieu à aucune contraction des paupières, ce qui permet d'achever l'opération dans les meilleures conditions possibles. Les quelques douleurs qui suivent ordinairement l'opération pendant quelques heures ont passé presque inaperçues.

4° Cataracte avec iridectomie. Deux instillations de quatre gouttes à 1/20e; avant l'iridectomie, une instillation d'une goutte entre les lèvres de la cornée entre-bâillées. Très légère douleur au moment de la section de l'iris. Tout le reste de l'opération sans douleur.

5° Péritomie. Deux instillations de quatre gouttes à 1/60e à cinq minutes d'intervalle; nouvelle instillation dans le courant de l'opération, qui présente quelques difficultés à cause de l'adhérence et de la friabilité de la conjonctive. La malade déclare n'avoir rien senti, si ce n'est une sensation de pression sur le globe.

6° Cautérisation du limbe scléro-cornéen avec le galvanocautère Onze et quatorze pointes de feu. Deux instillations de deux gouttes à 1/10e dans le même espace de temps que précédemment. Aucune douleur, aucune contraction; une heure après, la malade n'éprouvait qu'une sensation de gêne et pas du tout de brûlure. Je dois aussi noter que sur le second œil enflammé l'anesthésie n'a pas été complète.

Deuxième groupe d'expériences : Instillation et injections hypodermiques. Solution à 1/10e et 1/20e.

7° Iridectomie. Injection de deux gouttes de solution à 1/10e sur le trajet du nasal externe et instillation dans le globe.

Le malade ne ressent aucune douleur au moment de la section de l'iris. Cependant il ajoute : « Je sens bien que vous m'avez fait quelque chose, mais je n'ai pas souffert. »

8° Ablation d'un staphylôme antérieur sur un œil atteint de liquéfaction du corps vitré et luxation du cristallin dans sa capsule. Procédé de Critchett.

Injection sous la conjonctivite de deux gouttes de la solution à 1/20e à l'extrémité de chacun des grands diamètres. Aucune douleur, bien que la malade se plaigne pendant la dernière partie de l'opération, suture de la sclérotique, mais à la fin elle affirme n'avoir éprouvé aucune douleur et que la peur seule était cause de ses plaintes.

9° Opération d'entropion des paupières supérieures par la cautérisation galvanique. A droite, injection de deux gouttes de solution à 1/10e dans l'épaisseur de la paupière, qui est suivie rapidement d'œdème volumineux, qui disparaît le jour même.

A gauche, injection de deux gouttes profondément dans la région sourcilière, sur le trajet du frontal externe.

Douleur dans les deux cas, mais beaucoup plus forte à droite qu'à gauche, où la malade déclare qu'elle est très supportable.

De l'ensemble de ces observations, il me paraît résulter que l'action de la cocaïne est plus profonde et plus durable lorsqu'on l'emploie en injections hypodermiques sur le trajet des nerfs sensitifs de la région, mais qu'il est nécessaire de faire en même temps des instillations lorsqu'on veut agir superficiellement sur la conjonctive et la cornée, et que cette action est bien moins complète lorsque l'œil est actuellement enflammé. Je regrette de n'avoir pas eu l'occasion de de faire de ténotomie ou d'énucléation, cas dans lesquels je me serais servi également d'injections et d'instillations.

En résumé les instillations avec la solution au 1/20e, les injections avec la solution à 1/10e ou 1/20e, combinées, me paraissent donner le maximum d'anesthésie, sans offrir aucun inconvénient ni danger, d'après ce que j'ai pu observer.

Quant à la distillation pupillaire, elle varie suivant les individus. Je ne crois pas qu'il soit possible de dire à l'heure actuelle si elle pourra être utilisée couramment pour l'examen du fond de l'œil ou le traitement des affections iriennes. Cependant je dois ajouter que j'ai obtenu un grand et rapide soulagement pour un malade atteint d'épisclérite et de scléro-choroïdite antérieure par l'emploi d'un collyre à la cocaïne à 1/60e en instillation d'une goutte toutes les deux heures.

J'ai aussi employé la cocaïne plusieurs fois pour avulsions dentaires, en imbibant un petit coton de solution à 1/10e et l'introduisant au fond de la carie contre le canal dentaire. L'extraction pratiquée dix à douze minutes après m'a paru beaucoup moins douloureuse. Mais un nombre beaucoup plus grand d'observations serait nécessaire pour conclure sur ce dernier point.

CORRESPONDANCE

Hémorrhagie d'origine paludéenne.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DECHAMBRE, PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Monsieur et très honoré confrère,

Comme contribution à l'étude de l'action si rapidement curative du sulfate de quinine dans les manifestations insolites de l'im-

paludisme, voici la relation succincte de deux faits tirés de ma pratique, et qui me semblent dignes de figurer à côté de ceux que viennent de publier M. le professeur Verneuil et M. Kermisson.

Le premier cas est celui d'un jeune garçon de huit ans qui, au mois de juin 1879, fut atteint brusquement d'épistaxis successives et très abondantes. Les parents employèrent d'abord les remèdes usuels, mais au bout de deux ou trois jours on dut me faire appeler. J'essayai à mon tour, et par série d'activités croissantes, l'eau froide, les pédiluves, l'élévation des bras longtemps prolongée, l'ergotine, le perchlorure de fer *intus et extra*, le tamponnement, etc., le sang coulait toujours. L'enfant, déjà un peu lymphatique, s'affaiblissait visiblement; il était d'une pâleur de cire, son sang était rare, déjà il avait eu des tendances à la syncope. J'étais fort inquiet, lorsque j'appris que cet enfant avait passé le mois précédent à Arès, pays à fièvres des landes de Bordeaux. Connaissant de longue date, par mon séjour dans un pays environné de marais, les fantaisies symptomatiques de l'impaludisme, je songeai aussitôt à l'influence possible de cette cause, et prescrivis le sulfate de quinine à dose massive, 50 centigrammes en une seule fois. L'effet fut héroïque. Dès le lendemain, l'hémorrhagie, qui durait depuis sept jours, s'arrêtait pour ne plus reparaître. Je répétai, par prudence, une fois ou deux l'ordonnance, et n'eut plus ensuite, au moyen du fer, du quinquina et du jus de viande, qu'à aider mon petit malade à se refaire la provision d'hématies qu'il avait perdues. Depuis cette époque, la famille de cet enfant est allée habiter dans le Nord; je l'ai revu cette année, il jouit de la santé la plus parfaite.

Le second fait est tout aussi probant, il est de plus fort curieux à cause de la rareté du symptôme paludéen qu'il m'a permis d'observer. Il se rapporte à une jeune femme de vingt-cinq ans, plantureuse créole de l'île Maurice, et femme d'un capitaine au long cours, qu'elle accompagnait dans ses voyages. Pendant l'un de ses séjours à terre, au mois de septembre 1882, elle fut prise de métrorrhagie, pour laquelle, au bout de quelques jours, elle me fit appeler. Bien réglée d'habitude et très abondamment, n'ayant pas eu de grossesse, cette dame avait toujours joui, disait-elle, et jouissait encore d'une vigoureuse santé. La perte de sang, qui durait depuis près d'un mois, commençait seulement à l'affaiblir un peu. L'hémorrhagie avait d'ailleurs ceci de particulier *qu'elle ne se reproduisait que la nuit*. Dans la journée, il était rare qu'il y eût un léger suintement. Après avoir essayé divers traitements, tels qu'injections astringentes, limonade sulfurique, perchlorure de fer, ergot de seigle, et m'être assuré : 1° *qu'aucune lésion de l'organe ne pouvait expliquer cette perte de sang;* 2° *que son mari n'en pouvait être la cause*... involontaire, j'interrogeai ma malade sur ses antécédents morbides avec le plus grand soin, et j'appris alors qu'elle avait, à l'île Maurice, subi d'assez fréquents accès de fièvre palustre. Éclairé par ce renseignement, par mes propres souvenirs et par les divers travaux parus à cette époque, je n'hésitai pas à prescrire le sulfate de quinine, lequel, dans ce cas comme dans le précédent, produisit un arrêt immédiat et définitif de l'hémorrhagie. Le résultat est d'autant plus remarquable ici que chacun connaît l'influence contraire du sel quinique sur la circulation de l'utérus. Preuve nouvelle et bien topique de la supériorité sur toutes les autres de la thérapeutique étiologique!

Veuillez agréer, etc.

Dr A. CORIVEAUD (de Blaye).

Blaye, le 19 novembre 1884.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

OBSERVATIONS SUR LE BACILLE CHOLÉRIQUE. Note de M. *L. Carillon*. — Dès l'apparition de l'épidémie cholérique à Paris, M. Carillon a cherché à contrôler les assertions du docteur Koch touchant le bacille cholérique. Tout d'abord ses observations devaient porter uniquement sur la résistance à la sécheresse du bacille; mais il a été entraîné par les circonstances à les étendre dans d'autres directions.

Bien que ses recherches ne soient pas terminées, voici les premiers résultats acquis :

1° Le microbe virgule et le microbe en accent circonflexe ne sont que des stades différents de l'évolution d'un même organisme;

2° Le bourgeonnement se fait par la grosse extrémité de la virgule;

3° Le bacille dépourvu de spores est tué par la dessiccation, comme l'avait établi Koch;

4° Il existe un second mode de reproduction non encore signalé : les spores résistent à la dessiccation;

5° L'ingestion du bouillon ensemencé a donné un résultat négatif.

EXPÉRIENCES SUR LA VALEUR DES AGENTS DÉSINFECTANTS DANS LE CHOLÉRA DES OISEAUX DE BASSE-COUR. Note de M. *Colin* (d'Alfort). — Les agents étudiés par l'auteur sont le sulfate de cuivre, le chlorure de zinc, le chlorure de chaux et le borate de soude. Après avoir soumis à leur action le sang, les matières de provenance intestinale et la substance de quelques tissus très vasculaires empruntés à des sujets morts du choléra des oiseaux de basse-cour, M. Colin a inoculé à divers animaux les produits traités pour constater soit l'extinction complète, soit la conservation de la virulence à un degré quelconque. Voici les conclusions auxquelles il est parvenu : 1° le sulfate de cuivre et le chlorure de zinc se sont montrés très supérieurs aux autres agents; 2° l'emploi des agents désinfectants ne donne pas toujours une sécurité absolue; 3° il n'a souvent d'autre résultat que d'atténuer la virulence dans les parties touchées et pénétrées en la laissant intacte ailleurs; 4° le but n'est atteint sûrement que par la formule suivante : *Beaucoup de matière désinfectante, mélange intime et long contact de cette matière avec les produits ou les corps à désinfecter.*

PNEUMONIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES. Note de M. *Germain Sée*. — Frappé par l'observation d'un certain nombre de faits de pneumonies se comportant comme les maladies les plus nettement infectieuses et attaquant successivement plusieurs membres d'une même famille, l'auteur réagissait déjà dès 1882, dans ses leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, contre la doctrine classique et cherchait à faire prévaloir l'idée de la nature infectieuse de cette maladie. De nombreuses observations publiées à l'étranger sont venues appuyer sa manière de voir; aussi aujourd'hui n'hésite-t-il plus à regarder la pneumonie comme une maladie parasitaire spécifique.

La pneumonie est simple et l'inflammation reste locale tant que le parasite ne dépasse pas les limites de l'appareil pulmonaire. Elle est infectieuse, s'étend et se généralise, lorsque le microbe envahit les organes voisins. Elle doit être distinguée avec soin de la bronchite capillaire et de la broncho-pneumonie où les microphytes ne jouent qu'un rôle secondaire. Enfin sa marche cyclique est analogue à celle des fièvres parasitaires éruptives, elle est simple, bénigne, nettement définie comme la variole, la rougeole, etc. Sa durée est comprise dans des limites fixes et ne dépasse pas six à neuf jours.

Comme conséquences pratiques : suppression des saignées et de l'antimoine à haute dose; indication de la digitale, de la quinine et de l'antipyrine pour combattre la fièvre; soutenir les forces du malade à l'aide de l'alcool; lutter contre l'inanition au moyen de boissons alimentaires. En un mot, expectation *nourrie*.

CHOLÉRA ET CHOLÉMIE. Note de M. *W. Nicati*. — Les expériences de l'auteur lui ont fourni les résultats suivants :

1° La quantité d'acides biliaires extraite du sang de cholérique algide est proportionnellement de beaucoup supérieure à la quantité, à peine manifeste, trouvée dans le sang d'un individu mort d'un coup de couteau et dans le sang d'une femme morte d'une affection non hépatique; elle est proportionnellement au moins égale à la quantité qui en a été trouvée dans le sang de chiens morts de la ligature du cholédoque.

2° La présence d'une ptomaïne dans les selles des cholériques où il y a, du reste, des bactéries de diverses espèces, et, par suite, des fermentations différentes, ne permet pas de se prononcer et de dire que la mort dans le choléra doive être attribuée à la cholémie.

Odeur et effets toxiques des produits de la fermentation produite par les bacilles en virgule. Note de MM. *W. Nicati* et *M. Rietsch*. — En voici les conclusions :

1° Les cultures pures de bacilles virgules présentent une odeur éthérée caractéristique.

2° Les cultures pures *anciennes de huit jours au moins*, dépouillées de leurs bactéries au moyen du filtre Pasteur et obtenues soit dans le bouillon, soit dans la gélatine nutritive, déterminent, lorsqu'elles sont injectées dans le torrent circulatoire sanguin des animaux, des troubles plus ou moins graves, qui peuvent dans certains cas se terminer par la mort.

3° Les cultures liquides injectées sous la peau, même en quantité plus grande, ne produisent aucun effet.

4° Les cultures *récentes*, filtrées de même et injectées dans les veines ou sous la peau restent absolument inactives.

Nouvelles expériences sur le chlorhydrate de cocaïne. Note de M. *Vulpian*. — L'auteur, poursuivant ses intéressantes expériences sur l'action de cet agent anesthésique, a constaté d'abord que le chlorhydrate de cocaïne injecté dans la veine saphène d'un chien curarisé et soumis à la respiration artificielle produisait d'abord un abaissement notable de la pression sanguine intra-artérielle, puis une élévation de cette même pression.

Expérimentant ensuite sur diverses espèces animales, il a remarqué que le chlorhydrate de morphine appliqué à la surface tégumentaire d'un escargot n'avait que très peu d'action. Chez les écrevisses, où M. Vulpian n'a pu essayer que les injections interstitielles, celles-ci ont arrêté sur-le-champ les mouvements spontanés, sans déterminer cependant une paralysie absolue de la sensibilité. Enfin l'action anesthésiante locale qu'exerce une solution au 1/50e de chlorhydrate de cocaïne sur la sensibilité de la grenouille a permis de faire certaines expériences, qui, sans établir aucun fait nouveau, confirment cependant d'une façon nouvelle des résultats expérimentaux d'une certaine importance.

C'est ainsi qu'on voit que la spontanéité des mouvements, chez les grenouilles privées de leurs lobes cérébraux, n'est qu'apparente et que ces mouvements si analogues, pour un coup d'œil superficiel, à des mouvements volontaires et intentionnels, ne sont, comme l'admettent tous les physiologistes, que des mouvements réflexes, d'une bien remarquable complexité, qui ne peuvent être mis en jeu, pour la plupart, que par des impressions provenant des téguments cutanés.

De la virulence du bubon chancreux. Note de M. *J. Straus*. (Voyez le compte rendu de la Société de biologie.)

Etude statistique sur le choléra dans les hôpitaux de Paris, depuis le début de l'épidémie jusqu'à ce jour. Note de M. *Emile Rivière*. — Grâce aux documents mis à sa disposition par l'administration de l'Assistance publique et par M. Dujardin-Beaumetz, notre collaborateur M. Rivière a pu donner lecture à l'Académie de l'histoire complète du choléra dans les hôpitaux civils de Paris, depuis la première admission des cholériques jusqu'au 23 novembre au matin.

De cette étude statistique, il résulte que c'est le mardi 4 novembre 1884 (1) que le premier décès cholérique a été constaté dans Paris; que c'est le lendemain 5 novembre que les premiers cholériques sont entrés dans les hôpitaux de Paris.

Ce jour-là, 6 malades ont été admis : 5 hommes et 1 femme. Les 5 hommes ont été répartis immédiatement dans les hôpitaux Tenon et Saint-Antoine; la femme est restée à la Salpêtrière. Sur ces 6 premiers cas, 4 appartenaient au XIe arrondissement et 3 d'entre eux à la rue Sainte-Marguerite, qui allait devenir le foyer le plus sérieux de l'épidémie et 2 à la maison du n° 11. Ces deux cholériques exerçaient la profession de chiffonnier. Quant aux deux autres cas, ils provenaient, l'un du XIIe arrondissement et l'autre du XIIIe. Ce dernier est celui d'une aliénée de la Salpêtrière, et c'est dans l'intérieur même de cet établissement qu'il s'est développé.

Sur ces six premiers cas cinq ont été suivis de mort; ces décès ont eu lieu le lendemain 6 novembre.

Le nombre des *cas de choléra admis* dans les hôpitaux et hospices civils de Paris a été, du 5 au 23 novembre au matin, de 912, dont 553 hommes et 359 femmes. Le nombre des *cas déclarés à l'intérieur* de ces établissements a été de 59, dont 26 hommes et 33 femmes; 18 d'entre eux appartiennent au personnel hospitalier. Le chiffre total des cholériques traités dans les hôpitaux civils jusqu'à hier a donc été de 971, dont 579 hommes et 392 femmes.

Sur ces 971 cas, la mortalité a été de 511 décès, soit 302 hommes et 209 femmes. Les guérisons définitives ont été *jusqu'à présent* de 239, dont 129 hommes et 110 femmes.

Il restait donc le 23 novembre 1884 au matin, en traitement dans les divers hôpitaux et hospices civils de Paris, 221 cholériques, dont 147 hommes et 74 femmes.

Le fléau a frappé de préférence les individus, hommes ou femmes, âgés de trente et un à quarante ans, rarement au-dessus de soixante ans (1/15e); plus rarement encore les enfants au-dessous de dix ans (1/30e). Les limites extrêmes ont été trois semaines et quatre-vingt-cinq ans.

Le sexe masculin a été beaucoup plus éprouvé que le sexe féminin; la proportion est de 60,64 hommes et de 39,36 femmes sur 100 *malades entrés;* elle est au contraire de 44,07 hommes seulement et de 55,93 femmes sur 100 *cas déclarés*, à l'intérieur des hôpitaux.

Les professions de journalier, puis celle de domestique ont été les plus décimées.

Si nous considérons maintenant la répartition de l'épidémie dans les différentes parties de la capitale, voici ce que nous trouvons :

Les arrondissements doivent être classés dans l'ordre suivant d'après le nombre de cholériques qu'ils ont envoyés dans les hôpitaux :

XIe	Arrondissement	161	cas.
XIXe	— —	91	—
Ve	— —	78	—
XIIe	— —	77	
IVe	— —	73	—
Xe	— —	49	—
XIIIe	— —	48	—
IIIe	— —	45	—
VIe	— —	40	—
XXe	— —	38	—
IIe	— —	35	—
XVe	— —	33	—
XVIIIe	— —	29	—
VIIe	— —	27	—
Ier	— —	20	—
XVIIe	— —	18	—
XIVe	— —	14	—
IXe	— —	11	—
VIIIe	— —	8	—
XVIe	— —	5	—

La banlieue a envoyé aussi un certain nombre de malades dans les hôpitaux de Paris, soit 32 cholériques.

(1) Il n'est pas question ici, bien entendu, des faits qui se sont produits tant à Paris que dans la banlieue, du 26 juin au 14 octobre dernier, malgré le lien qui les rattache peut-être à l'épidémie actuelle et que M. Rivière se propose ultérieurement de rechercher.

La proportion entre le nombre des cholériques traités dans les hôpitaux de Paris et le chiffre de la population parisienne recensé en 1881, est de 4,38 cas pour 10000 habitants. Quant au chiffre des décès comparé à celui des malades, il nous a donné une mortalité générale de 52,62 pour 100, mortalité un peu plus considérable pour la femme (53,31 pour 100) que pour l'homme (52,33).

En résumé, l'épidémie cholérique qui a éclaté à Paris le 4 novembre 1884 a été jusqu'à présent d'une bénignité relativement grande, tant comme nombre de cas constatés ou déclarés dans les hôpitaux que comme décès survenus.

Elle est en pleine décroissance depuis plusieurs jours déjà.

Les conditions atmosphériques actuelles permettent d'espérer que l'épidémie s'éteindra dans un délai que nul ne saurait cetainement préciser, mais que l'on peut raisonnablement entrevoir comme assez prochain, sans prétendre affirmer, bien entendu, que dans certaines conditions il ne puisse se produire quelque recrudescence.

Les malades atteints ont été, pour l'immense majorité, sinon même pour la presque totalité, des gens affaiblis par des maladis chroniques antérieures, ou des individus épuisés par des excès de tout genre, ou bien encore plongés dans la misère physique et la misère physiologique la plus profonde, et vivant dans un milieu plus ou moins sordide, loin des conditions hygiéniques les plus élémentaires.

M. E. Rivière se propose de poursuivre cette étude jusqu'à la fin de l'épidémie en relevant aussi tous les décès survenus en ville, non seulement par quartiers, mais encore par rues et par maisons, en y joignant un chapitre spécial sur les eaux d'alimentation et les vidanges de ces maisons ainsi que cela lui a été demandé à l'Académie.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1884.— PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

M. le docteur *Javal* se porte candidat à la place de membre titulaire déclarée vacante dans la section de physique et de chimie médicales.

M. le *Secrétaire perpétuel* dépose, de la part de M. le docteur *Dupouy*, une brochure sur la *Météorologie du Soudan*.

M. *Larrey* présente : 1° au nom de M. le docteur *Coutaret* (de Roanne), un ouvrage sur les eaux de sources et l'assainissement ; 2° de la part de M. le docteur *Drouet* (*Arsène*), une brochure intitulée : *Formule thérapeutique du collodion*.

M. *Ernest Besnier* dépose un mémoire de M. le docteur *L. Brocq*, ayant pour titre : *Études critique et clinique sur le pityriasis rubra*.

M. *Tarnier* présente, de la part de M. le docteur *Lamarche*, une brochure *Sur la vaccine et la culture du vaccin*. (*Commission de vaccine.*)

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose : 1° une note manuscrite de M. le docteur *Semmola* (de Naples), *Sur le traitement du choléra ;* 2° un mémoire de M. le docteur *Kirn*, *Sur l'alimentation du soldat ;* 3° un ouvrage de M. le docteur *Estradère*, *Sur le massage*.

M. *Fournier* fait hommage, au nom de M. le docteur *Rollet* (de Lyon), des articles SYPHILIS, SYPHILIDES, GOMMES SYPHILITIQUES, SYPHILISATION, extraits du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

DÉCÈS DE M. FONSSAGRIVES. — M. le président fait part à l'Académie du décès de l'un de ses correspondants nationaux, qu'elle se proposait d'appeler très prochainement au titre d'associé national, M. *Fonssagrives*, décédé du choléra en Bretagne. Il exprime tous les regrets de la Compagnie pour cette perte inattendue, qui la prive d'un collègue des plus distingués, ayant une compétence toute particulière pour toutes les questions d'hygiène (V. aux *Variétés*).

ÉLECTIONS. — Par 73 voix sur 79 votants, M. *Bergeron* est élu vice-président pour l'année 1883, en remplacement de M. Fauvel, décédé. Il remercie ses collègues, adresse un souvenir éloquent à la mémoire de son prédécesseur et fait appel à la sympathie constante de ses collègues. M. le *Président* se félicite de voir appelé à lui succéder un collègue dont les grandes et éminentes qualités sont si vivement appréciées. L'élection de M. Bergeron est accueillie par de vifs applaudissements.

M. *Charpentier*, par 76 voix contre 3, données à M. Martineau, est élu membre titulaire dans la section des accouchements.

ÉPIDÉMIES. — M. *Féréol* achève la lecture de son rapport sur le service des épidémies en France pendant l'année 1882. Il passe successivement en revue les renseignements fournis par les rapports adressés à la Commission des épidémies sur la diphthérie, la scarlatine, la fièvre typhoïde, la phthisie, maladie qu'on doit ranger désormais dans la classe des affections parasitaires et transmissibles. Il signale en particulier les mémoires de M. le docteur Burlureaux sur la fièvre typhoïde en Tunisie, et de M. le docteur Constan sur cette même maladie à Constantine ; ces deux mémoires, également remarquables, ont des conclusions absolument dissemblables, qu'il importe d'étudier avec soin. M. le rapporteur termine en faisant remarquer combien les questions d'hygiène prennent aujourd'hui d'importance et combien il est utile de les étudier avec le plus grand soin ; il sollicite enfin de l'Académie l'inscription sur ses listes de correspondants nationaux d'un certain nombre de médecins qui lui envoient depuis de longues années et régulièrement d'importants travaux. Les conclusions de ce rapport qui doit être inséré dans les *Mémoires de l'Académie*, conclusions comportant des propositions des récompenses, sont lues en comité secret.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1884.—PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Remarques à propoe de la thyroïdectomie : MM. Verneuil, Marchend. — Rupture traumatique de l'urèthre : rapport : M. Chauvel; disoussion : MM. Delene, Marchand, Berger.— De la cocaïne : M. Terrier. — Statistique du servioe clinique chirurgical de la Charité : M. Terrillon. — Mutilation de la main : M. Berger.

M. *Verneuil* fait quelques remarques à propos de ce qui a été dit dans la dernière séance au sujet de la thyroïdectomie. D'abord il confirme l'observation faite par M. Terrier relativement à la volatilisation de l'éther, servant de véhicule à l'iodoforme injecté dans les tissus. Toutes fois qu'on injecte une solution éthérée dans l'épaisseur des tissus il se produit de suite un dégagement de gaz, qui s'accuse par un gonflement de la partie et de la crépitation. D'ailleurs aucun accident n'en résulte et lentement le gaz se résorbe.

Les injections de teinture d'iode ont plusieurs fois donné de très bons résultats à M. Verneuil dans le traitement du goitre, particulièrement dans les cas de goitre mou.

Pour ce qui est du diagnostic de la bénignité et de la malignité des tumeurs du corps thyroïde, M. Verneuil attache, ainsi que M. Le Dentu l'a fait remarquer dans sa dernière séance, une grande importance aux douleurs irradiées, mais on doit y ajouter un autre signe des plus précieux, à savoir l'établissement rapide d'adhérences de la tumeur aussi bien avec la peau qu'avec les parties profondes.

M. *Marchand* a enlevé, il y a quatorze mois, une tumeur du corps thyroïde, manifestement cancéreuse, ainsi qu'il résulte de l'examen histologique pratiqué au Collège de France ; depuis cette époque aucune tendance à la récidive ne s'est encore manifestée. Cette observation, à cause de sa rareté, sera publiée par l'auteur. Il est bon d'ajouter qu'au moment de l'opération la tumeur était encore peu développée et complètement entourée de tissu sain de la thyroïde.

— M. *Chauvel* lit un rapport sur une observation envoyée par M. Barthélemy et intitulée : rupture du canal de l'urè-

thre; ponction hypogastrique pendant les premiers jours; uréthrotomie externe le cinquième jour; mort. Un homme de quarante-deux ans fait une chute sur le périnée : uréthrorrhagie, gonflement de la région périnéale, rétention complète d'urine. Le malade entre à l'hôpital de Sidi-Bel-Abbès, quatorze heures après l'accident. M. Barthélemy pratique la ponction hypogastrique de la vessie et met une sonde. Le malade indocile ne tarde pas à l'enlever, et il est dès lors impossible de la replacer. Le cinquième jour, M. Barthélemy fait l'uréthrotomie externe et tombe sur un clapier rempli de sang, de pus et de tissu sphacélé; cependant il peut trouver le bout postérieur de l'urèthre et introduire dans la vessie une sonde à demeure, qu'il ramène par le bout antérieur. Bientôt apparaissent des signes d'infiltration d'urine; cette complication progresse, malgré le traitement dirigé contre elle, et après cinq ou six semaines le malade succombe.

M. Chauvel ne saurait approuver la temporisation que M. Barthélemy a apportée à pratiquer la boutonnière périnéale. Aujourd'hui, après les conclusions que M. Guyon a formulées en 1876, à la suite de son rapport sur le travail de M. Cras (de Brest), tous les chirurgiens s'accordent à ouvrir le périnée dans les ruptures de l'urèthre aussitôt la production de l'accident. C'est le plus sûr moyen d'assurer la déplétion de la vessie et de prévenir l'infiltration d'urine. C'est une illusion que de croire, ainsi que l'avance M. Barthélemy, que les tissus sphacélés et enflammés forment une barrière s'opposant à l'infiltration urineuse.

M. *Delens* pense que la ponction hypogastrique de la vessie ne présente par elle-même aucun danger et qu'il est avantageux d'y avoir recours dans les premiers instants, pour remédier à la rétention absolue des urines à la suite de rupture du périnée. Cette évacuation vésicale faciliterait, pour M. Delens, la recherche du bout postérieur de l'urèthre.

M. *Marchand* croit au contraire que la réplétion de la vessie rend plus aisée la reconnaissance du bout postérieur du canal, par la possibilité qu'on a de faire uriner le malade et d'être mis par le jet d'urine sur la voie de l'urèthre. D'ailleurs assez souvent la paroi inférieure seule est rompue et rien n'est plus facile que de retrouver le calibre du canal dans ces conditions. C'est ce que M. Marchand a constaté encore une fois dans une observation récente.

M. *Berger* partage complètement les vues de M. Chauvel: tôt ou tard il faut ouvrir le foyer traumatique du périnée et il y a avantage à le faire le plus tôt possible pour le sraisons signalées par M. Guyon. Trois fois M. Berger a eu à intervenir pour des ruptures du canal de l'urèthre; trois fois il a pratiqué immédiatement la boutonnière périnéale et s'en est admirablement trouvé. La reconnaissance du bout postérieur de l'urèthre au milieu du foyer est assez facile grâce à l'aspect particulier de la muqueuse, mais une circonstance qu'il ne faut pas oublier, c'est que toujours l'urèthre se trouve moins profondément situé qu'on ne le croit tout d'abord.

M. *Terrier* communique deux observations d'opérations pratiquées sur les yeux, après anesthésie locale par l'instillation de quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne. Il rappelle d'abord les faits signalés par Koller, de Vienne, qui le premier a eu l'idée d'employer la cocaïne comme anesthésique local en ophthalmologie. Chez le premier de ses malades M. Terrier a pu enlever, sans déterminer la moindre douleur, plusieurs lamelles d'une cornée ulcérée; ce même malade, qui avait subi quelque temps auparavant la même opération au prix de douleurs très vives, est bien fait pour démontrer les avantages immenses de cette substance. L'observation du second malade, homme très intelligent, antérieurement opéré de la cataracte sans anesthésie, est aussi démonstrative. On a pu constater chez lui que l'anesthésie est exclusivement superficielle; en effet, la section des lames profondes de la cornée au moment de la contre-ponction a été douloureuse, de même la section de l'iris. Ce sont, au reste, des remarques faites par M. Panas dans sa communication de la dernière séance de l'Académie de médecine et par MM. Trousseau et Abadie.

M. *Nicaise* a expérimenté la cocaïne sur les yeux sains de trois de ses malades. Il a aussi constaté, au bout de quelques minutes, une anesthésie du globe oculaire, mais cette anesthésie est très fugace. Dans ses expériences il n'a pas observé de dilatation de la pupille. M. Nicaise se demande si l'on ne pourrait pas utiliser les propriétés anesthésiques de la substance en question pour insensibiliser les parties profondes de la gorge dans les cas d'examen ou d'opération sur ces régions.

M. *Chauvel* observe que déjà depuis assez longtemps on se sert de la cocaïne pour la pratique de l'examen et des opérations sur le larynx.

— M. *Terrillon* donne le résultat statistique du service de clinique chirurgicale de la Charité, pendant les neuf mois qu'il l'a dirigé comme suppléant de M. le professeur Gosselin. Sur sept cent soixante-trois malades, M. Terrillon a pratiqué cent grandes opérations. Quatre de ces malades ont seulement succombé, et encore ces décès s'expliquent-ilt par la gravité des lésions qui ont déterminé l'intervention et par l'état général des malades. M. Terrillon donne les détails de sa statistique et attribue le peu de mortalité à la méthode antiseptique, qu'il a appliquée dans toute sa rigueur.

— M. *Berger* dernièrement, dans un rapport sur un travail de M. Guermonprez (de Lille), combattait cette idée émise par l'auteur que, dans les traumatismes des doigts nécessitant leur sacrifice, il y avait avantage à supprimer en même temps les métacarpiens correspondants, afin de donner plus de mobilité et d'habileté aux doigts restants. Aujourd'hui il présente, à l'appui de son objection à la pratique proposée par M. Guermonprez, un malade ayant perdu le médius et l'index avec leurs métacarpiens: on peut voir que, bien loin d'avoir conservé l'agilité des mouvements des autres doigts, ce blessé les meut avec peine, gênés qu'ils sont par la cicatrice.

Alf. Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MATHIAS DUVAL, VICE-PRÉSIDENT.

La safranine, réactif colorant pour lee éléments du tiesu nerveux : M. Adamkiewicz. — Etudes eur la cocaïne : MM. Laborde, Gley et Rondot. — Action de l'ozonéine : M. Onimus. — Effets d'une alimentation azotée eur le foie des berbivoree : M. Maurel. — Note poethume de Cl. Bernard : M. d'Areonval. — Effets des hautee presaione eur la vitalité de la levure : MM. Certes et Cochin. — Défaut d'inoculabilité du pue de bubon chancreux : M. Straus.

M. *Adamkiewicz* (de Cracovie) fait connaître les résultats d'une nouvelle méthode de coloration histologique applicable au tissu nerveux : la safranine, couleur dérivée de l'aniline, en solution aqueuse à 1/60, étant mélangée à l'eau distillée jusqu'à coloration de vin de Bourgogne, sert à colorer les coupes obtenues sur le tissu bien durci; un séjour de trois à six heures suffit pour produire une coloration complète. On procède alors à la décoloration, soit avec l'alcool additionné de traces d'acide nitrique, soit avec l'alcool absolu. Dans le premier cas, la substance grise se décolore, ainsi que les cloisons qui rayonnent à travers la substance blanche; la teinte que conserve la substance blanche varie suivant la nature du liquide dans lequel a été obtenu le durcissement.

Quand la décoloration se fait au moyen de l'alcool pur, on voit au bout d'un certain temps se produire une double teinte : la substance blanche conserve sa couleur rouge ou orangée, la substance grise devient violette ou rouge. Les éléments qui se sont ainsi colorés sont, dans la substance blanche, certaines parties de la myéline, et dans la substance grise les noyaux des cellules nerveuses. La safranine colore, du reste, de la même façon les noyaux du tissu conjonctif et ceux de la névroglie. Cette communauté d'action sur des éléments histologiques différents montre entre ceux-ci une certaine parenté, fait d'autant plus intéressant que M. Ranvier a découvert leur identité morphologique.

— M. *Laborde*, avant d'exposer en détail les résultats de ses propres expériences et de celles de ses préparateurs, MM. Rondot et Gley, sur l'action de la cocaïne, rappelle que cette substance a déjà été employée comme anesthésiante locale par de nombreux expérimentateurs; il donnera dans une note spéciale (*Bulletins de la Société*) l'historique complet de cette question. Il montre seulement aujourd'hui qu'indépendamment des propriétés analgésiantes locales, la cocaïne injectée dans les veines ou absorbée sous la peau produit une analgésie qui peut persister plusieurs jours chez les lapins et cobayes après, une période d'agitation plus ou moins prolongée.

— M. *Onimus* a expérimenté sur des animaux et sur l'homme l'action du liquide qu'il a présenté, dans la dernière séance, sous le nom d'*ozonéine*. Il a pu constater sur les animaux (cobayes et lapins) que l'injection hypodermique de hautes doses n'avait aucun effet toxique sérieux; sur lui-même, l'injection de quelques centimètres cubes du liquide, chez le docteur Médard, l'injection sous-cutanée et l'ingestion de plus grandes quantités, n'ont produit d'autre effet qu'un peu de lourdeur de tête et des bourdonnements d'oreilles. Avec la certitude que l'absorption de l'ozonéine ne présente pas de danger réel, et, d'autre part, que ce produit exerce une action antifermentescible très énergique, M. Onimus a pu en proposer l'administration aux cholériques. D'après quelques faits qu'il rapporte sommairement, on n'aurait eu que de bons résultats à mentionner.

— M. *Maurel* indique les effets fâcheux d'une alimentation trop azotée sur le foie chez les animaux, et déduit de ses expériences l'indication de diminuer le régime azoté dans les pays chauds, où les affections du foie sont si fréquentes. Les essais de M. Maurel ont porté sur des lapins auxquels il a fait manger d'assez grandes quantités de fromage au lieu de leur régime ordinaire, exclusivement végétal; mais une objection sérieuse, faite par M. Richet, peut être présentée à sa conclusion : c'est que l'aliment azoté choisi est, en même temps, extrêmement riche en corps gras; rien ne prouve, dès lors, que l'augmentation de volume et de poids du foie ne soit pas due tout aussi bien à l'excès de corps gras qu'à l'excès de substances azotées.

— M. *d'Arsonval* dépose une note retrouvée par M. Tripier dans les papiers de Cl. Bernard, et qui contient des détails intéressants et inédits sur l'action différente du sympathique vaso-moteur dans la cavité splanchnique et à la périphérie. Ce document sera publié *in extenso* dans les *Bulletins* de la Société, auxquels nous devons renvoyer pour les détails.

— M. *A. Certes*, en son nom et au nom de M. *D. Cochin*, présente une note relative à l'action des hautes pressions sur la vitalité de la levure et sur les phénomènes de la fermentation : 1° la vitalité de la levure n'est pas détruite par des pressions de 3 à 4 atmosphères maintenues pendant plusieurs jours avec l'appareil Cailletet; 2° sous les mêmes pressions, la fermentation alcoolique se produit *toujours* au bout d'un certain temps; 3° dans la fermentation sous pression, le dégagement de CO^2 paraît s'opérer dans des conditions spéciales d'équilibre moléculaire; on n'aperçoit que quelques bulles dans les tubes retirés avec précaution de l'appareil à compression; mais, au *moindre choc*, le dégagement se produit immédiatement et tellement tumultueux, que les tubes se vident en quelques secondes.

— M. *Straus* communique le résultat de ses expériences sur l'inoculation du pus fourni par les bubons du chancre mou. Il a essayé les inoculations sur quarante-deux sujets, en prenant toutes les précautions pour éviter la contamination du pus avec des éléments accidentellement fournis par le chancre lui-même; la peau du pli de l'aine, au niveau du bubon, a été au préalable stérilisée; le liquide puisé à des profondeurs variables dans la masse abcédée a été inoculé sur des régions éloignées de celle où siégeait le chancre; les plaies d'inoculation ont été soigneusement préservées de tout contage. Sur les mêmes sujets on pratiquait comparativement l'inoculation du liquide fourni par le chancre lui-même; dans les quarante-deux cas, l'inoculation du pus du bubon chancreux a été *absolument négative*, tandis que, toutes les fois qu'on l'a pratiquée, l'inoculation du produit pris à la surface même du chancre a été suivie de la production d'un nouveau chancre. Il faut nécessairement conclure de là que, contrairement à l'opinion classique, le pus du bubon n'est pas inoculable, et on doit chercher à expliquer par des infections accidentelles, soit de ce pus lui-même, soit des plaies d'inoculation, les résultats positifs obtenus autrefois par Ricord, et qui sont aujourd'hui encore acceptés comme des faits hors de discussion.

Pathological Society of London.

SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1884.

Abcès du foie dans la dysentérie. — Thymus dans le purpura et l'hémophilie. — Deux cas de paralysie alcoolique terminés par la mort.

M. *Charlewood Turner* lit un travail à propos d'un cas d'abcès du foie dans le cours de la dysentérie. Un homme de trente-quatre ans, revenant de Singapoore, se sent pris pendant la traversée de douleurs dans l'hypochondre; il a des vomissements fréquents et une diarrhée abondante avec sang et glaires. A Port-Saïd il entre à l'hôpital; on lui fait la ponction d'un abcès du foie et on retire environ cinq onces de pus épais. La santé se rétablit un peu, mais aussitôt réembarqué il éprouve les mêmes symptômes de dysentérie. A son arrivée à Londres il est admis à London Hospital, où il meurt deux jours après. A l'autopsie on trouve une ulcération du côlon avec extravasation des matières fécales dans le péritoine. Les intestins étaient réunis par des adhérences. Dans la partie antérieure du foie se trouve un vaste abcès, qui occupe tout le lobe quadrilatère. Un autre abcès existe à la partie moyenne du lobe gauche. On remarque sur toute la surface du lobe droit une grande quantité de petits abcès formés ou en voie d'évolution. Il n'en existe aucun à la surface du lobe gauche. Pas de cirrhose du foie. Les poumons sont congestionnés et œdémateux; le poumon droit est adhérent. Les reins et la rate sont légèrement hypertrophiés. Le docteur Turner fait d'abord remarquer que ce fait s'accorde avec les idées généralement acceptées sur la relation qui existe entre la dysentérie et les abcès du foie. Un point toutefois dans cette observation reste à éclaircir, c'est la présence de ce grand nombre de petits abcès exactement limités sur le lobe droit. Après avoir établi en principe que les suppurations hépatiques dans la dysentérie sont dues au transport d'organismes septiques des intestins dans le foie, l'auteur pense que les abcès de la surface du lobe gauche du foie s'expliquent par la distribution du sang artériel dans le lobe droit, qui est relativement bien moins irrigné que le gauche.

En effet, au point où l'artère cystique se détache de la branche droite de l'artère hépatique, il se fait un courant rétrograde. Ce défaut de nutrition du lobe gauche le rend plus disposé à la suppuration que le lobe droit.

— M. le docteur *Carrington* communique aussi une observation de suppuration hépatique dans le cours de la dysentérie. Après la mort on trouva, outre deux gros abcès, une foule de petites collections purulentes, dont les dimensions ne dépassaient pas pour les plus grosses celles d'un pois. M. Carrington, s'en rapportant à son expérience, croit que cette association de grands et de petits abcès est rare. Comme toutes les ramifications de la veine porte sont saines, il pense que les lymphatiques ont servi de voie de pénétration aux agents septiques.

— M. *Théodore Acland* montre des préparations de thymus provenant de malades atteints de purpura et d'hémophilie. La nature de ces lésions est très douteuse. Il décrit des masses sphéroïdales, qu'on prendrait volontiers pour les corpuscules striés de Hassel et qui sont limitées par une couche de cellule plates et contiennent dans leur intérieur des cellules épithélioïdes à petits noyaux. Le tissu fibreux était épaissi par places. Le volume de la glande était considérablement augmenté. (Les pièces provenaient d'un enfant de sept ans manifestement hémophilique et mort d'hémorrhagie à la suite d'une blessure de la langue.) L'auteur a examiné le thymus de plusieurs enfants morts accidentellement ou d'autres affections et il n'a jamais trouvé les mêmes corpuscules.

— M. *W.-B. Hadden* lit une Note sur deux cas de paralysie alcoolique terminés par la mort. Le premier cas est relatif à une femme de trente-trois ans adonnée à l'ivrognerie depuis longtemps. Elle souffrait de la tête et avait des élancements douloureux dans les mains et la face depuis quatre mois. Elle était plusieurs fois tombée sans connaissance et était regardée comme épileptique. Ces trois derniers mois elle avait présenté des troubles de l'intelligence avec perte de mémoire. Dix jours avant son entrée à l'hôpital elle avait perdu l'usage des membres inférieurs. Peu à peu la paralysie gagna; elle atteignit la vessie et les membres supérieurs. La malade fut prise de délire et succomba. A l'autopsie on trouva une tuberculose aiguë généralisée à tous les viscères. Le cerveau, la moelle allongée et la moelle examinés à l'œil nu étaient sains; l'examen histologique ne révéla non plus aucune lésion. Les nerfs périphériques ne furent pas examinés. Dans le second cas il s'agit encore d'une femme, âgée de quarante-deux ans, manifestement alcoolique et qui mourut également après avoir présenté de la paralysie des quatre membres. A l'autopsie on trouva de l'atrophie du lobe frontal du cerveau. Dans la moelle la substance grise est pâle dans toute l'étendue de la région cervicale et de la partie supérieure de la région dorsale. Le nerf sciatique droit renferme des tubes nerveux diminués dans leur volume et présente les autres altérations de la névrite interstitielle. Il en est ainsi de plusieurs autres nerfs périphériques. Ces observations montrent que la paralysie alcoolique n'était pas d'origine centrale et elles s'accordent avec l'opinion des auteurs, qui prétendent que ce genre de paralysie a pour lésions anatomiques des altérations des nerfs périphériques. De ce nombre sont Lancereaux, Dreschfeld et autres.

REVUE DES JOURNAUX

Les bacilles de la fièvre typhoïde dans le sang de la rate, par M. Hein. — Chez un homme atteint de fièvre typhoïde grave, on plonge dans la région liénale l'aiguille d'une seringue de Pravaz et l'on retire un demi-centimètre cube d'un liquide sanguinolent. L'examen histologique décèle les bâtonnets que Koch et Eberth considèrent comme la cause de la fièvre typhoïde. Hein part de là pour recommander ce procédé d'exploration, dans les cas douteux de fièvre typhoïde et même de tuberculose. (*Cent. für med. Wiss.*, 1884, n° 40.)

La cairine, par M. E. Maragliano. — L'auteur ne partage ni l'enthousiasme de Filehne, ni les craintes de Riegel et Draschke, qui vont jusqu'à méconseiller l'emploi du médicament. Dans la pneumonie la cairine agit peu, sans que l'on puisse affirmer que son action soit inutile; en tous cas elle n'est pas nuisible.

Dans la fièvre typhoïde, au contraire (63 cas), la cairine possède une action importante. « Même les cas à fièvre très élevée peuvent être maintenus presque afébriles, et je me suis souvent convaincu que l'emploi continu de ce médicament comme il est prescrit dans notre clinique (Gênes), si l'on a soin de commencer de bonne heure, rend la marche de la maladie plus bénigne et la durée plus courte. Je pense donc que la cairine exerce une action abortive sur le virus typhique et sur les microbes caractéristiques, et la cairine pourrait donc être employée comme cure abortive de la fièvre typhoïde, cure qui doit être recherchée pour toutes les maladies infectieuses. » M. Maragliano a l'enthousiasme facile.

Le professeur de Gênes a étudié en outre, avec soin à ce qu'il semble, le rayonnement de la chaleur par la peau; l'influence de la réplétion des vaisseaux sanguins; celle de l'échange des matériaux, et de la puissance de fixation de l'oxygène par le sang. (*Cent. für die med. Wiss.*, 1884, n° 40.)

De la dégénérescence hydrocarbonée de tissus, par M. V. Paschutin. — Qu'on ne se laisse pas effrayer par l'étrange accouplement de ces deux mots. — Le professeur de Saint-Pétersbourg estime que les hydrogènes carbonés font partie de tous les tissus animaux. Dans certaines lésions de nutrition, des substances organiques compliquées qui font partie de la matière organisée, sont l'objet d'une dissociation les hydrocarbures sont mis en liberté, et excrétés par l'urine généralement sous forme de glycose. En outre du diabète qui représente la forme la plus marquée de cette atrophie hydrocarbonée et dont l'étiologie est fort obscure, cette dégénérescence se présente comme un mal transitoire et limité. Il faut entendre par là, non pas les faits de glycosurie qui tiennent à l'élimination immédiate du sucre ingéré, mais les cas observés dans l'inflammation ou la nécrose de certains tissus, la pénétration de substances toxiques ou infectieuses, etc. En somme, cette dégénérescence spéciale présente comme la dégénérescence graisseuse des formes atténuées. Théorie bizarre, défendue depuis longtemps déjà par l'auteur, mais qui s'appuie uniquement sur des déductions philosophiques. (*Cent. für die med. Wissensch.*, 1884, n° 40.)

De la pleurésie consécutive aux maladies de l'abdomen, par M. H. Senator. — Les complications du côté de la plèvre prennent naissance: par *perforation* du diaphragme avec épanchement de liquides irritants dans le sac pleural; par *métastase*, à la suite d'immigration de thrombus infectieux provenant de l'abdomen; par *contiguïté* ou *continuité*, sans perforation ni embolie, par la voie des lymphatiques ou

du tissu cellulaire interstitiel. Parmi les maladies de l'abdomen qui entraînent cette pleurésie secondaire habituellement purulente, on peut citer la péritonite aiguë diffuse ; la péritonite circonscrite et les abcès sous-phréniques ; les abcès du foie, de la rate et du pancréas.

Le diagnostic ne présente d'intérêt qu'en ce qui concerne les abcès sous-phréniques pour lesquels Leyden a donné précédemment des signes considérés comme caractéristiques. Senator pense que les symptômes invoqués n'ont qu'une valeur minime et que le diagnostic est souvent impossible. Il admet cependant comme ayant quelque importance : les anamnestiques (préexistence d'un ulcère rond, d'une pérityphlite, d'un abcès du foie) ; des douleurs violentes de l'épigastre et de l'hypochondre ; la douleur avec raideur du dos ; le hoquet et les renvois douloureux ; la situation élevée du malade sur le dos, malgré un épanchement pleurétique abondant ; l'œdème des parois inférieures latérales et postérieures du thorax ; enfin les résultats de la ponction exploratrice. — Quatre observations. (*Charité-Annalen*, 1884.)

De l'atténuation du virus charbonneux, par MM. KOCH, GAFFKY et LŒFFLER. — Dans un mémoire qui fit grand bruit il y a deux ans, Koch s'était proposé de réduire à néant ce qu'il appelait les « prétentions de Pasteur » au sujet de l'étiologie du charbon. Cependant, chose curieuse chez un expérimentateur, cette discussion était purement théorique et nulle expérience de contrôle ne venait à l'appui des négations du savant berlinois. Nous possédons aujourd'hui ces expériences de contrôle et nous devons dire qu'elles ne tournent nullement à la confusion de notre illustre compatriote.

Koch reconnaît tout d'abord « la réalité de ce fait capital, à savoir que le virus du charbon cultivé entre 42 et 43 degrés, perd son action physiologique sans rien perdre de sa faculté de reproduction ». Pendant près de deux ans, du virus devenu inactif a été cultivé sans interruption, sans qu'il y ait eu à aucun moment, le moindre retour à la virulence.

Il reconnait plus loin implicitement la possibilité de préserver l'organisme au moyen d'une inoculation préventive de virus atténué. « Malgré le petit nombre d'animaux soumis à l'expérience, on peut affirmer que l'inoculation la plus soigneuse ne permet pas de conférer à *tous* les moutons *une immunité certaine*. »

Il n'existe donc réellement plus de divergence essentielle que sur la portée pratique des découvertes de Pasteur : or ce côté de la question sera plus sûrement jugé par les intéressés (fermiers et agronomes) que par tous les savants de l'univers.

Le travail se termine par des vues très originales sur la propagation du charbon chez les animaux. On se rappelle le rôle que Pasteur attribuait aux vers de terre, pour amener le virus à la surface du sol, et aux piqûres de la bouche par le fourrage pour favoriser la pénétration dans le sang de l'animal. A vrai dire, cette dernière doctrine laissait un peu à désirer. Koch estime que l'absorption peut se faire par les voies digestives, et il en donne les preuves suivantes, qui paraissent démonstratives. Si l'on fait absorber à des moutons des substances virulentes *ne contenant que des bacilles*, ce qui est le cas de tous les organes internes des animaux morts du charbon, l'effet est nul : les bacilles sont digérés et détruits par les liquides de l'estomac.

Si, au contraire, l'on administre aux mêmes animaux des substances contenant des *spores charbonneuses*, le résultat est constant et les animaux meurent d'un charbon suraigu. L'effet produit est tellement rapide et sûr, que Koch propose de l'employer comme le meilleur moyen de contrôler l'immunité artificiellement conférée par les procédés de Pasteur. (*Mittheilungen aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte*, 1884, p. 147.)

Des paraplégies préataxiques du tabès, par M. le docteur Alfred FOURNIER. — Des accidents de forme paraplégique peuvent précéder, dans le tabès, les symptômes d'incoordination motrice. M. Fournier en donne deux observations à titre de spécimen. Au début, on avait posé le diagnostic de paralysie syphilitique, de pachyméningite spinale syphilitique ; les phénomènes classiques du tabès n'ont apparu que plusieurs mois, dans un cas, deux ans, dans l'autre, après la paraplégie initiale. Ces observations ne sont pas absolument concluantes, car on peut se demander si paralysies et tabès dorsal n'ont pas été la conséquence de localisations différentes et successives de la syphilis médullaire. (*Ann. de dermat. et de syphil.*, n°s 9 et 10, 1884.)

De l'orteil en marteau, par M. le docteur A. BLUM. — Monographie détaillée dont voici les conclusions : sous le nom d'orteil en marteau il faut comprendre une difformité caractérisée par l'extension de la première phalange sur le métacarpien correspondant, par la flexion de l'articulation de la première et de la seconde phalange, et quelquefois par l'extension de l'articulation suivante. Cette affection est congénitale, acquise ou simulée. Dans l'orteil à marteau acquis, le durillon est le point de départ des accidents qui aboutissent à la difformité de l'orteil.

Quand l'orteil à marteau nécessite l'intervention chirurgicale, on pourra essayer au préalable la section sous-cutanée des ligaments et tissu fibreux périarticulaires avec immobilisation de l'articulation redressée. L'amputation, de préférence à la résection, sera la ressource dernière du chirurgien. (*Arch. gén. de Méd.*, novembre 1884.)

De l'albuminurie diphthéritique, par M. le docteur CADET DE GASSICOURT, médecin de l'hôpital Trousseau. — Sur 85 diphthériques, M. de Gassicourt a trouvé de l'albuminurie 63 fois ; la durée de l'albuminurie a été ordinairement courte (de un à trois jours), mais elle s'est parfois prolongée davantage jusqu'à dix et vingt jours. La quantité d'albumine est très variable, depuis un nuage léger jusqu'à 15 grammes ; d'ailleurs la proportion varie souvent d'un jour à l'autre ; l'albuminurie peut même être intermittente.

Des 85 malades, 50 ont guéri ; des 22 malades n'ayant jamais été albuminuriques, 10 sont morts. L'absence d'albumine n'a donc aucune valeur pronostique. Sur 63 malades albuminuriques, 41 sont morts ; mais si, par conséquent, l'albuminurie a une signification pronostique précise, il ne s'ensuit pas que la gravité soit en rapport avec l'abondance du dépôt albumineux. Au-dessous de 1 gramme par litre, on ne peut tirer aucune conclusion de la plus ou moins grande abondance de l'albumine ; au-dessus de 1 gramme la mort a été presque la règle (13 morts sur 16 cas). Mais, chose remarquable, des trois cas suivis de guérison l'un a présenté jusqu'à 15 grammes d'albumine, d'une manière intermittente, il est vrai. L'albuminurie est beaucoup moins fréquente dans l'angine que dans le croup ; dans l'angine sans croup l'absence d'albuminurie est d'un pronostic généralement favorable, sa présence en quantité notable d'une signification habituellement fâcheuse. Dans le croup l'albuminurie n'a guère de valeur pronostique, sauf quand elle est très considérable. (*Rev. des maladies de l'enfance*, novembre 1884.)

De l'ignipuncture dans l'hypertrophie des amygdales, par M. le docteur L.-A. DE SAINT-GERMAIN. — Relation de vingt observations d'ignipuncture des amygdales, chez des enfants. Pour pratiquer cette opération, qui lui a donné d'excellents résultats, M. de Saint-Germain se sert d'un « spéculum de la bouche ». Il consiste en un bracelet légèrement aplati de haut en bas, s'introduisant à frottement entre les incisives et présentant à sa partie inférieure un

prolongement destiné à abaisser la langue. Poussé dans la bouche, cet instrument est retenu par un cran en relief placé à la partie supérieure, qui se maintient en arrière des incisives supérieures, sans que le malade puisse s'en débarrasser. La lumière réfléchie sur la surface argentée du spéculum permet l'examen parfait de la gorge, et l'on peut sans difficulté introduire la pointe recourbée du thermocautère que l'on chauffe au rouge sombre; car le rouge blanc donne facilement lieu à des hémorrhagies. La douleur est peu accusée et après deux ou trois cautérisations le volume des amygdales a toujours considérablement diminué. (*Rev. des mal. de l'enfance*, novembre 1884.)

Travaux à consulter.

DE LA PARAXANTHINE, par M. A. SALOMON. — L'auteur donne ce nom à un nouveau corps xanthique qui se distingue de tous les autres par sa formation en cristaux macroscopiques. La formule est $C^7H^8Az^4O^2$, commune aussi à la théobromine et à la dioxydiméthylpurine (de Fischer). (*Zeitsch. für klin. Med.*, t. VII.)

D'UNE CAUSE FRÉQUENTE DE GENU VALGUM CHEZ LES ENFANTS, par M. LÜCKE. — Acte d'accusation contre la mode (très répandue actuellement) de retenir les bas, non au moyen de la jarretière vulgaire, mais avec une *jarretelle* partie du corset ou du gilet. L'enfant se débarrasse instinctivement d'un tiraillement qui gêne ses jeux, par une rotation du genou en dehors. (*Cent. für Chirurgie*, 1884, n° 10.)

L'ANTIDOTE DE LA RÉSORCINE, par M. ANDEER. — Contre les effets toxiques de la résorcine (qui se caractérise essentiellement par la vacuité du système artériel et la stagnation dans le système veineux), l'auteur a essayé sans succès les bains tièdes, la bière, etc. Finalement il a obtenu des résultats très satisfaisants avec le *bon vin rouge de France*, qu'il considère comme l'antidote de cette intoxication. (*Wien. med. Presse*, 1884, n° 38.)

DES RAPPORTS DE L'ACIDE PHOSPHORIQUE ET DE L'AZOTE DANS L'URINE, CHEZ LES ANIMAUX NOURRIS AVEC LA SUBSTANCE CÉRÉBRALE, par M. POLITIS. — Ces rapports varient avec la quantité de substance ingérée. Travail intéressant. (*Zeitsch. für Biol., nalen.*, t. XX.)

DE L'EMPLOI DE L'ARSENIC DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE, par M. LEYDEN. — Résumé de vingt observations cliniques. Leyden ne reconnaît aucune influence à la thérapeutique arsenicale. Ni l'état général, ni la nutrition, ni l'état physique du poumon, ni l'expectoration n'ont été modifiés heureusement. (*Charité-An-* 1884.)

UN CAS DE CANCER DE L'URÈTHRE CHEZ L'HOMME, par M. TUZEBICKY. — Les observations de ce genre sont extrêmement rares. Dans le cas particulier la tumeur s'était développée sur un ancien rétrécissement d'origine traumatique. (*Wien. med. Woch.*, 1884, nos 20-21.)

RECHERCHES SUR LA PUTRÉFACTION DES ALBUMINES DANS LE CANAL INTESTINAL DES HERBIVORES, par M. TAPPEINER. — On trouve un grand nombre de corps de la série aromatique : le phénol, dans tous les segments des voies digestives du cheval et du bœuf; le scatol, dans la panse du bœuf et le côlon du cheval; l'indol dans l'intestin grêle, dans le cæcum et le côlon du bœuf. Tous ces corps proviennent de la décomposition putride des albumines qui, d'après les calculs de Tappeiner, atteindrait 10 pour 100 de l'albumine ingérée. Chez le cheval, cette décomposition s'établit très rapidement. Munk avait déjà signalé que, chez le cheval, l'excrétion du phénol était très active. (*Zeitsch. für Biol.*, t. XX.)

ACTION D'UNE SÉCRÉTION DE LA SANGSUE OFFICINALE SUR LA COAGULABILITÉ DU SANG, par M. HYARAFT. — « La sangsue sécrète dans sa bouche un liquide qui détruit le ferment sanguin, sans produire d'autre altération appréciable. Injectée à un animal à sang chaud, cette sécrétion ne produit que des lésions transitoires et est excrétée par les reins. Elle n'a pas d'influence sur la coagulation du lait; elle hâte la coagulation de la myosine et l'apparition de la rigidité cadavérique. » (*Archiv. für experiment. Path.*, t. XVIII, p. 209.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique médicale, faites à l'hôpital de la Pitié (1883-1884), par M. S. JACCOUD, professeur de clinique. — Paris, 1884, Delahaye et Lecrosnier.

Les trente-quatre leçons qui composent ce volume ont trait à des sujets divers et ont été professées pendant l'année scolaire 1883-1884.

Les premiers chapitres sont consacrés aux cirrhoses du foie. Un malade atteint de cirrhose biliaire hypertrophique donne lieu à une discussion particulièrement intéressante : cet homme est ictérique depuis dix-huit mois et, néanmoins, cette cholémie persistante n'a déterminé chez lui aucun des accidents qu'on a l'habitude de grouper sous la dénomination d'ictère grave. Mais vient un moment (moment prévu par le pronostic) où ces accidents éclatent, et leur explosion coïncide précisément avec la diminution de la couleur biliaire de l'urine, décoloration complète et persistante des matières fécales, diminution du volume du foie. M. Jaccoud, trouvant dans cet exemple une nouvelle confirmation de ses idées, en tire les conclusions suivantes : Ce n'est pas la présence de la bile dans le sang qui crée le danger, c'est la suppression ou la cessation des fonctions du foie, c'est l'*asphyxie hépatique*. En deux mots, « ce n'est pas la cholémie qui tue, c'est l'acholie ».

Au sujet d'une malade atteinte d'*anévrysme de l'aorte ascendante*, M. Jaccoud signale une particularité qui n'avait pas été, je crois, encore décrite. Chez cette malade, on constate « un véritable mouvement de roulis dont la phase systolique déplace le thorax de droite à gauche, tandis que la phase diastolique le ramène de gauche à droite à sa position normale ». Ce signe est dû « à l'inflammation adhésive qui unit plus ou moins intimement le péricarde, le cœur et les gros vaisseaux à la paroi antérieure du thorax, et qui est connue sous le nom de médiastinite antérieure ».

Les chapitres consacrés au pneumothorax partiel et au faux pneumothorax contiennent d'intéressantes considérations.

La *séméiologie de l'espace semi-lunaire* présente un intérêt pratique tout particulier. Des fausses membranes peuvent unir, d'une part, le bord inférieur du poumon, le diaphragme et le péricarde, et d'autre part la plèvre costale. Il est essentiel de savoir reconnaître cette « symphyse phréno-costale », afin de ne pas être exposé, dans un cas de pleurésie, à pratiquer une ponction qui pénétrerait dans la cavité abdominale, alors qu'on croirait pénétrer dans la cavité thoracique. Le diagnostic des adhérences phréno-costales est basé sur ce fait « qu'on voit à chaque inspiration une dépression active des espaces intercostaux inférieurs à partir du sixième ou du septième; et avec cette dépression coïncide une traction des côtes elles-mêmes vers la ligne médiane ».

La *phthisie pulmonaire* est un des sujets de prédilection de M. Jaccoud. Aussi se plaît-il à reconnaître toute l'importance de la découverte du bacille de Koch. Mais, en étudiant de près la valeur pathogénique de ce bacille, il arrive à cette conclusion, que l'absorption du parasite est insuffisante pour créer la maladie, et qu'il faut tenir compte avant tout de l'influence nécessaire et prépondérante du terrain organique. Quant à la thérapeutique de la tuberculose, elle n'a encore bénéficié en rien de la découverte du bacille, et les indications qui avaient été précédemment posées au sujet de la prophylaxie et du traitement de la maladie (*Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire*, Paris, 1881), doivent, suivant l'auteur, être conservées dans toute leur rigueur.

On lira avec profit le chapitre où il est question de la *chlorose fébrile*. L'observation qui en fait le sujet m'a d'autant

plus intéressé que j'ai été témoin d'un fait analogue. On sait, plus ou moins, que la chlorose peut être fébrile ; mais ce qu'on ignore généralement, c'est l'intensité que peut revêtir la fièvre dans la vraie chlorose. Ainsi la malade dont il est ici question a eu la fièvre pendant soixante jours et la température a atteint le chiffre énorme de 41°,2. Ignorer ces faits, c'est tomber dans une erreur de diagnostic, c'est s'exposer à voir une fausse chlorose ou une explosion de tuberculose aiguë chez une malade qui n'a en somme qu'une chlorose vraie.

On trouvera un diagnostic différentiel, bien raisonné, au sujet d'un cas d'*atrophie nerveuse progressive*, maladie que M. Jaccoud a fait connaître dès 1866 dans ses cliniques de la Charité.

Cinq chapitres sont consacrés à différentes questions concernant la *fièvre typhoïde* : les idées personnelles de l'auteur et sa compétence spéciale sur ce sujet rendent cette étude fort instructive. L'étude de la température, basée sur un nombre considérable d'observations, y tient une place importante ; je signale surtout ce qui a trait à la défervescence brusque de la dothiénentérie. L'histoire des *rechutes* est tracée d'une façon remarquable.

Dans le dernier chapitre de ce volume, M. Jaccoud nous fait connaître une *forme sudorale de fièvre typhoïde* non encore décrite en France. La plupart de ces cas nous arrivent d'Italie, surtout de Naples ; ce sont les mêmes cas types, et on verra qu'ils ne sont pas très rares à mesure qu'on apprendra à les mieux connaître. La maladie prise en Italie éclate en France après incubation ; néanmoins, « elle peut exceptionnellement prendre naissance dans notre pays ». J'ai suivi de près, avec M. Jaccoud, une malade à laquelle il est fait allusion dans ce chapitre : la brusquerie du début, le frisson, l'intensité de la fièvre, les sueurs profuses, la céphalalgie, tous ces symptômes sont bien faits pour dérouter le clinicien qui ne connaît pas la question et l'idée de fièvre palustre grave, de pernicieuse sudorale se présente à l'esprit. Malheureusement, à l'erreur de diagnostic s'ajoute, comme le fait remarquer fort judicieusement l'auteur, une erreur de traitement qui aggrave la situation.

Je n'ai pu, dans ces quelques lignes, que donner un compte rendu bien aride de l'œuvre de M. Jaccoud ; mais, ce qu'on peut dire, c'est que l'auteur a fait de la vraie clinique et de la bonne clinique. On n'y trouve rien qui ressemble à l'entraînement ; les théories et les hypothèses y tiennent une place restreinte ; les faits nouveaux sont basés sur des observations rigoureuses ; le malade est minutieusement et méthodiquement examiné ; une logique serrée conduit au diagnostic ; le traitement est largement discuté et, quand il y a lieu, le contrôle anatomique est consigné avec toute la précision désirable.

DIEULAFOY.

Index bibliographique.

ÉTUDE CLINIQUE SUR UNE ÉPIDÉMIE DE FIÈVRES D'ORIGINE TELLURIQUE A TYPES PARTICULIERS, par le docteur GROLLEMUND. Nancy, 1884. Berger-Levrault. — Le titre de ce petit mémoire en indique bien l'objet et en prouve l'intérêt. Il s'agit d'observations recueillies chez des soldats soumis à des conditions hygiéniques défavorables, et ayant présenté, les uns des accès fébriles à peu près franchement intermittents, les autres une série de malaises plus ou moins bizarres que l'auteur rattache à la même influence, et qu'il considère comme des fièvres telluriques présentant deux, trois ou même quatre accès quotidiens. S'il nous fallait exprimer ici l'impression qui nous reste de la lecture de ces observations et de l'examen des courbes qui les résument, nous ferions remarquer qu'une température qui ne dépasse guère 38 degrés comme maximum, et qui atteint 37°,5 comme minimum, ressemble bien peu à celle d'une fièvre due à l'intoxication tellurique, et que la faible proportion d'urée contenue dans les urines des malades, l'abondance de celles-ci, l'état de la rate, qui n'a jamais été augmentée de volume, enfin la marche même de la maladie pourraient motiver une autre interprétation ; mais il nous suffira de signaler ce travail, dû à un médecin très studieux et très attentif. Les réflexions que nous pourrions y ajouter seront faites par la plupart des cliniciens qui le liront.

MANUEL DU BRANCARDIER, par le docteur F. GROSS, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, membre du comité de la Société française de secours aux blessés. Paris, F. Alcan. — A côté des manuels déjà publiés par divers médecins de l'armée et patronnés par le ministère de la guerre, la Société de secours aux blessés a voulu répandre une œuvre qui lui fût personnelle et qui résumât les conférences faites aux infirmiers volontaires de Nancy. En confiant la rédaction de cet ouvrage à notre savant confrère le professeur Gross, le comité de Nancy a su lui assurer à l'avance un grand et légitime succès. Ce n'est point seulement, en effet, un guide élémentaire à mettre entre les mains d'agents subalternes que nous lui devons, c'est un petit traité de chirurgie d'urgence que pourront étudier avec fruit tous ceux qui, en temps de guerre, sont exposés à prêter assistance aux blessés. Médecins de la réserve ou de l'armée territoriale, officiers d'administration, officiers combattants chargés de diriger, en l'absence de médecins, l'enlèvement d'un homme grièvement atteint, chacun en ce qui le concerne trouvera dans ce nouveau livre de très utiles indications. Il sera surtout nécessaire aux médecins chargés d'instruire à l'avance les escouades de brancardiers et de leur démontrer expérimentalement comment ils devront agir sur le champ de bataille. Le manuel du brancardier que vient de publier le docteur Gross mérite donc de prendre place dans toutes les bibliothèques médicales. Les figures si claires et si élégamment dessinées par M. A. Auguin, ingénieur des mines, éclairent le texte et donnent aux chapitres qui traitent de l'application des bandages et appareils de fracture un caractère de précision que l'on aurait peine à retrouver dans bien des ouvrages spéciaux.

Nous l'avons dit à diverses reprises, on ne saurait trop louer les maîtres de l'enseignement public lorsqu'ils s'astreignent à écrire des ouvrages de vulgarisation vraiment utiles. A côté des chapitres élémentaires qui résument ce qui est connu de tous les chirurgiens, on trouve toujours dans ces manuels des pages entières qui portent l'empreinte personnelle de celui qui les a écrites, et qui marquent un progrès dans l'exposé scientifique du sujet qui s'y trouve traité.

GUIDE DU MÉDECIN ET DU PHARMACIEN DE RÉSERVE, DE L'ARMÉE TERRITORIALE ET DU MÉDECIN AUXILIAIRE, par le docteur A. PETIT, médecin aide-major. Paris, O. Doin, 1884. — Ce livre, qui mérite d'être signalé après le précédent, a un tout autre but et s'adresse cependant au même public. Il résume les documents administratifs que doit consulter le médecin pour connaître ses droits et ses devoirs. C'est, dit l'auteur lui-même, une sorte de code où l'on trouve « les lois, décrets, règlements, circulaires, instructions et lettres ministérielles qui régissent jusqu'à ce jour les médecins de réserve et de l'armée territoriale et les médecins et pharmaciens auxiliaires ». On comprendra aisément qu'un ouvrage de ce genre échappe à l'analyse. Il suffit d'en indiquer le plan pour en montrer l'utilité.

UEBER PTOMAINE, par M. le professeur BRIEGER (de Berlin). In-8° de 80 pages. A. Hirschwald, Berlin, 1885. — Après un intéressant aperçu historique de la question, Brieger expose ses recherches chimiques et expérimentales, qui sont trop complexes pour se prêter à une rapide analyse. Brieger a découvert une série de ptomaïnes. Quelques-uns de ces corps, comme la neurine, la muscarine, la triméthylamine, ont déjà été obtenus par synthèse ; d'autres, comme la neuridine, étaient jusqu'à ce jour inconnus des chimistes. Brieger insiste surtout sur la *neuridine*, $C^5H^{14}Az^2$, qu'il a trouvée non seulement dans diverses viandes et le fromage putréfiés, mais dans les œufs et la substance cérébrale frais.

Trois de ces ptomaïnes sont puissamment toxiques : la neurine, trouvée dans la viande en putréfaction, la muscarine et l'éthyldiamine, trouvées dans la chair de poisson en putréfaction. C'est à ces corps, et non à une substance spéciale, qu'il faut attribuer les effets toxiques des matières animales putréfiées ; l'expression

de sepsine doit être considérée comme un terme générique s'appliquant à toutes les ptomaïnes toxiques.

Contrairement à ce que certains auteurs ont prétendu, il n'existe à cette heure aucune réaction chimique caractéristique des ptomaïnes; quant à leur rôle en pathologie, Brieger ne fait que rééditer les hypothèses actuellement en cours, sans apporter de documents nouveaux.

De la dilatation adynamique de l'estomac (forme douloureuse), par M. E. de Argaez. Asselin, 1884. — La dilatation adynamique de l'estomac est celle qui ne reconnaît pour cause ni le rétrécissement du pylore, ni des lésions histologiques de la tunique musculaire; c'est, pour M. G. Sée, sous l'inspiration duquel ce travail a été rédigé, une des formes de l'atonie spasmodique. Les phénomènes douloureux, qui font parfois défaut, peuvent être assez prononcés pour caractériser une forme de la dilatation adynamique. Ces douleurs, de caractère très variable, sont, soit provoquées, soit spontanées. Les phénomènes sont, à cela près, identiques à ceux qu'on observe dans les autres variétés de dilatation. Rien de spécial au point de vue du pronostic et du traitement.

Introduction et premier chapitre du Traité inédit d'anatomie pathologique de Laennec, avec préface par le professeur Cornil. In-8°. Paris, 1884. Félix Alcan. — Laennec avait entrepris de réunir ses recherches et ses cours d'anatomie pathologique en un traité complet embrassant l'étude de toutes les lésions organiques; la mort ne lui permit pas de réaliser ce projet; mais il eut du moins le temps d'écrire la préface, la classification et plusieurs chapitres de ce traité, que son cousin Mériadec Laennec acheva, mais qu'il ne publia point. Mis en possession de ces manuscrits par le docteur Laennec (de Nantes), M. Cornil a eu l'heureuse inspiration de publier la préface et le premier chapitre de ce traité.

Dans la préface, Laennec fait ressortir toute l'importance de l'anatomie pathologique pour la médecine pratique, et trace un exposé historique de cette branche de la science, depuis son origine jusqu'à Bichat. Tous les auteurs ont suivi, dans leur plan, l'ordre dans lequel se présentent à la dissection les diverses parties du corps humain; Laennec montre combien cette méthode est défectueuse. Il lui semble préférable de rapprocher les altérations anatomiques d'après leur nature et non d'après leur siège, et de n'adopter les divisions anatomiques qu'à titre auxiliaire. C'est sur ce principe qu'est établie la classification qu'il comptait suivre, et dont il indique rapidement les grandes lignes.

VARIÉTÉS

Cinq années de la jeunesse de Broussais.

Grâce à l'initiative de notre cher doyen, la bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris vient de faire une intéressante acquisition : celle d'un certain nombre de lettres autographes et inédites de Broussais. Il y en a dix adressées à son père et à sa mère; huit à une jeune fille pour laquelle il eut une grande passion, et qu'il finit par épouser; une a pour destinataire un perruquier du nom de Salomon. Ce dossier contient, en outre, deux lettres écrites par Broussais à son ami Péligot; enfin trois pièces de famille.

Ce qui donne un attrait particulier à ces documents, c'est l'époque à laquelle ils se réfèrent : 1791-1796, années de la chouannerie, où le futur réformateur de la médecine, qui est loin de se douter de la gigantesque renommée que l'avenir lui réservait, engagé dans une compagnie de corps francs, simple soldat, assiste aux principaux combats de cette guerre extraordinaire, où il déploie un grand courage, affrontant vingt fois la mort, servant avec un entier dévouement la République, à la cause de laquelle il s'était consacré, arrivant jusqu'aux galons de fourrier en passant par ceux de caporal, et voyant périr son père et sa mère chéris massacrés dans l'ombre de la nuit par les chouans : drame terrible, qui a laissé dans le cœur de Broussais une empreinte ineffaçable, et qui n'a pas peu contribué à lui donner ce caractère quelque peu âpre et abrupt, triste, mélancolique qu'il a montré ensuite toute sa vie. Mais n'anticipons pas.

I. — Une pièce qui s'est comme égarée dans le curieux dossier que nous faisons connaître, c'est une lettre de la mère même de Broussais à son mari (1), lui annonçant son accouchement et la naissance de celui qui devait écrire l'*Examen des doctrines*. Elle avait été envoyée de Pleurtuit à Saint-Malo, chez son père et sa mère, pour y faire ses couches. L'événement arriva le 17 décembre 1772, à cinq heures de l'après-midi. « ... Ma paine fut dure et laborieuse; les accidents qui suivire ma paine d'anfant, me conduire jusque à la porte de la mort. Dieu ne m'a pas voulue, mon amy; ille m'a laissée encore sur la terre poure te faire enragée... Enfin, chers moitié de moy même, je t'envoit se petit billet par Mme Duchemin... Je my au monde un bon petit garson bien norie et bien fort... Il fut tenue sur les fond de bathême par ma merre et M. Simon, un chirurgien venant de faire ses cour, et qui était en pension ches nous. Ille fut nommée François-Joseph-Victor, et my à la norise. J'en ay des nouvelles tous les jours; il n'a pas encore eue de mal depuis qu'il est ô monde. Il vous salue et embrasse, et moy osy. Point de chagrin, je porte bien, et votre fils. Soye réjouis; Dieue a exaucée tout vos veux. Votre tendre épouse, Broussais. »

Nous sautons par-dessus bien des années, et arrivons jusqu'au 21 juin 1791; Broussais, alors âgé de dix-neuf ans, est au collège de Dinan, où il suit son cours de philosophie; le bruit avait couru qu'il s'était engagé dans une compagnie de dragons. Aussitôt, dans une lettre charmante écrite à sa mère, il dément cette nouvelle propagée par un individu en état d'ivresse : « Tranquillisez-vous donc à cet égard, et soyez persuadés que j'ai trop de sentiment et de bon sens pour faire une démarche de telle nature, et soyez assurés que les sentiments que vous m'avez inspirés depuis mon enfance seront aussi durables et aussi profondément gravés dans mon cœur que le respect et la soumission avec lesquels je suis votre obéissant et soumis fils... Mes respects à papa. »

II. — Mais la guerre civile éclate dans toute la Vendée, en Bretagne, en Normandie; la Convention jette pour la première fois (1791) son cri d'alarme : *La patrie est en danger!* Le patriotisme du collégien en frémit, et il s'enrôle dans l'armée républicaine, compagnie des grenadiers de Dinan (17 août 1791). Ce fut un rude apprentissage dont il se tira avec honneur, sans compter la gale, dont il eut beaucoup de peine à se débarrasser. Le pauvre grenadier était assez mal nourri, encore plus mal vêtu; il se désespère réellement dans une lettre qu'il écrit à son correspondant, Salomon, perruquier à Dinan : « Figurez-vous que je n'ai qu'une seule culotte, qui perce partout, et que je ne saurais faire raccommoder par la raison que je n'ai qu'elle. Il fait ici (camp de Lannion) un froid insupportable, et je n'ai qu'un léger habit. Considérez, je vous prie, l'état où je suis : je n'ai qu'un change; pour peu qu'il fasse mauvais temps, me voilà dans l'impossibilité de changer. D'ailleurs, je n'ai même pas une culotte d'uniforme. Et nous sommes presque tous les jours de service... »

Broussais assista à plusieurs combats, qui méritent bien mieux ce nom que celui de batailles, mais d'autant plus dangereux que les chouans, comme des bêtes fauves, cachés derrière les haies, abrités par de hautes vignes, fusillaient presque à bout portant les troupes républicaines. C'est avec une certaine complaisance qu'il raconte tout au long quelques-unes de ces affaires, avec un talent de description et d'appréciation stratégique qui dénote déjà un grand esprit.

Le 5 septembre 1793, c'est le camp de Lanaudière, tout

(1) Le père de Broussais se nommait Jacques-François Broussais, et exerçait avec distinction la chirurgie à Pleurtuit, chef-lieu de canton du département de l'Ile-et-Vilaine, à quelques kilomètres de Saint-Malo. Sa mère était une demoiselle Renée-Françoise Devergers, originaire de cette dernière ville. Ces deux époux n'eurent qu'un fils, qui fut notre Broussais.

près de Nantes, qui est attaqué par les « brigands »; ces derniers, d'abord victorieux et poussant les cris de *Vive le roi! Avançons! Avançons!* sont bientôt obligés de fuir, et la victoire reste aux républicains; quelques grenadiers sont grièvement blessés aux côtés de Broussais.

Quelques jours après, ce ne sont plus quelques compagnies que les patriotes mettent en marche, mais bien une petite armée de 7000 hommes, ayant pour mission de déloger les chouans de leurs retraites ordinaires. On les déloge successivement de Saint-Georges, de Légé, de Bourgneuf, du Pellerin, de Port-Saint-Père, de Machecoul, de Montaigu. Aux portes de cette dernière ville, un combat sérieux s'engage, et il fallut toute la vaillance des grenadiers qui formaient l'avant-garde, et dont faisait partie le caporal Broussais, pour repousser et tuer un grand nombre de « brigands ». — « La ville et les champs voisins étaient remplis de leurs sabots, de leurs piques, de leurs faulx et de leurs fusils. »

Mais, le 21 du même mois de septembre 1793, les vaillantes cohortes républicaines eurent à subir un cruel échec sous les murs de Montaigu, furent forcées de battre en retraite et de s'enfuir précipitamment à Nantes, laissant sur le terrain environ quinze cents des leurs. Broussais donne à son père un récit très circonstancié de cette affaire, et il accuse positivement le général Beisser des malheurs de cette journée. On sent que sa plume est dirigée par une profonde douleur et un ardent patriotisme.

Heureusement que les patriotes prirent leur revanche deux mois après, car ils firent lever le siège d'Angers par les chouans, et battirent l'ennemi à Laval... « Les voilà repoussés, écrit Broussais; ils avaient pour but de repasser dans la Vendée, ils ne l'ont pu; ils ont essayé de passer au Pont-de-Cé, quatorze canons braqués de l'autre côté de la Sèvre les ont abîmés. S'ils veulent passer à Saumur, cette place, qui est encore plus forte qu'Angers, est prête à les recevoir. Ils sont donc pris partout. D'un autre côté, ils sont sans vivres, ils ne peuvent marcher tant ils sont faibles; ils n'ont point de toit pour éviter le froid. Les voilà donc réduits à mourir bientôt comme des enragés, à moins que nos troupes ne fuient devant eux ou que quelques généraux ne nous trahissent. Après eux il nous restera l'armée de Charette, qui est dans la Vendée. On dit qu'elle est battue. »

III. — Mais Broussais, lorsqu'il faisait sa philosophie à Dinan, ne manquait pas, toutes les fois qu'il venait en vacances à Pleurtuit, dans sa famille, de s'initier, sous les yeux de son père, à la pratique chirurgicale (1). D'un autre côté, les hôpitaux militaires manquaient de chirurgiens. Enfin, notre fourrier, fatigué de quatre années de combats contre les chouans, voyant sa santé s'altérer assez profondément pour avoir nécessité un congé de plusieurs semaines et son séjour à l'hôpital d'Angers, résolut de quitter la vie militante du soldat et de demander son admission dans un hôpital en qualité d'officier de santé militaire. Son espoir ne fut pas trompé, et le 20 août 1795 il fut placé à l'hôpital de Pontanezeu. Il y resta jusqu'au 9 décembre suivant, pour être embarqué sur la frégate *la Renommée*, en rade de Brest, et qui était destinée à une expédition en Amérique. Le jeune homme s'acheminait ainsi vers l'exil. Au reste, cette perspective entrait dans ses vues; il s'en exprime à son père dans une lettre touchante écrite de l'hôpital de Pontanezeu :

« ... Je me plais beaucoup ici, nous sommes fort bien nourris... Cependant, quoique rien ne me manque, je réfléchis que cela n'aboutit à rien. Il faut enfin me faire un sort, et quand j'aurai resté ici jusqu'à la paix, je n'en serai pas plus avancé. Je me détermine donc à prendre le parti de passer à Saint-Domingue ou autre partie du Nouveau-Monde quelconque. Je suis destiné pour l'expédition qu'on envoie vers ces climats, et qui doit fournir du monde pour toutes les colonies d'Amérique. Je suivrai ma destination; il faut tenter la fortune. Si j'ai le bonheur de faire un bon voyage, et que je puisse à mon retour me voir quelque chose, j'en profiterai pour aller à Paris : c'est le seul moyen que j'aie de faire un cours bien complet. Que je reste en France, je me ruine et je vous ruine en même temps; l'état de la République est déplorable, les appointements sont si peu de chose, que neuf livres en argent leur seraient préférables. Si je ne par, pas, j'aurai toujours besoin de vous. Et... je frémis d'y pensers après vous avoir épuisé je n'en serai que plus à plaindre! car je deviendrai doublement malheureux! Je sens donc qu'il faut m'imposer une privation bien dure pour mon cœur; mais je sens que je dois m'y soumettre... Nous ne partirons que dans le mois de novembre. Ne me sachez point mauvais gré de mon éloignement, il est nécessaire. Si nous vivions dans un siècle moins dur, avec quel plaisir je passerais ma vie au milieu de mes chers parents... Mais le bonheur est loin de nous, il faut sacrifier beaucoup à présent de peur d'être obligé à de plus grands sachrifices un jour. Le temps des calamités passera, et celui du bonheur pourra luire un jour... Je ne songe qu'à vous payer un jour de vos bontés paternelles et des sachrifices sans nombre que je vous coûte. Je sens que ma dette est immense; mais, si j'ai le bonheur de vous voir un jour réunis à votre fils, fixé et muni d'un état solide, je me verrai au comble de la félicité. Ah! puissé-je vous faire un jour, à tous les deux, oublier tous nos maux passés... » (13 septembre 1795.)

(1) Notre dossier contient un certificat par lequel le père de Broussais déclare que son fils est entré en apprentissage chez lui le 18 octobre 1789, et qu'il l'a continué jusqu'au 17 août 1791.

IV. — Broussais, on le voit, fut bien près d'être perdu pour la renommée et la gloire. Ce jeune homme de vingt-trois ans, ne se connaissant pas lui-même, n'avait qu'une seule ambition, qu'une seule pensée, pensée généreuse au dernier chef : celle de ne plus être à la charge de ses parents, de gagner quelque argent, même en s'éloignant momentanément de la patrie, d'aller à Paris y finir ses études déjà bien commencées, et de se trouver un jour près de son père et de sa mère chéris, exerçant modestement dans un village la médecine. Il était loin de penser que le destin lui réservait une réputation colossale, qu'il réformerait, révolutionnerait la médecine, et qu'il deviendrait le chef d'une doctrine qui a fait le tour du monde, et qu'il a défendue avec la ténacité du Breton, l'ardeur du novateur, l'enthousiasme de l'apôtre et le génie de la controverse.

Une catastrophe épouvantable fut certainement la cause qui fit abandonner au jeune Broussais ses projets d'aller s'enterrer dans un coin de la province, et d'y vivre tranquillement aux côtés de la famille, vivant de la pratique médicale; ce fut cette catastrophe qui lui fit quitter un pays où il avait tant souffert, et venir à Paris, où il devait tenir le sceptre de la profession.

Étant à bord de la frégate *la Renommée*, un messager envoyé par le maire de Pleurtuit vint lui annoncer la mort violente de son père et de sa mère. Dans la nuit du 24 au 25 décembre 1795, une bande de chouans, ivres de vengeance, envahirent la maison du chirurgien de Pleurtuit, le massacrèrent, ainsi que sa femme, et mirent tout à sac et à sang! Que l'on juge de la douleur de ce fils qui avait toujours nourri pour son père et sa mère la plus touchante tendresse! « Chère Marie-Jeanne, s'écrie-t-il en s'adressant à son amie, la seule qui me reste au monde...! Mon tendre père et ma respectable mère! J'apprends dans l'instant leur massacre! Les monstres de chouans! Je suis suffoqué! Console ce malheureux Broussais! le plus affreux des désastres vient de l'accabler! Je ne t'en retrace point les horreurs, non plus que les cruelles douleurs qu'elles m'ont fait et me font ressentir...! »

V. — Ici doit s'arrêter notre récit comme s'arrête la cor-

respondance de Broussais. Nous ne pouvons pas le suivre dans les trois années qu'il passa encore en Bretagne, car il ne vint à Paris qu'en 1799. Ce que nous pouvons dire, c'est qu'il obtint son congé définitif le 20 mai 1796, et qu'il épousa l'amie qui avait été pour lui un ange de dévouement. Broussais avait alors vingt-quatre ans, et la jeune femme avait à peine atteint vingt et un ans (1); tous deux habitaient alors Saint-Servan, près de Saint-Malo. Nous avons mentionné huit lettres écrites par Broussais à celle qui devait être sa femme. Nous ne pouvons résister au désir d'en reproduire une, au moins en extrait. Le bouillant jeune homme s'y dévoile tout entier; sa passion déborde, naïve, honnête, et rien n'a pu l'altérer, ni la vie tourmentée du soldat, ni les affreux malheurs de la guerre civile, ni la pauvreté, ni peut-être les obstacles venus d'un père et d'une mère qui enviaient pour leur fils unique une union plus relevée et plus avantageuse au point de vue de la fortune.

Broussais à Marie-Jeanne Froussart (mai 1793) :

« Chère amie, j'ai reçu une lettre, une seule lettre de toi depuis ton départ; il est vrai que je ne t'en ai écrite qu'une; mais je me suis trouvé éloigné, j'ai été longtemps dans le fond de la Bretagne... Bon Dieu! que j'ai de peines de recevoir si rarement de tes nouvelles, et de n'en recevoir que par des mains indirectes! Ce n'est point ta chère main qui me rend compte de l'état de ta santé et de celui de ton cœur! O, mon amie, faut-il que nous soyions condamnés à ne plus nous voir! J'ai cru quelque temps que j'aurais le bonheur de t'embrasser, non plus par lettres, mais réellement. Il était arrêté par le département des Côtes-du-Nord que nos trois compagnies iraient à Paris; nous étions sur le point de partir lorsque la déclaration de guerre faitte aux Anglais a engagé notre département à nous retenir sur les côtes. Si nous avions été à Paris, nous eussions passé par Vitré; j'aurais vu ma chère Marie-Jeanne; elle m'eût assuré encore une fois, de sa bouche, qu'elle m'aime toujours, et que l'éloignement ne peut rien sur son cœur. Chère amie, écris-le-moi, puisque tu ne peux me le dire; l'éloignement me fait peur. Hélas! je suis toujours à toi; je te conjure, ma douce amie, d'en être bien persuadée; si quelqu'un entreprenait de te persuader le contraire, qu'il soit à tes yeux l'être le plus vil et le plus imposteur; je prends plaisir à t'assurer que je ne respire que pour toi. Point de bonheur pour B. sans M.-J.; il y a longtemps que je suis convaincu de la vérité de ce fait, et je vois que mon cœur ne se démentira jamais. Pardon si je t'ennuie par des répétitions, mais je ne me lasserai jamais de te dire que je t'adore... Je te dirai pour nouvelle que Devreaux (?) est marié avec Nannon Teillard. Ils sont heureux, mon amie, nous sommes les plus infortunés. Ciel, que leur sort me fait envie; on cause beaucoup sur leur mariage, mais ils s'aiment bien, que leur importe. O, si je possédais mon amie, je trouverais tous les discours possibles; quand on a bien parlé on se tait, et deux amans qui s'adorent n'en goûtent pas moins leur bonheur. Laissons parler qui voudra; ceux à qui notre union pourrait déplaire n'ont jamais eu l'âme assez belle pour sentir que le souverain bonheur n'est que dans la tendresse... »

Je ne sais si le lecteur trouvera de l'intérêt dans ces quelques pages; pour moi j'ai éprouvé un véritable plaisir à lire cette correspondance juvénile de l'immortel auteur des *Phlegmasies chroniques*, de l'*Examen des doctrines*, de l'*Irritation et de la folie*, et de reconnaître que chez lui, à un merveilleux génie étaient alliées les qualités morales qui font le plus d'honneur à l'humanité.

A. Chéreau.

(1) Elle se nommait Marie-Jeanne Froussart, et était fille de Laurent Froussart et de Gilette-Elisabeth Le Goff. Le mariage religieux, attesté par une déclaration de Pierre-Paul Guillotin, vicaire de la paroisse de Saint-Servan, eut lieu le 4 décembre 1796. Les deux époux eurent trois fils: Casimir, François, qui furent tous deux médecins, et Emile, qui embrassa la profession d'avocat.

Nécrologie. — La science médicale sous tous ses aspects, la littérature médicale sous toutes ses formes, le corps de santé de la marine, le professorat, la presse, viennent d'être péniblement atteints par la mort si inattendue du professeur Fonssagrives, emporté en moins de trois jours, le 21 de ce mois, par une attaque de choléra, au château de Kergunionnez, près Auray. C'est là qu'il habitait depuis sa retraite du professorat. Pris depuis quelques jours d'une diarrhée très modérée qui ne lui donnait aucune inquiétude, et dont il parlait en plaisantant dans une de ses lettres, il présenta le 18 les premiers symptômes d'un choléra grave, et succomba le 21, après une légère réaction, qui avait donné un instant quelque espoir. L'œuvre de Fonssagrives n'a pas besoin d'être retracée aux lecteurs de la *Gazette hebdomadaire*, dont il a été autrefois le collaborateur attitré pour les questions d'hygiène et de thérapeutique et qui a rendu bien souvent compte de ses nombreuses publications, presque toutes relatives également à ces deux branches de la science médicale. Il venait de terminer le livre qui devait clore la série et se proposait de consacrer une bonne partie de son temps à sa collaboration, déjà si active, au *Dictionnaire encyclopédique*. Fonssagrives restera comme un des vulgarisateurs scientifiques les plus habiles, avec le grand mérite, peu commun chez les vulgarisateurs, d'être doué du sens critique et d'être guidé par un savoir personnel très étendu et des principes arrêtés de pathologie générale. Il faut ajouter que, sur ce dernier point, il montrait assez de largeur de vues pour ne fermer jamais la porte à aucun progrès réel de la médecine.

Fonssagrives, d'abord médecin de navire, comptait plus de vingt-cinq ans de service. Chirurgien de 3e classe en 1841, de 2e en 1845, de 1re en 1849, il avait été nommé en 1853 médecin professeur à Brest. Il était premier médecin en chef depuis 1856, et fut maintenu comme tel hors cadre, quand en 1864 il fut nommé à la chaire d'*hygiène* de la Faculté de Montpellier, qu'il échangea plus tard pour la chaire *de thérapeutique et de matière médicale*. Nommé correspondant de l'Académie de médecine depuis 1865, il briguait en ce moment même le titre d'associé national, de même qu'il présentait au concours du prix Lacaze, à la Faculté de médecine de Paris, la nouvelle édition de son ouvrage sur le traitement de la phthisie pulmo-naire. Il était officier de la Légion d'honneur, décoré de plusieurs ordres étrangers, membre des Académies de Turin, Madrid, Lisbonne, Stockholm et La Havane.

— Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Amédée Cailliot, ancien professeur de chimie à la Faculté de médecine de Strasbourg, décédé à Paris à l'âge de soixante-dix-neuf ans. M. Cailliot avait été, pendant de longues années, l'un des maîtres les plus écoutés de notre ancienne Ecole. Son cours et ses conférences, auxquels il consacrait tous ses instants, et qu'il préparait avec un zèle et une activité qui ne se sont jamais démentis, étaient suivis par une foule de disciples, dont plusieurs — parmi eux il faut citer le professeur Würtz — sont devenus eux-mêmes des maîtres éminents. S'il n'a publié qu'un très petit nombre de travaux, M. Cailliot n'en a pas moins bien mérité de la science et de la médecine par son enseignement et ses services universitaires.

Concours. — Un concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central a lieu en ce moment. Le jury se compose de MM. Hayem, Dujardin-Beaumetz, Cadet de Gassicourt, Gérin-Roze, Féréol, Gallard, Lecorché, Triboulet et Nicaise.

Légion d'honneur. — Est nommé chevalier : M. Chédan (Ernest-Alexandre), médecin de 1re classe de la marine.

La propriété de Villeneuve-l'Étang et M. Pasteur. — Le *Journal officiel* du 26 courant contient la promulgation de la loi adoptée par le Sénat et la Chambre des députés, ayant pour objet d'ouvrir au ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, sur l'exercice 1884, un crédit de 80000 francs pour l'appropriation d'une partie du domaine de Villeneuve-l'Etang, en vue des expériences poursuivies par M. Pasteur sur la prophylaxie des maladies contagieuses des animaux.

Choléra. — Les quelques cas isolés qui se présentent encore à Paris ne méritent plus d'être ici le sujet d'informations régulières.

Un médecin anglais nous affirmait hier que, contrairement au bruit qui en a couru, le choléra ne s'est pas montré à Londres.

On signale encore de temps à autres quelques cas dans les provinces d'Espagne.

Les contradictions qui ont lieu relativement à l'existence ou à la non-existence de l'épidémie tiennent très probablement au plus ou moins de tendance qu'on peut avoir à distinguer la cholérine du choléra confirmé.

Faculté de Lille. — M. Moniez, docteur en médecine, docteur ès sciences, est nommé professeur d'histoire naturelle.

Exposition d'hygiène de Londres. — La *London Gazette* vient de publier un supplément comprenant la liste des récompenses qui viennent d'être accordées aux exposants de l'Exposition internationale d'hygiène et d'éducation de Londres.

La section française de cette exposition reçoit un nombre très important de récompenses, soit 45 diplômes d'honneur, 20 diplômes simples, 25 médailles d'or, 51 médailles d'argent et 38 médailles de bronze, en tout 179 récompenses.

École de médecine d'Alger. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes, à l'École d'Alger, s'ouvrira le 1er juin 1885 devant la Faculté de médecine de Montpellier. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— On annonce la mort de M. le docteur Mouret, médecin et administrateur des hospices de Monistrol (Haute-Loire). On lui doit une étude sur les *Erreurs et préjugés relatifs à l'exercice de la médecine*

Erratum. — Dans l'article *Variété*, intitulé : *Le faiseur d'hommes*, 1re colonne, ligne 10, au lieu de : « un choix de *paroles* et de termes », lire : « un choix de *pensées* et de termes ».

Mortalité a Paris. — *Les conditions de publication du Bulletin de statistique sont modifiées. Le Bulletin contiendra désormais la période comprise entre le dimanche et le samedi inclus et paraîtra le jeudi matin. Le présent Bulletin (portant le numéro 46 bis du Bulletin de la Ville) sert de transition entre les deux publications.* — Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 0. — Rougeole, 15. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 1. — Diphthérie, croup, 14. — Choléra, 250. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 1. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 33. — Phthisie pulmonaire, 101. — Autres tuberculoses, 8. — Autres affections générales, 46. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 38. — Bronchite aiguë, 20. — Pneumonie, 36. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 15; au sein et mixte, 17; inconnu, 6. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 44; de l'appareil circulatoire, 47; de l'appareil respiratoire, 35; de l'appareil digestif, 35; de l'appareil génito-urinaire, 12; de la peau et du tissu lamineux, 1; des os, articulations et muscles, 3. — Morts violentes, 13. — Causes non classées, 2. — Total : 809.

Si l'on considère la semaine intégrale, du 16 au 22 novembre, on trouve, pour la fièvre typhoïde, 22 décès; pour la rougeole, 28; pour la diphthérie, 31; pour la variole, 0; pour la scarlatine, 1; pour la coqueluche, 6; pour l'athropsie des jeunes enfants, 79.

En ce qui concerne le choléra, le *Bulletin* fait remarquer qu'il n'a pas changé de quartier à mesure qu'il diminuait et est resté limité aux quartiers les plus malpropres de la capitale.

Dans le centre, le quartier Saint-Gervais (10 décès dans la semaine du 16 au 22 novembre) et les quartiers Saint-Merry, Arts-et-Métiers, Enfants-Rouges (5 décès chacun). Ces deux premiers quartiers ont toujours été les plus frappés dans les épidémies cholériques antérieures; quant aux deux autres, ils sont contigus au XIe arrondissement, qui continue à être le principal foyer de la maladie.

Dans cet arrondissement, la Folie-Méricourt est restée presque indemne (1 décès seulement la semaine dernière), mais Saint-Ambroise (11 décès), la Roquette (20 décès), ont été encore sérieusement atteint; Sainte-Marguerite (8 décès) a vu diminuer considérablement la gravité du fléau. Le quartier des Quinze-Vingts (14 décès) est le seul qui soit encore atteint dans le XIIe arrondissement (Reuilly). Tous les quartiers excentriques du sud de Paris sont à peu près indemnes, excepté Javel (5 décès) et Grenelle (4 décès). L'arrondissement de Passy est resté indemne, les quartiers excentriques du nord-ouest de Paris le sont également. Il n'en est pas de même du quartier de La Chapelle (8 décès), de la Villette (9 décès) et du Combat (12 décès) Le XXe arrondissement est moins éprouvé que le XIXe.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Guide du médecin et du pharmacien de réserve de l'armée territoriale et du médecin auxiliaire, par M. le docteur A. Petit, médecin aide-major de 1re classe, attaché à la division du service de santé du 16e corps d'armée. Un joli volume in-18 cartonné diamant de 310 pages avec figures dans le texte et planche en chromo-lithographie hors texte. Paris, O. Doin. 5 fr.

Du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus (méthode du docteur Apostoli), par M. le docteur Lucien Carlet, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Saint-Louis. Médaille de bronze de l'Assistance publique. 1 vol. in-8 de 260 pages avec figure dans le texte. Paris, O. Doin. 4 fr.

Recherches sur le pouls, le cours, la convalescence et la rechute de la fièvre typhoïde, par M. le docteur P. Parisot, chef de clinique médicale de la Faculté de médecine de Nancy. Grand in-8 de 132 pages avec 6 planches. Paris J.-B. Baillière et fils. 3 fr.

Théorie nerveuse de la goutte, par M. Dyce Duckworth, agrégé du Collège royal de médecine de Londres. Ouvrage traduit de l'anglais et annoté, par M. le docteur A. Sordes, précédé d'une préface de M. le professeur B. Ball. In-8 de 75 pages. Paris, Asselin et Houzeau. 2 fr. 50

De la forme de l'excavation pelvienne considérée au point de vue obstétrical, par M. le docteur Alphonse Boissard, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-4 avec 50 planches de grandeur naturelle. Asselin et Houzeau. 5 fr.

Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose, par M. le docteur Paul Coudray, ancien interne des hôpitaux, ancien aide d'anatomie de la Faculté. 1 vol. in-8 de 108 pages. Paris, Asselin et Houzeau. 3 fr. 50

Antiseptiques et maladies infectieuses : du cuivre contre le choléra et la fièvre typhoïde, préservation et traitement, par M. le docteur V. Burq. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 4 fr.

De la douleur physique et morale au point de vue physiologique et pathologique, par M. le docteur Saint-Vel. 1 vol. in-11. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Recherches anatomo-pathologiques sur l'action du venin des serpents, action physiologique et toxicologique. Thérapeutique, par M. le docteur Urnela. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Bulletins et Mémoires de la Société française d'otologie et de laryngologie. Tome Ier, fascicule 3. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Leçons professées pendant le premier semestre de l'année 1883-1884 (affections d'origine bactéridienne, pneumonie tuberculeuse, etc., par M. le professeur Cornil. 1 vol. in-8 avec 25 figures dans le texte. 4 fr.

Recherches expérimentales sur l'excitabilité électrique des circonvolutions cérébrales et sur la période d'excitation latente du cerveau, par M. le docteur H. de Varigny. 1 vol. in-8. Paris, Félix Alcan. 2 fr.

Étude sur les cystites (pathogénie, diagnostic, traitement), par M. le docteur Hache, 1 vol. in-8. Paris, Félix Alcan. 3 fr. 50

De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille, par M. le docteur Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. Grand in-8 de 110 pages. Paris, O. Doin. 3 fr.

G. Masson. *Propriétaire-Gérant*.

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

THÉRAPEUTIQUE

Le Rosinol

I

La colophane, plus connue sous le terme générique de *résine*, provient de la térébenthine privée d'essence par évaporation ou par distillation. Cette résine ou colophane se présente en une masse de couleur jaune, cassante et vitreuse, laquelle est presque entièrement composée d'*acide abiétique* anhydre, puis d'une faible proportion d'acides acétique et succinique et enfin d'hydrocarbures goudronneux.

Si l'on soumet la résine à la distillation sèche, on obtient alors différents produits, parmi lesquels il en est un tout particulièrement intéressant par suite de sa récente application en thérapeutique. Les produits de la distillation de la résine comprennent : une huile essentielle (que les Anglais appellent *vive essence*), une huile plus lourde qui est le Rosinol, et du goudron.

Le Rétinol ou plutôt *Rosinol*, qui intéresse tout spécialement, est une huile d'un jaune clair, assez fluide, analogue d'aspect à l'huile d'amandes douces, d'une saveur et d'une odeur faibles et spéciales, non saponifiable et offrant par elle-même une réaction tout à fait neutre.

Bien que la formule brute de la composition du Rosinol ($C^{35}H^{16}$) puisse en quelque sorte expliquer certaines de ses applications thérapeutiques, il est aussi d'autres éléments à considérer. Ainsi le Rosinol, produit de distillation, contient naturellement par suite de son origine et de sa préparation, et en dissolution dans l'hydrocarbure, divers corps tels que: *térébène*, *colophène*, *résine modifiée*, *crésylol*, *acides crésylique* et *phénique*, *créosote* et *ses dérivés pyrogénés*. Tous ces différents principes, en dissolution dans l'hydrocarbure huileux, viennent ajouter leur action spéciale à celle du produit essentiel et principal constitué par le carbure.

On peut s'expliquer ainsi très aisément les remarquables propriétés du produit comme *antiseptique*, *tonique*, *isolant*, *modificateur* et *cicatrisant*.

II

Le *Rosinol*, introduit depuis peu dans la thérapeutique, a toujours fourni de constants et parfaits résultats. Ainsi, pour l'usage externe, toutes ses diverses applications sont des plus heureuses et sanctionnées par des observations aussi nombreuses qu'intéressantes : *pansements chirurgicaux* soit en applications topiques, soit en injections ou introductions à l'aide de charpie, pansements des trajets fistuleux, clapiers, abcès vidés, etc. Appliqué sur les muqueuses uréthrale et vaginale et surtout au moyen de tampons dans la *vaginite* et les *métrites* (avec ou sans ulcérations), le Rosinol constitue en quelque sorte le spécifique de ces affections.

Ses applications *obstétricales* sont indiquées dans presque toutes les circonstances. Enfin on a fait servir le Rosinol à la façon des huiles, cérat, pommades, vaseline, etc., dans un grand nombre de cas tels que brûlures, hémorrhoïdes, diverses affections de la peau, etc., où il s'est toujours montré comme un agent héroïque. — Ceci s'explique bien d'ailleurs par sa seule composition chimique.

III

Pour l'usage interne le Rosinol comporte de nombreuses applications et toutes véritablement très intéressantes. On l'a administré par cuillerées dans les fièvres putrides (*forme typhique*) et on en a obtenu des effets qui peuvent être ainsi résumés: cicatrisation des ulcérations intestinales, isolement de ces ulcérations d'avec les matières fécales tendant à les infecter, expulsion des matières par la lubrification des parois du tube digestif, tonification du tube digestif lui-même. C'est sans doute par une action analogue qu'on a vu le Rosinol produire d'étonnants résultats dans le *cancer* et l'*ulcère stomacal*.

Mais par son action cicatrisante toute spéciale sur les muqueuses le Rosinol est naturellement indiqué comme un *anticatarrhal* général; et alors à petites doses (sous forme de capsules), on l'emploie avec le plus grand succès dans le traitement des *rhumes*, *catarrhes*, *bronchites*, *laryngites*, *pleurésies chroniques*, etc. C'est pour la même raison que quelques praticiens l'ont employé avec toute réussite (aux mêmes doses et sous la même forme) dans le traitement du catarrhe de la vessie.

IV

En résumé, le *Rosinol* est essentiellement un agent modificateur, tonique et antiseptique à l'égard des muqueuses ; et si un flux mucoso-purulent exagéré ou même purulent les a envahies, l'application directe du *Rosinol* les ramènera à leur sécrétion normale, tandis qu'en applications indirectes, soit par ingestion, sous forme quelconque, le Rosinol agissant par diffusion favorisera la cicatrisation des voies respiratoires ou urinaires.

Le Rosinol a encore certains avantages dont le médecin doit tenir compte : il est d'un emploi commode et ne peut dans aucun cas donner lieu au moindre inconvénient. Nous publierons ultérieurement diverses observations très intéressantes à propos des diverses applications du Rosinol.

E. Gautrelet.

THÉRAPEUTIQUE

De la peptone de Kochs.

La découverte de ce nouveau produit résout complètement un problème dont la solution était depuis longtemps cherchée : peptoniser l'albumine du muscle et la concentrer, réunie aux matières extractives de la viande, en une préparation se dissolvant facilement dans l'eau, s'absorbant immédiatement dans l'organisme humain, se conservant indéfiniment sans décomposition ni altération, avec un bon goût et une saveur agréable.

De nombreux essais ont été tentés pour peptoniser l'albumine par des moyens artificiels avant son introduction dans l'estomac, afin d'obtenir, sans le concours de l'action digestive, une absorption directe de l'albumine par l'organisme (1). Mais, jusqu'à présent, aucun de ces essais n'avait abouti à un résultat complet.

Les peptones de viandes produites par voie artificielle, soit à l'aide de ferments empruntés à des estomacs d'animaux (pepsines), soit au moyen de différents acides ou de températures élevées, etc., ne pouvaient remplacer, comme substance nutritive, les matières albumineuses non peptonisées : elles ne les remplaçaient qu'imparfaitement pour les malades, et pas du tout pour les gens bien portants, à cause de leur décomposition facile, de leur goût aigre ou amer, de leur odeur rappelant les matières digérées par l'estomac.

Les peptones du docteur Kochs atteignent complètement le but jusqu'ici vainement poursuivi : elles ne sont sujettes à aucune décomposition, à aucune altération; entièrement exemptes de gélatine, elles conservent indéfiniment une bonne saveur.

Les expériences sur les animaux faites avec les peptones du docteur Kochs ont confirmé la supériorité de cette peptone sur les autres produits similaires. L'emploi qu'en ont fait dans leur service un grand nombre de médecins des hôpitaux et les succès qu'ils en ont obtenus nous sont un sûr garant de sa remarquable efficacité.

M. le professeur Bamberger (de Vienne), dont chacun connaît la haute valeur, a, entre autres, employé la peptone du docteur Kochs dans plusieurs cas de *dyspepsie grave* avec de très bons résultats : « Son incorruptibilité et sa saveur agréable sont, dit-il, pleinement satisfaisantes. Surtout en ce qui concerne le goût, cette préparation surpasse de beaucoup toutes les peptones dont j'ai fait usage jusqu'ici. Et, dans mon opinion, elle répond à toutes les légitimes exigences. »

Des résultats semblables ont été obtenus dans plusieurs hôpitaux, à Paris, notamment à la Pitié, à Necker, à l'hôpital des Tournelles; à Berlin (par M. le professeur Leyden), etc., etc.

L'analyse clinique démontre que la peptone du docteur Kochs présente toutes les réactions d'une *véritable peptone*, qu'elle est absolument exempte de *gélatine*.

Les malades et les personnes affaiblies peuvent en prendre 150 grammes par jour. Des expériences rigoureusement faites ont, en outre, démontré que l'emploi d'une quantité double ne produit aucun effet nuisible sur le cœur et le système nerveux, bien que les sels de potasse se trouvent en proportion plus forte dans cette peptone que dans la chair musculaire.

Une petite cuillerée de cette peptone suffit pour relever de suite les forces, dans les cas d'extrême fatigue ou de faiblesse soudaine.

Dans les cas où l'introduction des aliments dans l'estomac est impossible, la nutrition au moyen de cette peptone de viande du docteur Kochs peut se faire par le rectum : l'albumine peptonisée, introduite par cette voie, est rapidement absorbée par la muqueuse.

On sait que M. Dujardin-Beaumetz (1) attribue aux peptones un rôle important en thérapeutique, et qu'en particulier il en recommande l'emploi dans la dyspepsie atonique et putride. La peptone du docteur Kochs est indiquée non seulement dans les dyspepsies, mais encore dans l'anémie, dans la convalescence des maladies graves, etc.

Très réconfortante et se présentant sous un petit volume, elle offre de plus une ressource précieuse aux touristes, aux voyageurs, aux explorateurs; elle peut rendre aussi de grands services dans l'armée et la marine, dans les hôpitaux militaires, dans l'approvisionnement des forteresses, des navires, etc., etc.

En résumé, les qualités des peptones du docteur Kochs qui viennent d'être sommairement indiquées :—grande valeur nutritive, assimilation immédiate, saveur agréable et incorruptibilité — en font un aliment nouveau et de premier ordre, également propre à nourrir et à réconforter les organismes sains ou malades.

La peptone du docteur Kochs se trouve dans le commerce à l'état sirupeux, en boîtes de fer-blanc et en pots de porcelaine, en tablettes et en pastilles.

(*Le Progrès médical.*)

(1) MM. Plotz, Maly, Adamkiewitz, etc., ont démontré que les peptones jouissaient des mêmes propriétés nutritives que l'albumine.

(1) Dujardin-Beaumetz, *Leçons de clinique thérapeutique*. Paris, 1880, 2e édition, p. 410.

THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi du lactate de fer.

L'efficacité de l'emploi du fer dans l'anémie, la chlorose, la chloro-anémie n'est pas contestable; la seule chose qui puisse encore être discutée, c'est le mode d'emploi. Il est évident que ce que l'on doit rechercher avant tout, c'est de rendre le fer facilement assimilable, et, pour atteindre ce résultat, il faut qu'il soit soluble.

Le nombre des préparations ferrugineuses est très grand, mais il n'y en a que fort peu qui soient solubles, et encore parmi celles qui ont cette qualité, s'en rencontre-t-il beaucoup qui doivent être écartées en raison de leur altérabilité, de leur saveur désagréable, de la difficulté que le malade éprouve à les digérer, parfois même des accidents qu'elles occasionnent.

Il ne faut pas perdre de vue qu'un des symptômes de l'anémie, c'est la faiblesse de l'estomac et le dégoût des aliments; il importe donc beaucoup de n'offrir au malade rien qui lui répugne, aucun médicament qui exige de son estomac des efforts dont il est incapable.

Il est aujourd'hui parfaitement reconnu que c'est sous la forme de lactate que le fer est le plus facilement assimilable. En effet, l'acide lactique est abondamment répandu dans l'économie, il se retrouve dans les muscles et dans toutes les sécrétions, sueurs, sang, urine; ce n'est donc pas introduire dans le corps un élément étranger que de lui fournir l'acide lactique sous la forme de lactate de fer, et il est présumable que c'est seulement quand il a revêtu cette forme que le fer commence à agir d'une manière efficace.

C'est en partant de cette idée que MM. Gélis et Conté ont cherché une préparation qui introduisît directement le lactate de fer dans l'économie. Dès lors en effet, le rôle de l'estomac devait se réduire à un simple travail d'absorption, et l'action des médicaments n'était plus subordonnée à l'acidité plus ou moins grande du suc gastrique. Ils ont donc créé les Dragées et Pastilles de lactate de fer qui portent leur nom, et très rapidement ce médicament a pris une place importante dans la thérapeutique.

L'Académie de médecine, saisie de l'examen de ces préparations par l'envoi qui leur en a été fait par MM. Gélis et Conté, a nommé une commission pour les étudier. M. Bouillaud, le rapporteur, s'est livré, ainsi que M. Fouquier, le président de la Commission, à des expériences nombreuses; il a constaté que le médicament était parfaitement supporté par tous les sujets, et qu'il n'était aucun des malades auxquels il l'avait administré qui ne s'en fût bien trouvé et n'eût ressenti une amélioration notable. Il terminait son rapport par les lignes suivantes :

« La Commission sait avec quelle réserve il convient de se » prononcer toutes les fois qu'il s'agit de préparations médi- » camenteuses nouvelles; mais elle n'ignore pas non plus » que cette réserve a des bornes, et qu'elle ne doit pas aller » jusqu'à refuser de rendre aux auteurs de ces préparations » la justice qui leur est due.

» D'après les faits dont nous venons d'avoir l'honneur de » vous exposer un résumé succinct, nous croyons, Messieurs, » qu'il serait difficile de ne pas porter un jugement favo- » rable sur la nouvelle préparation ferrugineuse proposée par » MM. Gélis et Conté, et de ne pas reconnaître que les » recherches cliniques permettent dès à présent de placer au » rang des plus utiles préparations ferrugineuses le sel nou- » veau dont ils viennent, d'après un heureux et ingénieux » rapprochement, d'enrichir la matière médicale. »

Ce jugement, vieux aujourd'hui de quarante-quatre ans, a été ratifié par le corps médical : MM. Andral, Bouillaud, Fouquier, Bally, Nonat, Bean, etc., ont constamment employé les Dragées de Gélis et Conté dans leurs services, et aucun médicament nouveau n'est venu détrôner cette excellente préparation. Son emploi se signale immédiatement par le réveil de l'appétit, et c'est au bout de très peu de jours que les anémiques ressentent les changements qui leur rendent le courage et bientôt les forces.

Les Dragées de Gélis et Conté sont employées avec succès dans tous les cas où les ferrugineux sont indiqués, notamment l'anémie, la chlorose, la chloro-anémie, l'aménorrhée, la disménorrhée, la leucorrhée chronique; pour les enfants de complexion délicate et les convalescents de longues maladies.

Chaque dragée contient 5 centigrammes de lactate de fer; la dose habituelle varie de six à douze par jour.

(*Union médicale.*)

THÉRAPEUTIQUE

De la Créosote de hêtre associée au baume de Tolu et au goudron de Norwège.

La *Créosote de hêtre* a été découverte par Reichenbach, chimiste, de Blansko, en Moravie. C'est un produit pyrogéné, dont la composition est : 76,2 de carbone, 7,8 d'hydrogène, 16 d'oxygène; son nom vient de κρέας, chair, et σώζω, je conserve. Cette heureuse étymologie, suggérée par sa propriété essentielle, nous indique l'action qu'elle exerce dans le traitement de toutes les affections de la poitrine et des voies respiratoires.

Les remarquables travaux des docteurs Bouchard, Gimbert, etc., ont affirmé sa haute valeur thérapeutique, qui n'est plus discutée aujourd'hui.

La créosote se présente sous l'aspect d'un liquide incolore, oléagineux, presque insoluble dans l'eau, mais soluble dans l'alcool, l'éther acétique et les huiles essentielles. On la retire du goudron de bois et du goudron de houille.

La composition de la créosote en révèle naturellement les propriétés; elle coagule l'albumine et constitue l'une des substances les plus antiseptiques et les plus antifermentescibles. Elle tue avec une rapidité surprenante les organismes inférieurs. Le seul défaut de ce médicament, c'est d'être mal toléré par certains tempéraments, de causer des nausées, des vomissements, et, dans tous les cas, des renvois, qui obligeaient à en suspendre l'emploi. Il fallait trouver une substance qu'on pût lui adjoindre pour faire disparaître ces inconvénients. Des travaux importants ont fixé le choix sur le *Baume de Tolu*, qui présente, pour cet usage, des avantages particuliers.

Tous nos lecteurs connaissent la couleur jaune et l'odeur balsamique et agréable de ce baume, obtenu par l'incision de l'écorce du *Myrospermum Toluiferum*, plante de l'Amérique méridionale. Tous aussi savent que ces substances résineuses renferment soit de l'acide benzoïque, soit de l'acide cinnamique, qui leur assurent des propriétés antispasmodiques et anticatarrhales très énergiques.

De toute antiquité, les baumes balsamiques étaient employés avec succès dans le traitement des phlegmasies chroniques, qui ne pouvaient supporter l'usage des térébenthines.

Le baume de Tolu, dont la découverte remonte au delà de Dioscoride, était, dès cette époque, employé au traitement de tous les flux muqueux, des maladies chroniques du poumon, catarrhales et nerveuses, ainsi que dans les affections du larynx produisant l'enrouement et l'extinction de la voix, *raucedines* et *aphoniæ*, et même dans la phthisie tuberculeuse. Morton s'exprime en ces termes au sujet d'une préparation pilulaire composée, en majeure partie, de baume de Tolu : *Istæ pilulæ, in scorbuticorum et scrofulorum lentâ phthisi (quæ quidem sunt frequentissimæ phthisies), ubi febris (si ulla est) est admodum mitis, et exsputum phlegma quadamtenus glutinosum, asthmaticorum ritu, curationem non tantum in principio morbi, verum etiam in progressu insigniter promovent.*

La réputation du baume de Tolu est bien établie, et il nous a suffi de rappeler ces anciens travaux pour indiquer que nous n'avons pas affaire ici à une de ces préparations dont l'efficacité est aussi passagère que la vogue, mais à un bon produit de vieille renommée.

En ajoutant le *goudron de Norwège* à ces deux substances d'une activité si incontestable et si universellement reconnue, on arrive à composer un médicament d'un effet sûr et d'une puissance toute nouvelle, qui peut s'apprécier par celle de ses éléments.

Le goudron végétal (*pix liquida*) du groupe des térébenthinés s'obtient par la distillation des bois de pin qui ne donnent plus de térébenthine. Il se présente sous la forme d'une masse demi-fluide (de consistance sirupeuse), de couleur brune, d'une odeur empyreumatique, d'une saveur âcre.

C'est un mélange complexe de résine et d'une huile essentielle empyreumatique qui s'est formée, en partie, par l'action du feu sur la résine; il contient aussi du charbon.

Au double point de vue physiologique et thérapeutique, le goudron produit des effets qui se rapprochent de ceux de la térébenthine : mais comme cette dernière, il n'est pas contre-indiqué par les éléments fièvre et congestion inflammatoire.

Il est employé avec grand succès, depuis un temps immémorial, dans les affections des voies respiratoires, en raison des heureuses modifications qu'il apporte sur la muqueuse trachéo-bronchique.

L'hydrolé de goudron a reçu, dans ces derniers temps, de nombreuses applications, grâce aux préceptes de préparation si bien établis par Guibourt, Lefort, Soubeiran, Magne-Laheus, Mignot, Jeannel et nombre d'autres savants.

Après de nombreuses expériences, nous nous sommes arrêté à une formule, d'après laquelle nous avons fait préparer de petites capsules ovoïdes par MM. Trouette-Perret, pharmaciens à Paris.

Chaque capsule doit contenir :

5 centigrammes de créosote pure de hêtre;

7 centigrammes 1/2 de goudron purifié de Norwège ;

7 centigrammes 1/2 de baume de Tolu.

Ces capsules, appelées par leur auteur *Gouttes Livoniennes de Trouette-Perret*, doivent être employées aux doses suivantes :

Dans le cas où la maladie a peu de gravité, et si l'on ne veut qu'un moyen prophylactique, deux capsules le matin et deux le soir peuvent suffire; mais il n'y a aucun inconvénient à porter plus haut les doses.

Dans les cas plus graves, on commencera par quatre capsules le matin et quatre le soir, et on augmentera la dose de manière à arriver à douze capsules par jour, en graduant suivant l'état de la maladie et l'effet que l'on désire obtenir.

Il est indispensable, chaque fois qu'on aura pris de ces capsules, de ne pas leur permettre de s'arrêter dans les plis de la gorge, et de les faire descendre dans l'estomac en avalant un quart de verre d'un liquide quelconque, eau, lait, vin, thé léger ou tisane froide ou chaude.

Lorsque les Gouttes Livoniennes auront rétabli la santé, il sera bon de n'en point abandonner brusquement l'usage, et, dans tous les cas, de s'y remettre une quinzaine de jours au retour de l'hiver, et notamment aux changements de saisons, accompagnés de temps humides.

Dr E. LASNIÉE.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 5 décembre 1884.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — L'EAU CHAUDE EN CHIRURGIE.

Séance de l'Académie de médecine.

Nous nous sommes occupés, au début de la polémique engagée entre MM. Marey et Giraud-Teulon, du problème de la *locomotion aérienne*. Après une première *passe*, M. Marey n'avait pu, par suite d'absence, riposter à son adversaire qu'après un temps très long, et cela dans une des dernières séances. M. Giraud-Teulon s'est hâté de redescendre dans l'arène; mais voilà M. Marey parti pour tout l'hiver. La discussion va donc s'arrêter là, du moins pour le moment. Quelque intéressante qu'elle soit d'ailleurs, elle est d'une nature si spéciale et si étroitement liée aux principes de la mécanique générale, que nous ne croyons pas devoir nous y engager nous-même davantage.

— Le choléra d'Aubervilliers est revenu devant l'Académie avec une lecture de M. Léon Colin; MM. Proust et Dujardin-Beaumetz ont demandé la parole pour la prochaine séance. M. L. Colin a posé nettement la question de la contagion et des véhicules du contage : eaux potables ou courants atmosphériques. Nous voudrions bien que ses deux collègues s'expliquassent catégoriquement à leur tour sur cette question si importante.

— Enfin l'Académie a entendu un mémoire de M. le docteur Tison relatif à trois cas de chromhidrose, et qui doit être l'objet d'un rapport.

L'eau chaude en chirurgie.

L'eau chaude commence à prendre, dans la thérapeutique chirurgicale, une importance de premier ordre, et nous voudrions montrer, dans cet article, les services qu'elle peut rendre. Nous le ferons sans nous inquiéter des problèmes de physiologie que cette question soulève : on ne sait guère, en effet, les modifications que la chaleur imprime à nos tissus, et si le chaud et le froid n'ont pas, en définitive, une action presque identique. Nous ne nous inquiéterons pas non plus d'histoire et de priorité : l'eau chaude fut de tout temps un remède populaire,—et qui, à notre époque, revendiquerait l'honneur de l'avoir appliqué pour la première fois dans telle ou telle maladie s'exposerait à la surprise d'en retrouver l'emploi traditionnel au fond de quelque province ou même chez des peuplades sauvages.

I

Les applications d'eau chaude sur la paupière dans les inflammations des membranes externes de l'œil sont maintenant classiques, et Panas nous montre, dans ses leçons sur les *kératites*, que leur emploi était de science courante au milieu du dix-huitième siècle : Gmelin en 1742, Bilger, Gifftheil témoignaient déjà de son heureuse influence sur la résorption du pus déposé dans la chambre antérieure. Plus près de nous, de Græfe, Jacobson, Sæmisch ont repris avec succès cette ancienne pratique, entrée désormais dans la thérapeutique usuelle; les ulcères de la cornée, les infiltrations diffuses ou circonscrites, les kératites aiguës ou chroniques, avec ou sans pannus, quelques conjonctivites et quelques variétés d'iritis sont trop souvent traités par les vapeurs d'eau chaude, les douches d'eau chaude, les compresses trempées dans l'eau chaude pour qu'il soit besoin d'insister.

Depuis une dizaine d'années seulement on a, chez nous, recours à l'eau chaude dans un certain nombre d'*affections utérines*, et la pratique s'en est vite vulgarisée. Chapmann, puis Athil (de Dublin) dissipaient les congestions passives du petit bassin et combattaient les métrorrhagies par des applications d'eau chaude sur la région lombaire; Gueneau de Mussy avait obtenu de bons résultats par ce moyen, que Cusco employait également avec succès. Emmet (de New-York), puis Courty songèrent alors aux injections intra-vagi-

nales. Ils en étendirent les indications, et ils en firent usage même dans les cas d'écoulements sanguins symptomatiques de lésions organiques, fibromes, myomes, fongosités, polypes et cancers. « En associant les injections chaudes aux moyens ordinaires, on facilite la résolution des hyperhémies chroniques et on raccourcit leur durée. »

Martin (de Berlin) a fait publier une statistique où l'on montre que, sur 130 malades chez lesquels la durée du traitement par l'eau chaude a varié entre quatorze jours et six mois, 113 ont obtenu une guérison complète, 5 une amélioration légère, 14 n'ont pas été soulagés, et 8 ont vu leur affection s'aggraver. 83 pour 100 de guérisons est un résultat bien remarquable, surtout, ajoute l'auteur, si l'on tient compte des complications graves, telles que la phthisie pulmonaire, qui, dans plusieurs cas, ont entravé le traitement. Les succès ont été surtout rapides dans les inflammations péri-utérines : la résorption des exsudats, même anciens, est favorisée; la rigidité des adhérences s'assouplit; des métrorrhagies qui tiennent à un défaut d'involution de la matrice sont aussi remarquablement conjurées, tout comme les dysménorrhées, les métrites chroniques, les troubles nerveux qui accompagnent la ménopause.

Nous avons eu bien souvent recours aux injections intra-vaginales, et les succès ont été remarquables. De neuf observations que nous pourrions publier nous résumerons brièvement la dernière : Une dame de quarante-neuf ans nous consulte pour des pertes qui revenaient deux fois par mois et qui duraient de sept à huit jours; leur abondance était telle, qu'une rapide anémie en avait été la conséquence; la peau était décolorée, presque jaune-paille; il existait de l'anhélation au moindre effort, des palpitations de cœur et des sueurs nocturnes; les douleurs lombaires étaient extrêmement vives. L'ensemble de ces troubles était provoqué par une tumeur fibreuse, du volume d'une mandarine, incluse dans la paroi postéro-inférieure de l'utérus.

Nous ordonnons une irrigation vaginale de plusieurs litres d'eau à la température de 50 à 55 degrés; à cette injection bi-quotidienne, nous ajoutons, le matin, un lavement à la même température, et, pour qu'une plus grande quantité d'eau pénètre dans le rectum, nous conseillons d'ouvrir à demi seulement le robinet de l'irrigateur et de le fermer même un instant, lorsque la malade éprouve une sensation exagérée de distension, pour le rouvrir lorsque cette sensation s'est apaisée; le liquide s'accumule ainsi dans l'ampoule et forme une sorte de bain dans lequel est plongé le segment postéro-inférieur de l'utérus. Sous l'influence de ce traitement, les hémorrhagies ont cessé; les règl s n'apparaissent plus que tous les vingt-neuf jours et l'écoulement n'a plus rien d'anormal; les douleurs lombaires ont cessé; l'embonpoint et les couleurs sont revenues, à tel point que nous avons permis à la malade de renoncer à une saison dans une station chlorurée-sodique qui était spécifiée dans l'ordonnance première. Depuis huit mois la guérison s'est maintenue.

Courty, Emmet, Martin ont aussi recommandé l'emploi prolongé des irrigations très chaudes pour préparer certaines malades à subir une *opération sanglante* sur un utérus hyperhémié. Au bout de quelques jours on voit, sous l'influence du traitement, la matrice perdre sa coloration vineuse, sa turgescence; la chaleur, les pulsations disparaissaient, en un mot l'ensemble des phénomènes congestifs qui font redouter une hémorrhagie. Aussi ces auteurs ont pu, grâce à cette précaution, pratiquer sans perte de sang appréciable des débridements de l'orifice vaginal, des autoplasties et des résections du col, de larges avivements pour la suture de fistules vésico-vaginales. Il y a là un excellent moyen d'hémostase qu'on ne doit pas négliger à l'occasion.

II

Tous ces faits sont connus; il en est de même du traitement de la *blennorrhagie*, et depuis que Curtis a signalé les bons effets des injections d'eau chaude dans l'urèthre enflammé, on a eu souvent recours à cette pratique. Nous l'avons employée deux fois, mais chez la femme seulement; en quelques jours un écoulement verdâtre abondant, accompagné de vive cuisson au niveau du méat, a été tari sans retour. Chez l'une de nos deux malades, il n'en survint pas moins, au coude droit, une arthropathie qui fut fort longue à guérir.

Le docteur Gordon qui, depuis trois années, pratique les irrigations d'eau chaude dans les cas de gonorrhée nous dit que, lorsque la maladie est prise à ses débuts, on a de grandes chances de la guérir en quatre ou cinq jours. Il suffit de faire toutes les vingt-quatre heures, trois ou quatre injections, poussées avec assez de force pour que le liquide puisse pénétrer dans la vessie. L'écoulement se tarit bientôt, le ténesme, la dysurie, s'il en existe, la douleur s'apaisent immédiatement pour disparaître dès le premier jour. Les succès sont moins rapides lorsque l'uréthrite est déjà bien établie. Mais laissons tous ces faits très connus pour ne parler ici que d'applications plus nouvelles de la méthode.

En 1881, M. Paul Landowski a communiqué au congrès d'Alger l'observation d'un malade chez qui un écoulement sanguin incoercible, provoqué par des *hémorrhoïdes* internes et externes, ne put être arrêté que par des irrigations chaudes : un bain de siège à 35 degrés est prescrit; l'anus est maintenu béant au moyen d'un spéculum olivaire à claire-voie; la température est progressivement élevée jusqu'à 45 degrés; la séance dura un quart d'heure; à ce moment l'hémorrhagie était arrêtée pour ne plus reparaître. Ce n'est pas tout, les ampoules variqueuses du rectum se flétrirent jusqu'à disparaître complètement, et, trois mois après cette intervention, M. Landowski constata la persistance de la guérison.

Nous ne connaissions pas encore ce fait que nous avions eu recours à l'eau chaude, mais dans des circonstances un peu différentes : un négociant bordelais vint nous consulter, en 1881, pour un énorme bourrelet hémorrhoïdaire qui sortait à chaque effort de défécation avec des douleurs intolérables et un écoulement sanguin abondant; des cautérisations à l'acide nitrique concentré avaient bien amené, pendant cinq mois, quelque amélioration; mais, à ce moment, les hémorrhagies et les souffrances reprirent plus persistantes encore et l'anémie devenait inquiétante. Je pratiquai la dilatation anale sous le chloroforme; le soir, la rainure interfessière était obstruée par une tumeur hémorrhoïdaire plus grosse que le poing, rouge, turgescente, douloureuse, et le doigt introduit dans le rectum était pour ainsi dire repoussé par les battements de plusieurs artères presque aussi volumineuses que la radiale et qui rampaient sous la muqueuse.

Nous eûmes l'idée de faire appliquer, matin et soir, pendant une heure, des compresses trempées dans de l'eau à 58 degrés, et de donner des lavements à la même température. Dès le premier jour, la tumeur s'affaisse, les douleurs s'en vont, les battements artériels diminuent, la turgescence

est moindre, et la seconde semaine n'était pas écoulée que notre négociant regagnait Bordeaux, ne conservant de son ancienne tumeur que quelques marisques à peine visibles. Nous avons revu notre client ces vacances, plus de trois ans après notre intervention ; la guérison s'est maintenue.— Nous pourrions citer deux autres faits semblables où les compresses d'eau chaude et les lavements ont fait disparaître, en peu de jours, des bourrelets volumineux sortis du rectum après la dilatation forcée de l'anus.

Nous avons encore eu recours à ce traitement, mais sans dilatation préalable. Bien des fois nous avons prescrit des lavements abondants à 58 degrés, des applications de compresses d'eau très chaude. Sous leur influence, la turgescence diminue, la douleur cède et l'écoulement sanguin se tarit. Dans quelques cas, nous avons obtenu une amélioration telle, que des individus décidés à réclamer le bénéfice de la dilatation n'en sentent plus l'urgente nécessité et continuent de vivre avec leurs hémorrhoïdes. Mais, il faut le dire, la guérison n'est pas obtenue pour cela, et si les crises sont plus rares et plus courtes, elles n'en surviennent pas moins de temps en temps : ce traitement n'est que palliatif. Sans doute, le procédé de Landowski est supérieur au nôtre, et à la première occasion nous essayerons du bain de siège à température progressive et du spéculum olivaire à claire-voie.

III

L'évolution des *prostatites* nous paraît très heureusement modifiée par l'eau chaude, et nous pouvons fournir à l'appui de notre opinion, deux faits que nous allons résumer rapidement. Le premier a trait à un médecin de trente et un ans qui nous fit appeler pour une dysurie subite ; elle venait de le surprendre au décours d'une uréthrite blennorrhagique renouvelée de sa vingtième année. Nous trouvons le patient en proie à la fièvre ; il rend à peine quelques gouttes d'urine au milieu de souffrances très vives, qui retentissent jusque dans la région anale. Le toucher nous permet de constater une tuméfaction énorme de la prostate qui bombe dans l'ampoule rectale ; sa surface est régulière, lisse, uniformément résistante, sillonnée par des artères volumineuses qui battent sous le doigt. Nous faisons recouvrir la région périnéale de compresses trempées dans de l'eau à 55 degrés ; nous ordonnons un lavement à la même température. Les douleurs spontanées, le ténesme vésical, les épreintes rectales disparaissent, le gonflement diminue et au bout de trois jours la guérison est à peu près complète.

Nous tenons la seconde observation de notre ami Ed. Brissaud. Il s'agit d'un professeur d'une des Facultés de Paris, fort robuste et d'une santé jusqu'alors florissante ; vers cinquante-six ans il éprouve, surtout la nuit, de fréquentes envies d'uriner, mais ces besoins ne sont pas toujours suivis de miction, et ce ténesme douloureux est quelquefois accompagné d'épreintes rectales et même d'éjaculation. La douleur périnéale s'accroît ; une chaleur cuisante se fait sentir sur tout le trajet de l'urèthre ; le malade croit à un rétrécissement et veut se sonder lui-même ; il ne peut passer, et provoque une hémorrhagie assez abondante. Il consulte M. Brissaud, qui, dans la circonstance, fait appel au professeur Guyon ; celui-ci soupçonne l'existence d'un calcul et prescrit la belladone en suppositoire et le repos le plus complet.

Les symptômes ne font que s'accroître ; M. Brissaud constate, par le toucher rectal, la saillie proéminant dans le rectum d'une prostate tuméfiée, douloureuse, sillonnée par des artères battant sous le doigt. Il prescrit alors des lotions périnéales brûlantes et un lavement chaud matin et soir. « Instantanément l'amélioration est considérable, inattendue. » La dysurie, le ténesme, les épreintes, le gonflement, les douleurs disparaissent, et, au bout de trois ou quatre jours, non seulement les derniers accidents avaient cédé, mais la pesanteur périnéale habituelle avant la crise, et les besoins fréquents d'uriner, qui dataient de dix-huit mois déjà, ne se faisaient plus sentir.

En juillet dernier, notre professeur, témoin dans un mariage, fait un voyage en Lorraine ; il prend part à plusieurs festins et boit plus que de coutume ; il reste de longues heures à table. Les accidents reparaissent avec une extrême violence ; le malade rentre à Paris et reprend de lui-même les lotions brûlantes et les lavements très chauds. Il guérit « merveilleusement » une seconde fois et se déclare « ressuscité ». Accessoirement, M. Brissaud avait interdit la position assise ; le fauteuil de travail a été enlevé du bureau, et, depuis cette époque, le patient ne lit et n'écrit que debout.

Les inflammations aiguës de la prostate ne sont pas seules influencées par les injections d'eau chaude ; elles sont fort utiles encore dans les troubles congestifs qui surviennent parfois au cours des hypertrophies. Nous fûmes consultés, il y a dix mois, par un propriétaire du Tarn qui souffrait, depuis quinze ans, de crises hémorrhoïdaires et, depuis un an, de troubles de la miction : il éprouvait une gêne fort désagréable, une pesanteur périnéale fort incommode ; les envies d'uriner étaient fréquentes, impérieuses, parfois accompagnés de ténesme. Un cathétérisme régulier et quotidien, des applications de compresses chaudes à la racine des bourses et des lavements d'eau à 55 degrés ont si bien conjuré les accidents, que le malade ne se lève plus la nuit pour courir à son vase ; dans le jour, les mictions sont espacées de plusieurs heures et, n'étaient reconnaissance et prudence, notre malade aurait déjà laissé tout traitement.

IV

D'après une croyance pupulaire, il suffit de tremper le doigt dans l'eau bouillante pour arrêter les progrès d'un *panaris* commençant. Nous n'avons jamais essayé de cette méthode barbare et nous ignorons sa valeur ; mais si, par eau bouillante, le vulgaire entend de l'eau très chaude, nous serions volontiers d'accord avec la tradition. Nous avons eu recours plusieurs fois à des bains pour des *phlegmons* des doigts, de la main, de l'avant-bras et du bras ; la partie enflammée est mise dans « la poissonnière » classique, dont l'eau, primitivement à la température de 40 degrés, est portée par adjonction successive d'eau chaude à 45, 48, 50, 55 degrés même. Puis, lorsque le patient ne peut plus tolérer pareille température, le mal est entouré de compresses de tarlatane trempée dans une solution antiseptique et recouverte d'une toile imperméable. Le résultat est excellent, bien que d'habitude les lésions sont trop avancées, lorsqu'on nous consulte, pour conjurer la suppuration ; du moins la collection se limite et la guérison en est rapide.

Dans un autre ordre d'idées, nous avons récemment obtenu un très beau succès par les applications d'eau à 55 degrés à la surface d'une vaste ulcération consécutive à un anthrax ; la perte de substance mesurait 18 centimètres dans tous les sens ; elle était recouverte d'un *enduit diphthéroïde* de plusieurs millimètres d'épaisseur ; au-dessous les bourgeons charnus étaient détruits et déjà les ligaments de la gouttière

vertébrale, sous les muscles sacro-lombaires, étaient mis à nu en un point; l'acide phénique, l'iodoforme, le jus de citron restaient sans effet; le malade s'affaiblissait chaque jour et le docteur Féréol, qui voyait le malade avec nous, éprouvait les plus vives craintes. Nous eûmes recours aux lotions d'eau très chaude; dès les premières vingt-quatre heures, l'exsudat pultacé avait disparu, les bourgeons étaient devenus vermeils, et chacun des diamètres de l'ulcération avait diminué d'un centimètre. A partir de ce moment et grâce à des lotions d'un quart d'heure chaque jour, la marche vers une cicatrisation régulière ne s'est plus démentie.

Il ne s'est pas présenté d'occasion nouvelle d'expérimenter l'eau chaude dans les plaies diphthéroïde, mais son emploi nous a réussi encore dans les vieux *ulcères* de jambes. Un bain local bi-quotidien ou de simples lotions en détergeant les surfaces; les bourgeons se raniment, la membrane granule et le liséré cicatriciel s'accuse de plus en plus. Nous avons obtenu la guérison d'ulcères assez étendus, même sans exiger du malade le décubitus horizontal et le repos. Il faut, dans ce cas, faire des lotions chaudes le matin au lever, puis entourer le membre atteint d'une bande élastique selon la méthode de Martin (du Massachusetts). Cette bande entoure le pied et la jambe jusqu'au-dessus du mal, exerçant une compression juste suffisante pour tenir en place et ne pas tomber; sous l'influence de la marche et de la station verticale le membre inférieur gonfle un peu et la bande est plus serrée, pas assez cependant pour devenir insupportable.

Ajoutons que nous avons souvent employé l'eau chaude contre l'élément *douleur* et nous pourrions citer plusieurs faits qui en démontrent l'efficacité. Un jardinier du Béarn nous consultait, aux vacances dernières, pour un tubercule sous-cutané prétibial, qui parfois devenait le siège d'intolérables souffrances. Le patient répugnait à toute intervention chirurgicale et j'allais proposer l'eau chaude lorsqu'il ajouta: « Pour arrêter les douleurs, je plonge le pied dans un bain brûlant; j'enlève le mal comme avec la main. » Dans un cas, à la suite d'une entorse médio-tarsienne, la malade, guérie, avait d'ailleurs conservé de ce traumatisme une hyperesthésie intense de la face externe du petit orteil; le moindre frottement provoquait une véritable crise de plusieurs heures. L'eau chaude a non seulement abrégé les accès, mais elle les a espacés d'abord pour les faire disparaître complètement. Chez une de nos clientes, atteinte d'un cancer généralisé, des douleurs violentes de la « saignée » du coude ne se calmaient que par un bain de bras dont on élevait progressivement la température.

Nous ne croyons guère aux panacées, et volontiers nous soupçonnerions de ne guérir aucune maladie le remède qui a le bruit de les atteindre toutes; notre scepticisme est surtout en éveil lorsqu'il s'agit d'affections en apparence aussi différentes que celles dont nous avons donné plus haut la longue nomenclature. Mais un lien commun les unit peut-être : dans tous ces cas, ne trouverions-nous point en définitive, un état congestif, un trouble circulatoire, le même pour les membranes externes de l'œil, la peau et le tissu sous-cutané, la prostate, l'utérus et les plexus veineux hémorrhoïdaires, les bourgeons charnus des vieilles ulcérations, voire même pour les réseaux vasculaires des nerfs douloureux? Nous ne voulons pas insister sur notre hypothèse, car les expériences qu'on a déjà tentées sur ce point de physiologie pathologique ne nous fourniraient encore qu'une base par trop précaire. Du moins, pour nous en tenir au point de vue pratique, le remède est simple, peu coûteux, d'un maniement facile et si les succès en sont contrôlés, on aura toujours le loisir d'en trouver une théorie pathogénique acceptable.

Paul Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

De la valeur diagnostique des procédés cliniques employés pour reconnaitre l'acidité du suc gastrique, par M. le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Cochin.

Dans ma dernière communication (1) sur le diagnostic du cancer de l'estomac, j'ai signalé ce fait qu'en Allemagne on avait cru pouvoir invoquer, pour faire ce diagnostic, des modifications apportées dans l'acidité et le pouvoir digestif du suc gastrique. Je veux aujourd'hui revenir sur ce point et apprécier ici la valeur des procédés cliniques mis en usage pour juger le degré d'acidité du suc gastrique et son pouvoir digestif.

C'est à Leube que l'on doit le plus important travail sur ce sujet. Se basant sur les expériences de Van den Velden (2), qui avait soutenu que l'un des premiers effets de la production de néoplasies carcinomateuses dans les parois de l'estomac était de diminuer sa quantité d'acide chlorhydrique contenu dans le suc gastrique, Leube s'est servi de ce signe pour établir le diagnostic des diverses affections de l'estomac, et il y a joint l'examen du pouvoir digestif du suc gastrique. On trouvera longuement exposés dans le travail qu'il a publié l'année dernière, ayant pour titre : *Contribution au diagnostic des maladies de l'estomac* (3), les résultats auxquels il est arrivé.

Pour apprécier soit l'acidité, soit le pouvoir digestif du suc gastrique, on peut mettre en usage trois procédés : celui du lavage de l'estomac, celui de l'éponge et enfin celui de l'explorateur stomacal.

Pour le lavage de l'estomac, voici comment Leube procède. L'individu étant à jeun, il introduit par la sonde stomacale 300 centimètres cubes d'eau à zéro. Il laisse séjourner cette eau pendant une demi-heure, puis la retire en siphonnant l'estomac, et c'est cette eau dont il se sert pour faire les réactions sur lesquelles je reviendrai plus loin.

Le procédé par l'éponge est de beaucoup le plus employé, et cela à un tel point que la plupart des malades qui sont envoyés aux eaux de Carlsbad pour des affections de l'estomac sont soumis à cet examen avant de prendre les eaux. Voici en quoi il consiste : un petit morceau d'éponge, muni d'un long fil de soie, est enveloppé d'une couche fine de gomme; on fait avaler cette éponge au malade, et après un séjour d'une demi-heure dans l'estomac on la retire, et c'est en la pressant que l'on obtient le liquide nécessaire pour faire des recherches ultérieures. Les éponges ainsi préparées sont de pratique courante en Allemagne; en France, on peut très bien les remplacer par des capsules Lehuby, et voici comment vous pouvez disposer cette éponge :

Après avoir attaché votre fragment d'éponge à un long fil de soie, vous faites passer ce fil armé d'une aiguille à travers une des portions de la capsule Lehuby et vous recouvrez votre éponge par l'autre portion de ladite capsule; vous

(1) Du diagnostic du cancer de l'estomac, *Gazette hebdomadaire*, juillet 1884, p. 519.

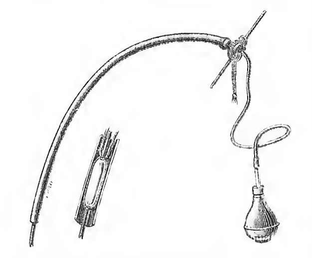
(2) *Deutsch. Arch. Chem.*, XXXIII, 20 mars 1883, p. 1-2.

(3) *De la gastro-ectasie et de ses rapports avec la présence ou l'absence d'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique* (*Deutsch Arch. f. klin. med.*, XXIII, 4).

obtenez ainsi une véritable capsule fermée, contenant votre éponge tenue par un long fil.

Que vous vous serviez des éponges préparées en Allemagne ou bien de celles que vous aurez faites vous-même, la déglutition de pareils corps présente de grandes difficultés, et ce n'est que chez les malades habitués depuis longtemps au passage du siphon stomacal que cette déglutition peut se faire sans trop de peine ; dans la plupart des cas, au contraire, la présence des fils dans l'arrière-gorge détermine un acte réflexe, qui provoque des vomissements. Ce n'est pas là le seul inconvénient du procédé par l'éponge ; il y en a encore plusieurs autres, parmi lesquels je signalerai surtout les trois suivants : d'abord la difficulté d'affirmer que l'éponge est bien descendue dans le ventricule gastrique et qu'elle n'a pas séjourné dans l'œsophage ; puis la nécessité où l'on se trouve de faire passer l'éponge dépourvue de son enveloppe par l'œsophage et de mélanger ainsi les produits de la salive avec ceux de la sécrétion gastrique ; enfin surtout la très petite quantité de liquide que l'on obtient par ce procédé.

Aussi ai-je songé à substituer au procédé par l'éponge celui par l'explorateur gastrique. Je donne ce nom à un instrument que je présente à la Société et qui a été construit par M. Galante, d'après mes indications. Cet instrument, vous le voyez, est des plus simples ; il se compose d'un tube stomacal, résistant mais flexible et semblable à la portion du tube de Debove qui pénètre dans l'estomac. Dans l'intérieur de ce tube j'ai placé un réservoir de verre dont



l'extrémité inférieure est munie d'un petit tube en caoutchouc, qui dépasse l'extrémité de la sonde et qui met en communication le réservoir de verre avec la muqueuse de l'estomac. L'extrémité supérieure du réservoir est aussi munie d'un tube en caoutchouc beaucoup plus long, qui aboutit, au contraire, à l'extrémité supérieure du siphon. Ce tube est muni à son extrémité d'une poire en caoutchouc qui y pénètre à l'aide d'un index en verre. Si j'ajoute que des fils de soie appliqués au réservoir de verre contenu dans l'appareil permettent de le retirer, j'aurai donné la description complète de cet explorateur.

La manœuvre de cet instrument est des plus simples : le malade étant à jeun, vous introduisez la sonde stomacale, munie de son réservoir ; une fois que cette sonde a pénétré dans l'estomac, vous appliquez, en la pressant, la poire élastique sur le petit tube en caoutchouc. Par le vide ainsi produit, les liquides de l'estomac montent dans le réservoir de verre et vous pouvez même juger, grâce à l'index de verre placé près de la poire, de l'ascension du liquide dans l'appareil. Puis vous retirez la sonde stomacale, et une fois hors de l'estomac, vous pouvez en agissant sur les fils retirer le réservoir de verre, et il vous suffira de presser sur la poire en caoutchouc pour recueillir dans un verre le liquide que vous avez ainsi obtenu. Vous filtrez ce liquide, et c'est sur lui que pourrez alors faire les recherches qu'il me reste à vous décrire.

Pour reconnaître l'acidité du suc gastrique, on se sert en Allemagne d'un réactif spécial, connu sous le nom de *tropæoline*. On désigne sous cette appellation de tropœoline des substances colorantes retirées des goudrons de houille et dont les solutions donnent des couleurs se rapprochant de celle de la capucine (*Tropæolum majus*). Il y a dans le commerce trois espèces de tropœoline, que l'on désigne par les appellations de tropœoline zéro, double zéro, triple zéro. La tropœoline double zéro est celle dont l'on doit se servir : c'est, comme vous le voyez, une poudre jaune, qui, dissoute dans l'eau, donne une solution de même couleur.

En France on remplace la tropœoline allemande par une substance absolument analogue, mais qui porte un autre nom, celui d'*orangé*, et comme c'est la maison Poirier qui a surtout la spécialité de ces produits colorants dérivés de la houille, on lui donne le nom d'orangé Poirier n° 4 ; car, comme pour les tropœolines, il y a plusieurs variétés d'orangés.

Qu'il s'agisse de tropœoline double zéro ou d'orangé n° 4, les réactions sont les mêmes. Lorsqu'on met en contact ces solutions colorantes avec un acide et en particulier avec l'acide chlorhydrique ou les chlorhydrates, on obtient une coloration d'un beau rouge violacé. Cette coloration est d'autant plus accusée, que la quantité d'acide est plus considérable. L'acide lactique donne un virage différent, et ce n'est plus un rouge violacé, mais une teinte d'un rouge orangé qui se produit, et il suffit d'avoir sous les yeux trois tubes renfermant l'un de l'eau simple, l'autre de l'eau acidifiée par l'acide chlorhydrique, et enfin le troisième de l'eau contenant de l'acide lactique, et de faire tomber dans chacun d'eux quelques gouttes de la solution de tropœoline pour apprécier la différence des colorations qui caractérisent chacune de ces réactions.

On peut même faire plus et, en employant des solutions titrées d'acide, obtenir une échelle de coloration qui permet, en comparant les couleurs, de savoir le degré d'acidité en acide chlorhydrique que présente le liquide que l'on a examiné. Mon chef de laboratoire, M. le docteur Bardet, a même fait des papiers trempés dans des solutions de tropœoline ou d'orangé n° 4, avec lesquels on peut reconnaître le degré d'acidité

Une fois tous ces faits bien établis, voici comment on procède : le liquide ayant été retiré de l'estomac, on le filtre et le liquide que l'on a ainsi recueilli est placé sur un verre de montre reposant sur une surface blanche ; puis vous faites tomber à l'aide d'un compte-goutte une goutte de la solution de tropœoline ou d'orangé Poirier n° 4, à 1 pour 100, sur le liquide, et vous voyez alors avec quelle intensité se produit le virage, et il vous suffira soit d'employer des solutions titrées, soit de vous servir de l'échelle de coloration dont je vous ai parlé, pour connaître et juger le degré d'acidité du liquide en expérience.

Leube, en Allemagne, complète ces recherches en examinant le pouvoir digestif de ce suc gastrique, et pour cela faire, il plonge dans le liquide qu'il veut examiner des petits cubes d'albumine d'un poids donné. On place le tout dans une étuve à 40 degrés et l'on voit avec quelle rapidité la digestion artificielle se produit. On a soin de faire comparativement une digestion artificielle avec de la pepsine additionnée d'une quantité d'acide chlorhydrique donnée, et l'on peut alors juger de la différence qui sépare l'une et l'autre de ces digestions. Mais la difficulté d'avoir une étuve qui se maintienne à une température toujours égale rend cette dernière recherche plus difficile que la précédente au point de vue clinique.

J'aborde maintenant la seconde partie de ma communication, celle qui consiste à apprécier les valeurs de ces procédés et à juger si nous pouvons trouver dans de pareilles recherches un signe d'une valeur incontestable pour le diagnostic du cancer de l'estomac. Malheureusement non. Il faudrait d'abord démontrer d'une façon indiscutable que l'affirmation de Van den Velden est absolument vraie, c'est-à-dire que toute néoplasie commençante a pour premier effet de diminuer la quantité d'acide chlorhydrique que renferme le suc gastrique. Cette affirmation est déjà niée en Allemagne et, tout en reconnaissant que la digestion stomacale chez les cancéreux est profondément troublée, on peut se demander si ce trouble se produit au début de l'affection et avant l'apparition des autres signes de la cachexie.

Mais admettons pour un instant que ce signe soit certain : les procédés mis en usage nous permettent-ils d'apprécier réellement l'acidité du suc gastrique? Malheureusement encore ici les causes d'erreur sont extrêmement nombreuses; nous avons d'abord celles qui résultent de la période de la digestion stomacale, durant laquelle se fait l'examen. Leube, pour remédier à cet inconvénient, recommande d'examiner les malades *à* jeun, puis d'employer l'eau froide pour déterminer la sécrétion du suc gastrique, mais cette action de l'eau froide peut agir différemment sur les différents sujets; chez les uns, elle peut amener une sécrétion abondante de suc gastrique; chez les autres, cette sécrétion est presque nulle et cela à l'état physiologique. Les autres causes d'erreur résultent de ce fait qu'il n'y a pas que de l'acide chlorhydrique dans les liquides extrait de l'estomac et en particulier des estomacs dilatés. Le séjour prolongé des aliments dans l'estomac et les fermentations multiples qui s'y produisent y développent des acides lactique, butyrique et propionique, etc., et l'on comprend facilement que la présence de ces acides vienne modifier complètement le résultat de ces expériences. Enfin n'oublions pas que la réaction par la tropœoline donne, dans bien des cas, des résultats douteux et que, pour ma part, dans les nombreux essais que j'ai faits de la méthode de Leube, il m'a été souvent bien difficile de me prononcer à cause du virage incertain obtenu par l'emploi de ce réactif.

Comme vous le voyez, les méthodes préconisées par Leube ne sont qu'intéressantes, elles ne sont pas décisives. Je reconnais toutefois qu'elles nous donnent des résultats importants, surtout au point de vue physiologique ; on peut, par exemple, apprécier d'une façon positive la dyspepsie acide des buveurs ; mais il m'est impossible d'en tirer des éléments de diagnostic certains.

Aussi Leube, après avoir réuni un grand nombre d'observations où sont appliquées ces nouvelles méthodes, conclut-il simplement, lorsqu'il trouve une diminution dans la sécrétion du suc gastrique ou un amoindrissement dans le pouvoir digestif de ce suc, à l'existence d'une dyspepsie tenace et profonde. Dans ces limites les conclusions de Leube sont exactes, mais on est en droit de se demander si, pour arriver à un pareil résultat, il était nécessaire d'employer des procédés aussi compliqués.

Quoi qu'il en soit, j'ai tenu à les faire connaître à mes collègues de la Société des hôpitaux pour montrer les voies nouvelles qui sont ouvertes pour l'étude des affections de l'estomac et pour signaler les nombreux *desiderata* que présentent de pareilles méthodes.

Pathologie interne.

Note sur quatre cas de gommes scrofulo-tuberculeuses hypodermiques. — Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 28 novembre 1884, par M. le docteur Maurice Letulle, médecin des hôpitaux.

« Les gommes scrofulo-tuberculeuses hypodermiques correspondent aux *abcès froids* des anciens auteurs, aux *abcès scrofuleux*, aux *tubercules scrofuleux sous-cutanés* des modernes, au troisième mode des *écrouelles cellulaires* de Bazin (1). » Telle est la définition donnée par mon maître et ami le docteur E. Besnier pour une affection dont j'ai l'honneur de vous présenter quatre observations.

Je n'ai pas la prétention, en vous les communiquant, d'ajouter quoi que ce soit à la description symptomatique qu'en ont faite Bazin et ses prédécesseurs (2) et que vient d'élargir en la complétant de main de maître notre collègue le docteur E. Besnier. Je n'accompagnerai ces quatre observations, sommairement exposées du reste, que de courtes remarques, ayant surtout pour objectif de mettre en relief la corrélation qui existe entre la *scrofule* et la *tuberculose*, tant au point de vue de la simultanéité des symptômes qu'au point de vue des recherches histologiques et de l'inoculation expérimentale.

C'est qu'en effet la question de la nature intime de la scrofule, pour ce qui a trait à ses manifestations extérieures circonscrites et localisées (comme les gommes, abcès froids, adénopathies, etc.), n'est pas encore absolument tranchée. Certains auteurs du plus grand mérite, et plus nombreux peut-être qu'on ne suppose, partisans de la médecine dite classique, conservatrice, qu'on me passe l'expression, ne sont pas convaincus de l'*identité absolue* de la scrofule et de la tuberculose. Pour eux la scrofulose est une maladie spéciale, une entité morbide, avec ses lésions, ses symptômes caractéristiques, sa marche, sa durée, ses terminaisons (3). Les tubercules, quand ils se développent sur ce terrain pathologique, ne sont qu'un accident et ne constituent, à proprement parler et pour me servir d'une expression démodée mais bien typique, qu'une *épigenèse*.

D'autres, d'un mérite non moins grand, font tout simplement rentrer la scrofule et tout ce qu'on lui attribuait, dans la scrofulose, et les manifestations *scrofulo-tuberculeuses* n'en sont qu'une variété clinique. La tuberculose ainsi *unifiée* a pour caractéristique anatomique un ou plusieurs micro-organismes, parasites vivants, germes infectant l'organisme dans l'intérieur duquel ils pullulent sous forme de colonies bacillaires ou zoogloéiques. Pour ces auteurs, il n'y a pas de scrofule ; seule la tuberculose parasitaire existe.

Puisque les débats ne sont pas clos, j'ai cru qu'il était bon d'apporter encore des faits et des expériences.

Je n'aurai pas à m'occuper ici de la *structure histologique* des gommes ou abcès froids scrofulo-tuberculeux : l'opinion est faite et le jugement rendu paraît ne laisser rien à désirer. Soupçonnée par Bazin (4), esquissée par Bizzozero, Pautlen, Coyne (5), Hans Chiari, Kiener et Poulet, démontrée par Brissaud et Josias dans leur intéressant mémoire (6), la nature *tuberculeuse* des gommes et abcès froids scrofuleux a été confirmée et définitivement établie

(1) G. Besnier, *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Gommes scrofulo-tuberculeuses, 14e série, t. IX, p. 669.

(2) Bazin, *La scrofule*, p. 316 et suiv.

(3) Voy. Peter, *Cours de l'École de médecine*, novembre 1884 (leçons sur la scrofule).

(4) Bazin, *loc. cit.*, p. .

(5) Coyne, *Note sur un fait d'érysipèle tuberculo-caséeuse* (*Arch. de physiol. norm. et path.*, 1871-72, p. 100) (fait recueilli et étudié sous la direction de M. Vulpian).

(6) Brissaud et Josias, *Gommes scrofuleuses et leur nature tuberculeuse* (*Rev. de méd.*, nos d'octobre et novembre 1879).

par Lannelongue et Vignal (1). Avant la connaissance du bacille de Koch, le microscope était arrivé à cette conclusion: « Les gommes scrofuleuses sont constituées par des *tubercules du tissu cellulaire sous-cutané* se présentant sous la forme de foyers tuberculeux proprement dits, au voisinage desquels sont agglomérées, en quantité plus ou moins considérable, des granulations folliculeuses » (Brissaud et Josias).

Depuis la découverte de Koch (2) la constatation des micro-organismes est devenue, pour toute lésion scrofuleuse, le criterium de sa nature vraiment tuberculeuse. Ajoutons que la découverte récente des zoogloées tuberculeuses par Malassez et Vignal a fait faire un nouveau pas à cette question pleine d'intérêt.

Telles sont les données actuelles du problème. Pour être complet, j'ai à ajouter que la recherche des micro-organismes dans les produits scrofuleux doit être à la fois histologique et expérimentale, les deux séries d'examen se complétant l'une par l'autre.

C'est dans cet esprit que j'ai dirigé mes recherches. Pour mes trois premiers cas, qui se rapportent au point de vue des recherches histologiques et expérimentales, je me suis rigoureusement conformé aux indications que je viens d'énoncer. La quatrième est, comme on le verra, un fait clinique, que j'ajoute en appendice et que je considère comme curieux parce qu'il montre l'évolution et la régression d'une gomme scrofulo-tuberculeuse.

Je le dis par avance, j'ai cherché en vain, mainte et mainte fois, dans le pus de mes gommes scrofulo-tuberculeuses les bacilles de Koch et les zoogloées de Malassez (3). J'ai inoculé ensuite à des cobayes ce pus indifférent en apparence, et j'ai *toujours* produit de la tuberculose infectieuse, expérimentale, généralisée et *bacillaire*. Ce mémoire se divise en deux chapitres distincts : le premier, où nous exposons les faits observés et les expériences qui les complètent ;

Le second, dans lequel nous essayons d'interpréter les résultats obtenus au point de vue de la question des rapports de la scrofule et de la tuberculose.

I. — *Observations et inoculations expérimentales.*

Dans les trois premières observations le pus des gommes scrofulo-tuberculeuses a été examiné et inoculé à des cobayes adultes et bien portants.

Voici ces trois faits :

Obs. I. *Gomme scrofulo-tuberculeuse hypodermique développée dans la région sous-trochantérienne gauche chez un enfant de douze mois, rachitique, fils d'une mère phthisique et allaité jusqu'au huitième mois par une nourrice tuberculeuse. Opération. Guérison. Inoculations positives obtenues avec un pus ne paraissant pas contenir de bacilles.* — Il s'agit d'un enfant de douze mois admis avec sa mère à l'hôpital Beaujon le 24 novembre 1883. La mère, enceinte de huit mois environ, nous raconte que son enfant a été nourri jusqu'au huitième mois par une femme qui, atteinte de phthisie pulmonaire, ne tarda pas à succomber à la tuberculose.

L'enfant est chétif, touché par le rachitis qui a déformé notablement son thorax et les extrémités des os des membres. Depuis trois semaines environ, s'est développée dans la région sous-trochantérienne gauche une petite tumeur, indolente, mobile sous la peau. Peu à peu les téguments se sont amincis, ont changé de couleur, en même temps que l'abcès grossissait et devenait plus saillant. Actuellement nous trouvons une tumeur du volume d'une petite noix, arrondie, largement fluctuante, entourée d'une zone d'empâtement peu considérable, mobile sur l'aponévrose fémorale, adhérente à la peau dans sa partie la plus saillante. La peau qui la recouvre est lisse, un peu rouge, chaude, c'est un abcès qui tend manifestement à s'ouvrir à l'extérieur. Légère douleur à la pression. L'abcès sous-cutané dont il s'agit ne provient pas d'une altération osseuse ; il est éloigné du trochanter situé à 3 centimètres au-dessus et en arrière. D'autre part, il n'y a aucune trace apparente d'une lésion cutanée quelconque antérieure à l'abcès. D'ailleurs la mère affirme que la grosseur s'est produite au-dessous de la peau et que les téguments qui la recouvrent étaient sains jusqu'à la semaine précédente, époque à laquelle ils ont commencé à rougir et à s'amincir. Il existe dans l'aine gauche un gros ganglion lymphatique non douloureux.

Aucun signe imputable à la syphilis héréditaire.

La mère est tuberculeuse. Elle a eu, depuis le début de sa seconde grossesse, plusieurs hémoptysies. Les signes physiques sont peu accusés. Cependant on constate sans peine une induration assez étendue au sommet du poumon gauche.

Eliminant donc l'hypothèse, inadmissible dans ce cas, d'une syphilis héréditaire se révélant tout à coup chez cet enfant d'un an par une gomme sous-cutanée, nous portons le diagnostic de *gomme scrofulo-tuberculeuse* développée dans la couche hypodermique. Nous recherchons, en vain, d'autres signes de la tuberculose chez cet enfant : les poumons paraissent sains; il n'y a pas de ganglions caséeux appréciables, le péritoine et les ganglions mésentériques semblent indemnes.

Afin de répondre aux indications urgentes fournies par cet abcès froid qui menace de s'ouvrir, et pour compléter notre diagnostic par l'inoculation du pus collecté et la recherche des bacilles, nous décidons que l'opération sera faite séance tenante.

Après avoir procédé au lavage le plus minutieux de la surface cutanée, l'incision est pratiquée par M. Ribail, interne du service ; le raclage de la poche est fait avec soin ; puis la réunion et le pansement de Lister terminent l'opération. Tous les instruments ont été flambés. Le pus extrait a été reçu dans un tube flambé au préalable et lavé avec de l'eau distillée bouillante. D'énormes fongosités blanc grisâtre ont été extraites de la poche en même temps qu'un pus grumeleux, mal lié, caractéristique.

Ajoutons que, la réunion immédiate ayant parfaitement réussi, l'enfant, qui n'avait pas eu une heure de fièvre, partait guéri au bout de huit jours.

Le jour même, trois heures après l'opération, l'inoculation du pus et des fongosités broyées, mélangés dans l'eau distillée bouillie, était pratiquée, au laboratoire du professeur Cornil, sur deux cobayes adultes. L'inoculation fut faite dans la cavité péritonéale.

La recherche des bacilles de Koch dans le pus et les fongosités traités par la méthode d'Erlich nous donna les résultats suivants :

Sur vingt préparations, *une seule fois* nous avons cru apercevoir *un* bacille tuberculeux ; toutes les autres lamelles remplies de leucocytes altérés et de fragments de fongosités sont dépourvues de bacilles.

Quant aux cobayes inoculés, le premier succombe dans le marasme le 5 octobre 1884, *trois cent dix-huit jours après l'inoculation*. Les lésions tuberculeuses sont généralisées à toute la cavité péritonéale ; l'épiploon est rétracté et infiltré de masses caséeuses. La rate est volumineuse, le foie farci de tubercules. Quant aux poumons, ils sont gorgés d'îlots caséeux.

Tous ces organes contiennent des bacilles de la tuberculose (méthode d'Erlich, procédé Fraenkel).

Le second cobaye est sacrifié le 4 novembre 1884, *un an moins quelques jours après l'inoculation*. L'autopsie montre qu'il existe, dans la paroi abdominale droite, une tumeur fluctuante sous-cutanée, remplie de matière caséeuse (tubercule d'inoculation).

Ce tubercule d'inoculation offre les dimensions d'une olive ; le péritoine sous-jacent est intact. La cavité péritonéale est normale, sauf un certain degré d'ascite. Le foie est énorme, granuleux, dur, infiltré dans toute sa masse d'îlots tuberculeux semi-transparents.

La rate n'est pas très grosse. Mais on découvre encore deux petits ganglions caséo-plâtreux dans la fosse iliaque gauche ; une tumeur ganglionnaire sarcomateuse et caséifiée en plusieurs points, formée par l'agglomération de plusieurs masses pisiformes, et logée derrière le sternum, auquel elle adhère ; une adénopathie non caséeuse, péritrachéo-bronchique ; enfin des îlots tuberculeux multiples, récents, dans toute la hauteur des deux poumons.

La recherche des bacilles (méthode d'Erlich) a donné les résultats suivants :

(1) Lannelongue, *Abcès froids et tuberculose osseuse*. Paris, 1881.
(2) Koch, *Étiologie de la tuberculose* (Mém. de 1882 et de 1883).
(3) Malassez et Vignal, *Arch. de physiol. norm. et path.*, n° 6, 1884 (*Sur le micro-organisme de la tuberculose zoogléique*).

Le pus de l'abcès froid (tubercule d'inoculation) ne contient pas de bacilles.
Les ganglions, les poumons, le foie renferment des bacilles de Koch en nombre peu considérable.

Cette première observation est intéressante en ce sens qu'elle montre l'enfant d'une mère phthisique longtemps allaité par une nourrice tuberculeuse offrant, tout d'un coup, sans cause apparente, une tumeur scrofulo-tuberculeuse sous-cutanée.

L'inoculabilité du pus provenant de cette tumeur paraît indéniable (le tubercule d'inoculation suffirait au besoin pour le démontrer); toutefois sa virulence était bien peu considérable pour avoir permis aux animaux en expérience une aussi longue survie.

Pour ceux qui refuseraient d'accepter ce fait comme positif, nous rappellerons trois expériences de Koch (1) où quatre ganglions scrofuleux et un lupus inoculés à des cobayes et à des lapins donnèrent lieu à une tuberculisation positive assez tardive. « La substance inoculée (trois cas de ganglions scrofuleux, cap. 18) contenait peu de bacilles et *aussi la tuberculose évolua bien plus lentement.* » Sur dix cobayes inoculés dans cette expérience, quatre succombèrent entre la dixième et la douzième semaine ; « les autres furent alors tués » ; rien ne dit le temps, plus ou moins long, qu'ils auraient encore pu vivre.

Une observation de M. Martin à laquelle nous faisons allusion plus loin montre un cobaye inoculé en *quatrième série* et ne succombant que le *cent trente-septième jour* à une tuberculose positive (2).

Je signale en outre ce fait que cinq cobayes intacts ont vécu avec deux opérés pendant toute une année sans être touchés par la tuberculose.

La seconde observation, plus complète que la précédente, a été recueillie cette année même à l'Hôtel-Dieu, sur un jeune garçon de dix-sept ans, présentant tous les attributs de la constitution scrofuleuse. Des abcès froids multiples sous-cutanés et cutanés, développés chez lui sans la moindre cause apparente, traités, évacués et grattés, se sont lentement fermés au bout de plusieurs mois de traitement. Le pus de ces abcès examiné ne contenait pas de bacilles. Inoculé, il a donné naissance à une tuberculose *bacillaire*, infectieuse, caractéristique. Tel est, résumé, le fait dont les détails vont suivre :

Clinique médicale.

Rhumatisme articulaire aigu. Néphrite rhumatismale. Affection complexe du cœur d'origine vraisemblablement typhoïdique. Mort subite par angine de poitrine, par M. Paul Chéron, interne des hôpitaux.

Obs. — Le nommé C..., âgé de dix-neuf ans, coutelier, célibataire, entre le 11 août 1884 à l'hôpital Tenon, salle Parrot, lit n° 8, service de M. le docteur Du Castel, suppléé par M. le docteur Dreyfus-Brisac.

Antécédents héréditaires. — Mère sujette à des migraines, et ayant probablement souffert de coliques hépatiques. Père non rhumatisant. Frère et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de scrofules ; pas d'alcoolisme ; fume peu ; pas de maladie notable jusqu'à il y a un an. A ce moment fièvre typhoïde (reste couché quarante jours durant ; convalescence longue). Il guérit complètement et peut reprendre son travail. Un mois après cette guérison, il est pris subitement, sans cause appréciable, d'une douleur vive à la région précordiale ; cette douleur remonte le long du sternum, atteint la base du cœur et s'irradie à l'épaule gauche et le long du bord interne du bras ; elle est angoissante et accompagnée d'une sensation d'étouffement. Cette crise dure quelques secondes. Depuis, pendant deux mois, il a un certain nombre de ces accès, qui surviennent généralement quand il fait des efforts. On lui donne de la digitale et du bromure de potassium. Sous l'influence de cette médication, les crises douloureuses semblent disparaître presque complètement. Jamais d'œdème, ni d'épistaxis, ni de maux de tête.

Il y a trois semaines, les accès d'angor reparaissent. Puis quelques jours après C... est pris de fièvre, de frisson, d'un grand mal de tête ; quelques heures plus tard apparaissent des douleurs vives, qui d'abord localisées aux deux genoux gagnent les pieds. Il est alors transporté à l'hôpital, où nous constatons l'état suivant :

Douleurs très vives surtout aux genoux, qui sont tuméfiés et demi-fléchis. Les cous-de-pied, les bras sont peu atteints.

Sueurs abondantes ; pas de sudamina ; aucune éruption cutanée.

Vive douleur en avalant ; rougeur générale du pharynx ; pas d'appétit ; langue normale ; constipation ; insomnie.

La pointe du cœur bat entre la septième et la huitième côte, un peu en dehors de la ligne mamelonnaire. Au foyer d'auscultation de la mitrale, souffle au premier temps intense, se propageant vers l'aisselle. A la base, souffle bref et rude au premier temps ; le deuxième temps est dédoublé ; de plus, il y a, au foyer aortique, un souffle doux, souffle type d'une insuffisance aortique. La région précordiale est animée d'un mouvement d'ondulation générale ; les espaces intercostaux se dépriment d'une façon synchrone aux battements du cœur ; on porte le diagnostic de symphyse cardiaque.

Les poumons ne présentent rien à noter à l'auscultation, et le malade ne tousse pas.

Albuminurie très intense. La chaleur acétique et l'acide nitrique à froid donnent également un précipité des plus abondants.

Le 11 août, temp. rect. : soir, 40°,6.

Le 12, temp. rect. : matin, 39°,8 ; soir, 40 degrés.

Devant l'intensité de l'albuminurie, on hésite à donner le salicylate de soude ; on se borne à prescrire le repos au lit, des boissons rafraîchissantes, une diète légère.

Du 13 au 17, la température oscille entre 38°,5 et 39 degrés.

Le 17, l'albumine est toujours des plus abondantes. Malgré le chiffre décroissant de la température, le malade souffre toujours beaucoup et ne dort pas. La veille il a eu un accès léger de ses douleurs précordiales. Urines foncées, 1850 centimètres cubes ; albumine, 14 grammes par litre ; pas de cylindres ni de globules sanguins. — On se décide à ordonner 6 grammes de salicylate de soude.

Le 18, temp. rect. : matin, 37°,6 ; soir, 38°,9.

Le 19, temp. rect. : matin, 37 degrés ; soir, 38 degrés. Le malade souffre beaucoup moins ; l'urine est toujours des plus albumineuses.

Le 20, temp. rect. : matin, 37 degrés ; soir, 38 degrés.

Le 21, temp. rect. : matin, 37°,8 ; soir, 38°,2. Examinée avec le plus grand soin, l'urine ne contient plus que des traces légères d'albumine.

Le 22, temp. rect. : matin, 38 degrés ; soir, 38°,5. Un peu de dyspnée ; sibilance et ronchus nombreux ; çà et là bouffées de râles fins. L'état du cœur est le même. Ventouses sèches. Urines : 1450 centimètres cubes ; à peine un nuage d'albumine des plus légers ; urée, 20gr,99 par litre.

Jusqu'à la fin de septembre on continue le salicylate, que l'on supprime le 27, les douleurs ayant complètement disparu. Pendant ce temps, la congestion pulmonaire a persisté, et le malade a eu deux accès francs d'angine de poitrine. Le soir, la température atteint et dépasse 39 degrés, restant aux environs de 38 degrés le matin.

Le 31, temp. rect. : matin, 39°,4 ; soir, 40°,2. Suffocations. Le malade est pâle et blafard ; pas d'œdème ; palpitation et gêne précordiale intense.

Le 1er septembre, temp. rect. : matin, 39°,4 ; soir, 40 degrés. A peine un nuage d'albumine. Quantité des urines, 2l,750. Boit beaucoup de lait.

Le 2, temp. rect. : matin, 39°,2 ; soir, 39°,4.

Le 3, temp. rect. : matin, 38°,4 ; soir, 39°,6. Suffoque. Mêmes phénomènes d'auscultation.

Le 6, temp. rect. : matin, 39°,8 ; soir, 40 degrés. Palpitations. Urines, 670 centimètres cubes. Injection d'éther. Ventouses sèches.

Le 7, à cinq heures du matin, le malade pâlit tout à coup et meurt subitement.

(1) Koch, *loc. cit.*, expériences 18, 19 et 20 P. 19 : « La substance du ganglion scrofuleux, *pauvre en bacilles*, donne lieu à une tuberculose de l'iris débutant dans la 4e semaine. L'expérience 19 (lupus), produit également une tuberculose *à début lent.* »

(2) Voy. encore, l'observation de Colas à laquelle nous faisons allusion plus loin et où la mort du cobaye inoculé n'eut lieu que le 113e jour.

Autopsie le 8, à dix heures du matin. — Plèvres : Liquide séreux assez abondant dans la plèvre gauche, très peu dans la droite. Pas de fausses membranes.

Poumon droit : Congestion légère; œdème et emphysème; pas de tubercules. — *Poumon gauche* plus petit que le droit; quelques adhérences récentes au niveau du bord antérieur; œdème; peu de congestion.

Foie : Surface extérieure violacée, avec marbrures blanchâtres; peu de périhépatite. Poids, 1kg,910. Aspect du foie muscade à la coupe.

Cœur non déplacé, énorme. Poids, 1kg,100. Le péricarde est complètement uni au cœur. L'adhérence des deux feuillets de la séreuse a lieu par un tissu gélatiniforme, tremblotant, imbibé de sérosité et contenant çà et là de petites cavités remplies de liquide citrin. Pas d'adhérences avec les plèvres médiastines. A la base du cœur, le tissu cellulaire est normal, non congestionné, sans adhérences; la région du plexus cardiaque, examinée attentivement, ne présente aucun signe d'inflammation ancienne ou récente.

A la coupe, le tissu cardiaque est pâle, anémié. La lésion aortique porte surtout sur la valve antérieure, qui est rétractée et insuffisante.

L'insuffisance mitrale est une insuffisance par dilatation; la grande valve, très élargie (5 centimètres), est blanchâtre et opaline, mais elle n'est pas épaissie et n'offre pas de végétations.

Les coronaires, disséquées avec le plus grand soin, sont *absolument intactes*, aussi bien à leur orifice aortique que dans les ramuscules les plus fins. Pas d'athérome aortique.

Centres nerveux : Quelques adhérences de la dure-mère. Léger piqueté congestif de l'encéphale.

Rate normale.

Reins : droit, 185 grammes; gauche, 190 grammes. Ils sont tous deux congestionnés. Décortication facile. Substance médullaire violacée; substance corticale avec traînées rouges et un peu plus pâle; çà et là des taches grisâtres.

Examen microscopique. — Cœur (pilier antérieur du ventricule gauche; alcool à 30°, gomme, alcool absolu) : La couche sous-épithéliale de l'endocarde est épaissie. Sclérose très intense du tissu cardiaque. Les fibres musculaires sont dissociées, et à un faible grossissement l'aspect rappelle absolument celui d'un foie atteint de cirrhose hypertrophique (type Hanot) avancée dans son évolution.

A un grossissement plus fort (oc. 1, obs. 7, Verick), on voit que les fibres ont conservé leur striation d'une façon absolument nette. Mais quelques fibres sont diminuées de volume, quelques-unes même du quart et davantage. Elles ne contiennent, ni les unes ni les autres, de granulations graisseuses. Le tissu conneetif est bien développé, cependant, sur un certain nombre de points; il contient encore beaucoup de noyaux.

Les lésions des artérioles sont variables; les unes sont presque normales, c'est à peine si l'on note un léger degré d'épaississement de la tunique adventice. D'autres, en plus petit nombre, sont nettement atteintes de périartérite. Enfin quelques-unes, rares, offrent un degré avancé d'endartérite; la tunique interne est très épaissie; la lumière linéaire, et quelquefois, quoique très exceptionnellement, cette lumière est oblitérée.

Reins. — Substance corticale : La plupart des glomérules sont intacts; quelques-uns semblent un peu diminués de volume, c'est à peine si nous pouvons noter un très léger épaississement de leur capsule et sur des points très éloignés. Dans un très petit nombre, il existe un exsudat entre la capsule et le glomérule; cet exsudat est constitué par de très petites et très nombreuses granulations colorées en rose par l'éosine sur les pièces durcies au bichromate. Pas de boules hyalines, pas de prolifération cellulaire notable. Les cellules qui revêtent la face interne de la capsule font un peu saillie, et sur quelques bouquets vasculaires les noyaux sont très abondants.

Les tubes contournés ont leur épithélium manifestement altéré. Cet épithélium est abrasé; le noyau occupe, dans beaucoup de cellules, la partie moyenne de l'élément. La partie des cellules qui répond à la lumière du tube est généralement diffuse, quel que soit le procédé d'étude employé, et se continue avec des granulations occupant la cavité du tube, qu'elles obstruent plus ou moins sans jamais le remplir complètement. Les cellules épithéliales sont très granuleuses, leur noyau se colore bien; elles sont confondues les unes avec les autres, et il est impossible de voir leurs limites. L'acide osmique décèle, dans un petit nombre d'entre elles, des granulations graisseuses, petites et peu abondantes. La cavité du tube est, dans quelques cas très rares, occupée par un cylindre hyalin; le plus généralement elle renferme les granulations décrites plus haut, et dans quelques cas une ou deux boules transparentes et quelques noyaux libres.

Cette altération des tubes contournés est étendue à tout le rein et occupe aussi la branche montante de Henle.

Substance médullaire : Beaucoup de tubes sont sains; dans d'autres, les cellules épithéliales détachées sont plaquées à la surface d'un cylindre hyalin venu des parties supérieures; pas de prolifération appréciable.

Le tissu conjonctif n'est pas atteint. Autour de quelques glomérules on aperçoit quelques noyaux; mais nous sommes disposés à voir dans cette accumulation un simple phénomène de diapédèse.

Vaisseaux vides de globules.

La *rate* est saine; le foie légèrement congestionné, sans traces de sclérose.

L'observation que nous venons de rapporter nous paraît, sur plusieurs points, mériter un examen attentif.

En premier lieu, quelle est la cause de l'affection cardiaque présentée par le malade? Le seul antécédent pathologique auquel il nous soit permis de penser est la fièvre typhoïde, remontant à un an. L'âge de la péricardite trouvée à l'autopsie concorde assez bien avec cette hypothèse. De plus, il est impossible de faire intervenir l'athérome dans l'étiologie de l'insuffisance aortique, le malade était jeune, non alcoolique, et toutes les autres portions de l'artère n'offraient aucune lésion. L'endopéricardite passe pour une complication rare de la dothiénentérie; cependant Griesinger, Liebermeister, Gys, Pepper, Bouchut, Cl. de Boyer ont rapporté des exemples de lésions de l'endocarde ou du péricarde; Murchison n'en a pas vu, mais cite Jenner et Hoffmann comme en ayant rencontré; R. Bloche relate même un cas d'endopéricardite. Quoique rare, cette lésion est donc possible dans la fièvre continue, et tout tend, chez notre malade, à nous faire admettre que c'est bien cette dernière qui a été la vraie cause de l'affection cardiaque.

Mais l'un des points sur lesquels nous désirons le plus attirer l'attention est le mécanisme de la mort. Notre sujet, le fait est indiscutable, présentait depuis onze mois des accidents d'angor, et ces accidents offraient tous les caractères de la véritable angine de poitrine. M. Huchard, dans un mémoire récent, a magistralement traité ce syndrôme; il distingue les angines vraies, « celles qui tuent, » d'avec les angines fausses, celles des névropathes, des arthritiques, des tabagiques. Or, celle qu'a présentée notre malade, en s'appuyant sur les signes distinctifs donnés par lui, appartient sans nul doute à la première catégorie : absence de retours nocturnes, courte durée des accès, influence des efforts, siège de la douleur derrière le sternum, etc. Ce sont bien là les caractères de la maladie de Rougnon. Eh bien, dans ces cas, M. Huchard pose comme nécessaire, indispensable, une lésion des coronaires gênant d'une façon assez considérable la circulation cardiaque. Rien de pareil n'existait chez notre malade, où la perméabilité des coronaires, jusqu'aux plus fines ramifications qu'il était possible de suivre macroscopiquement, était *absolue*. Nous n'avons malheureusement que des renseignements incomplets sur l'état du plexus cardiaque; mais, en laissant pour un instant de côté son inflammation chronique, il est impossible de penser à l'angine de poitrine rhumatismale aiguë, névrite aiguë de MM. Peter, Letulle, Martinet, puisque le malade n'avait jamais eu de rhumatisme avant son entrée à l'hôpital, et qu'admettre une localisation primitive de la diathèse sur le plexus, avec répétitions fréquentes, serait au moins risqué. Il est évident que, puisque nous n'avons pas examiné les nerfs isolément, nous ne pouvons nier la névrite chronique du plexus; mais les pneumogastriques paraissaient sains, la région de la base du cœur avait son tissu cellulaire absolument normal, et enfin la phlegmasie de la séreuse paraissait avoir fort peu retenti sur les parties voisines, puisque aucune adhérence n'unissait le feuillet fibreux aux organes environnants. Pour nous donc cette angine était névralgique, rhumatismale si l'on veut en tant que l'on admettra l'existence héréditaire de cette diathèse

chez notre sujet (et alors la localisation a peut-être été aidée par la fluxion qui a dû se produire au moment de l'endopéricardite), mais en tous cas *vraie* dans le cas où M. Huchard emploie ce terme.

En effet, pour nous, c'est elle qui a causé la mort du malade. Il avait une insuffisance aortique; mais, sans reprendre ici toute la discussion si excellemment conduite par MM. Potain et Rendu dans leur article Cœur du *Dictionnaire encyclopédique*, rappelons qu'ils concluent que « la syncope par insuffisance d'apport sanguin aux parois du cœur est la grande raison de la fréquence de la mort subite dans l'insuffisance ». Or, dans notre cas, cet apport était absolument libre, et l'endartérite des artérioles, beaucoup moins prononcée même qu'on ne l'observe dans un grand nombre de cas, lors d'anciennes lésions mitrales, par exemple. Pourrait-on attribuer à la pleurésie gauche, à la congestion pulmonaire, le premier rang dans les causes de la mort? Nous ne le croyons pas; la pleurésie était peu abondante, le cœur non déplacé; il n'y avait pas de caillots dans les veines pulmonaires; la congestion pulmonaire était peu prononcée, beaucoup moins même que nous ne l'aurions cru. Tout au plus pourrait-on faire jouer à ces lésions le rôle de cause prédisposante de la mort, en tant qu'augmentant le travail du cœur.

Pour nous donc, c'est l'angine qui est la cause de l'issue fatale, et nous concluons de notre observation que l'angine de poitrine sans lésion coronaire, sans ischémie cardiaque, probablement sans lésion du plexus, peut causer la mort subite. N'ayant aucune théorie convenable à proposer pour expliquer cette terminaison, nous ne nous égarerons pas dans le champ si large d'hypothèses qui nous est ouvert, et avouerons nettement notre ignorance sur ce point.

Nous tenons, en terminant, à dire quelques mots sur les phénomènes qu'a présentés notre malade du côté des reins, et sur les lésions que nous y avons constatées. Il y avait une néphrite: le contenu des tubes, la fusion des cellules épithéliales, leur abrasion, leur opacité l'établissent d'une façon absolue. Cette néphrite, d'autre part, n'était pas ancienne : peu d'importance des lésions glomérulaires, intégrité complète du tissu connectif, grande rareté des cylindres, rareté des granulations graisseuses, tout cela éloigne l'idée d'un processus datant déjà de quelque temps, et nous fait rejeter la dothiénentérie comme cause de la lésion rénale. Il ne nous reste donc à invoquer que le rhumatisme qui frappa le malade trois semaines avant sa mort. Ici l'analyse de l'urine nous apporte un appui précieux. Tandis qu'à l'entrée elle contenait des flots d'albumine, que le 19 sa quantité était toujours considérable, le 21 elle n'en renfermait plus que des traces, et quand nous disons traces, c'est dans le sens propre du mot, le procédé dont nous nous servons étant très délicat. Que s'était-il donc passé? Pour nous, nous avons eu affaire à une fluxion aiguë du rein, fluxion intense, mobile, rapide, offrant tous les caractères d'une détermination rhumatismale. Nous savons combien cette idée d'une fluxion rénale rhumatismale aiguë est peu admise; mais, sans développer ici notre opinion sur la valeur de l'albuminurie dans le rhumatisme articulaire aigu, opinion qui doit faire l'objet d'un autre travail, nous dirons simplement que cette albuminurie est très fréquente, et que chacun pourra s'en assurer en examinant méthodiquement l'urine au moyen de la chaleur acétique. Les reins de notre malade nous ont donc présenté le reliquat d'une poussée aiguë remontant à trois semaines, et cette poussée, à notre avis, était en voie de guérison. Faisons aussi remarquer que, malgré la lésion rénale, nous avons, après un peu d'hésitation, administré le salicylate de soude, et que cette administration, non seulement n'a pas été suivie d'accidents et a produit son effet habituel sur les douleurs, mais encore n'a pas empêché l'albumine de disparaître presque complètement des urines.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

Action des agents chimiques sur les bactéries du genre tyrothrix et leurs spores. Note de M. *Chairy*. — L'auteur adresse un travail sur les expériences auxquelles il s'est livré et en formule ainsi les conclusions :

1° La nature du liquide où vivent les bactéries n'a qu'une influence très faible sur la dose de liquide nécessaire pour empêcher le développement primitif ou détruire les spores.

2° La masse des bactéries existant dans le liquide a une influence marquée, qui tient probablement à la transformation du liquide sous l'influence de la vie antérieure.

3° Les corps agissent d'autant plus énergiquement, qu'ils ont plus le caractère acide, ce qui pourrait peut-être se déduire de ce fait que les bactéries tendent à rendre le liquide alcalin.

4° Les gaz actifs ne se comportent pas comme ils le font vis-à-vis des animaux. L'ordre d'action dépend surtout des produits acides que peut donner le gaz, et de la manière d'être de ces produits vis-à-vis de l'enveloppe des spores.

Étude statistique sur le choléra dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. Note de M. *Emile Rivière*. — Notre collaborateur fait une nouvelle communication sur ses dernières recherches touchant la marche de l'épidémie dans les hôpitaux de Paris, du 23 novembre au matin au 1er décembre même heure.

Cette période a été caractérisée par une décroissance continue de l'épidémie. Dans la dernière journée on ne compte plus que 3 admissions pour choléra et 3 décès.

Le nombre des cas de choléra reçus ou déclarés dans les hôpitaux de Paris, pendant les huit derniers jours, a été de 66, soit 34 hommes et 32 femmes. Le chiffre de la mortalité a été de 54 décès (27 hommes et 27 femmes). Ces 54 décès se rapportent surtout à des malades atteints antérieurement au 23 novembre.

Pendant cette même période, les cas intérieurs ont été au nombre de 5 seulement, dont 2 appartiennent au personnel hospitalier. L'un d'eux présente ceci de particulier qu'il s'agit d'une infirmière atteinte par le fléau dans les baraquements exclusivement consacrés aux cholériques *convalescents* et construits sur les glacis des fortifications. Elle a succombé en trois jours.

Au point de vue de l'âge, les individus plus spécialement atteints sont des hommes de trente à soixante-dix ans, et des femmes de trente à quarante ans; 10 enfants ont été frappés, le plus jeune avait trois mois.

Les professions qui fournissent le plus de cas sont toujours les journaliers et les domestiques. Les arrondissements les plus atteints sont toujours également le XIe et le XIXe. La banlieue a fourni aussi aux hôpitaux de Paris un contingent assez considérable de cholériques : un cinquième des cas.

M. Rivière fait remarquer que pas un seul vidangeur n'a été atteint, — M. Boussingault avait déjà observé le même fait pendant l'épidémie de 1832, — et que 2 égoutiers seulement ont été frappés par l'épidémie.

En résumé, on compte depuis le début de l'épidémie (4 novembre 1884) jusqu'au 1er décembre au matin : 1037 cas de choléra dans les hôpitaux de Paris, dont 66 cas intérieurs seulement, contrairement à ce qui s'est passé dans l'épidémie de 1873, où près de la moitié des cas s'étaient développés dans les établissements hospitaliers; 565 décès et 373 guérisons définitives, de sorte qu'il ne restait plus en traitement le 30 novembre 1884 que 99 cholériques.

Action anesthésique de la cocaïne. Note de M. *J. Grasset*. — L'auteur a entrepris un certain nombre d'expériences sur

des chiens et sur des singes relativement à l'action de cette substance sur la peau. L'influence anesthésique de la cocaïne a été parfaitement démontrée sur le chien par les injections hypodermiques dans la région sur laquelle M. Grasset voulait pratiquer certaines opérations. Ainsi, dans la thyrotomie, les tissus sont restés insensibles la section du cartilage thyroïde a seule été douloureuse.

Chez le singe, l'anesthésie par une injection hypodermique de 1 centigramme de chlorhydrate de cocaïne au centième a été complète et s'est même généralisée au bout de quelques minutes.

Aussi M. Grasset espère-t-il voir la cocaïne rendre à la chirurgie générale des services analogues à ceux qu'elle rend déjà à l'ophthalmologie.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

M. *Hergott* (de Nancy) envoie un Mémoire imprimé sur *le traitement des fistules vésico-vaginales.*

MM. les docteurs *Desplats, E. Hardy, Gabriel Pouchet, Ribon, Albert Robin* et *Paul Schützenberger*, se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de physique et de chimie médicales.

M. le docteur *Coursserant* adresse une Note manuscrite sur l'emploi du *chlorhydrate de cocaïne comme moyen antiphotophobique dans le traitement de certaines ophthalmies.* (Renvoyée à l'examen de M. *Panas.*)

M. le docteur *Bec* envoie une *Notice* manuscrite sur le *choléra à Mézel* (Basses-Alpes), en 1884. (*Commission des épidémies.*)

M. *Proust* présente, de la part de M. le docteur *Pascal*, un *Essai sur la statistique démographique de la topographie médicale de la ville de Bordeaux*, pour le concours du prix Vernois de 1885.

M. *De Villiers* dépose un Mémoire manuscrit de M. le docteur *Merle* (de la Ferté-Alais), sur *la coniase biliaire et ses symptômes.* (Renvoi à une Commission composée de MM. *Bucquoy, Constantin Paul* et *Bourdon.*)

M. *Bourgoin* fait hommage du premier volume de son histoire des *aldéhydes*, extrait de l'*Encyclopédie chimique.*

M. *Dechambre* dépose un Mémoire manuscrit de M. le docteur *Deshayes* (de Rouen), comprenant une *Étude rétrospective du choléra dans la Seine-Inférieure de 1832 à 1884.* (*Commission des épidémies.*)

M. *Berthelot* présente une Note manuscrite de M. le docteur *Hureau de Villeneuve*, sur l'emploi de l'*eau distillée comme boisson pendant les épidémies.*

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose, au nom de M. le docteur *Carlet*, un ouvrage intitulé : *Du traitement électrique des éléments fibreux de l'utérus.*

HÉMO-SPECTROSCOPE. — M. *Gariel* lit un Rapport sur un hémo-spectroscope, présenté par M. *Maurice de Thierry.* Cet appareil est destiné à la recherche de très petites quantités de sang dans un liquide quelconque ; il est commodément disposé au point de vue pratique et peut rendre de grands services, surtout à la médecine légale.

ÉTIOLOGIE DU CHOLÉRA ; L'ÉPIDÉMIE D'AUBERVILLIERS. — L'épidémie du choléra qui a sévi à Aubervilliers au cours de cet été et dont M. Dujardin-Beaumetz a retracé l'histoire récemment devant l'Académie, fournit à M. *Léon Colin* l'occasion de revenir sur l'étiologie du choléra, depuis plusieurs mois en discussion, et de défendre son opinion bien connue à l'égard de l'influence prépondérante de l'air comme agent de propagation de cette maladie.

Il fait d'abord remarquer que l'infection cholérique de cette région de la banlieue parisienne a été précédée, avant le mois de septembre, de quelques manifestations suspectes ; dès le mois de juillet, on y a observé quelques cas foudroyants. D'ailleurs le choléra s'y est montré avec tous les caractères habituels de la contagion ; on y a vu un nombre assez grand de cas successivement sur des individus habitant le même local, ainsi que de fréquentes épidémies de maison. Quelle est l'origine locale de cette infection cholérique ? Sans doute la commune d'Aubervilliers est l'une des plus insalubres des environs de Paris ; les rues, les immeubles y sont dans un état incroyable de malpropreté, de nombreuses industries des plus insalubres y existent et l'atmosphère est constamment empestée par des foyers délétères ; cependant il n'est pas douteux que toutes ces conditions n'ont pas suffi pour y créer de toutes pièces une épidémie de choléra ; il y a une connexion manifeste entre l'épidémie du Midi et celle d'Aubervilliers ; on ne s'est pas trouvé en présence du choléra nostras né sous ces diverses influences non plus que par suite de l'impureté des eaux potables ; ce sont des cas de choléra indien qu'on y a constatés. En effet, l'époque à laquelle l'épidémie s'est produite n'est pas celle où le choléra nostras se montre d'ordinaire en France ; sa marche, sa progression de maison en maison, appartient au choléra venant de l'extrême Orient, et c'est de Toulon, par les nombreux moyens de communication, mis aujourd'hui à la disposition de tout le monde, que l'invasion s'est ensuite propagée là comme ailleurs.

Le choléra une fois importé, comment a-t-il pu se propager ? Par l'air ou par l'eau ? M. Léon Colin estime qu'on peut incriminer l'un et l'autre ; mais il accorde une importance toute spéciale au premier. Assurément, dit-il, l'eau peut porter la contagion et il est d'autant plus utile de le reconnaître que la prophylaxie est alors facile, car elle se résume simplement dans la précaution de ne boire que de l'eau bouillie et filtrée. Toutefois il importe de distinguer : les premiers malades atteints à Aubervilliers n'étaient pas précisément des buveurs d'eau, et quant à attribuer le développement des épidémies cholériques au voisinage des cours d'eau, il ne paraît pas que leurs riverains soient généralement attaqués en plus grande proportion. M. Marey, il est vrai, a cité un certain nombre de faits qui tendraient à prouver que l'eau suffit parfois à expliquer la contagion : de quelle eau s'agit-il ? Est-ce d'eau contaminée par des matières fécales de cholériques, qui cache ses dangers sous son apparence de fraîcheur et de limpidité, ou bien d'eau souillée par des déjections banales, provenant d'individus non malades ; celle-ci, même fétide, n'a plus le même danger. M. Léon Colin ne croit pas que, dans l'épidémie actuelle, on puisse beaucoup incriminer même la première ; M. Brouardel a fait remarquer que le choléra a sévi, dans certains quartiers, au voisinage du canal de l'Ourcq, alors que les environs du puits de Grenelle n'avaient qu'un petit nombre de décès ; mais est-ce bien la différence de l'eau qui est la cause de ce résultat ? Ne peut-on invoquer également la grande densité de la population dans les quartiers du Nord, alimentés par le canal de l'Ourcq, sa dissémination autour du puits de Grenelle ? L'eau de ce puits est, du reste, une eau thermale, qu'il faut rafraîchir avec une autre eau pour la rendre potable.

C'est dans l'atmosphère, ajoute M. Léon Colin, qu'il faut chercher la vraie cause de la progression du choléra : qu'il s'agisse des épidémies de 1832, 1849, 1873 ou 1884, la diminution extrême des cas, leur apparition initiale sur des points opposés et dans des circonstances différentes, leur prédominance chez les alcooliques, les fatigués, les surmenés prouvent que ni l'eau de Seine ni l'eau de l'Ourcq ne suffisent à expliquer la propagation. Comment les choses se passent-elles d'ordinaire dans les villages, où la transmission est plus aisée à étudier ? Une personne arrive du foyer épidémique, elle est malade ou elle va le devenir ; ses proches la soignent, l'épidémie ne tardera pas à éclater. Si ce sont les eaux souillées par des déjections qui sont l'origine du mal, pourquoi son entourage est-il frappé le premier ? Ne sait-on pas, d'autre part, que les armées sont surtout frappées pendant qu'elles sont en marche et s'éloignent des lieux contaminés ; à bord, où l'on ne boit que de l'eau distillée, conservée en vases clos, le choléra n'en éclate pas moins ; enfin les cas intérieurs des hôpitaux peuvent-ils s'expliquer par l'influence d'eaux contaminées. A un père de famille qui, en temps d'épidémie, me demanderait ce qui vaut le mieux, comme moyen prophylactique, d'une ceinture de flanelle ou de l'usage d'eau bouillie, je me prononcerais sans hésiter en faveur de la première, déclare M. Léon

Colin. Les partisans de la doctrine de la propagation par l'eau invoquent, il est vrai, l'exemple fourni par la ville de Gênes au cours de la dernière épidémie; le choléra y a disparu en effet du jour où l'on ferma un aqueduc amenant des eaux contaminées. Mais il faut ajouter qu'en même temps le syndic fit fermer tous les cabarets, mesure qui a pu avoir une efficacité au moins aussi grande que la première; car l'on sait que l'alcoolisme est une des causes de prédisposition et de propagation les plus certaines du choléra. En résumé, s'il convient de faire tous ses efforts pour assurer dans les villes une alimentation en eau potable d'excellente qualité, il n'en faut pas moins reconnaître que l'eau n'est qu'un véhicule de transmission du choléra bien moins certain que l'atmosphère.

M. *Dujardin-Beaumetz* se réserve de donner, dans la prochaine séance, des renseignements sur le mode d'éclosion, de développement et de disparition de l'épidémie cholérique à Paris. M. *Proust* fera connaître, de son côté, dans la même séance, les relations d'un certain nombre de médecins des épidémies, sur la marche de cette épidémie en province.

Locomotion aérienne physiologique. — M. *Giraud-Teulon* vient répondre à la communication dans laquelle M. Marey, à la séance du 4 novembre dernier, repoussait la doctrine de l'à-coup ou du ressaut, générateur obligé de la force vive dans le vol des oiseaux, aussi bien que dans le saut terrestre, en raison de ce que tout choc est soigneusement évité dans la machine animale, tous les actes musculaires, quelle que soit la rapidité des mouvements qu'ils engendrent, commençant et finissant lentement. Considérant le fait contraire comme suffisamment établi en théorie, il se borne à citer à l'appui de son opinion les faits suivants, d'ordre absolument général et banal : le coup de queue des poissons, l'impulsion des jambes dans la natation de l'homme et de la grenouille, l'exemple du bond parabolique de la grive (photographie de M. Marey), le jeu de billes (action du ressort du doigt), et enfin un exemple emprunté à M. Marey lui-même; la rapidité des actes musculaires de l'oiseau, a dit celui-ci, doit faire supposer que les échanges chimiques, producteurs de la force motrice, doivent participer de l'instantanéité de la déflagration des poudres de guerre.

M. Marey revenait ensuite sur la théorie de la séparation du corps et du sol, lors du mouvement d'abaissement rapide du tronc, sans à-coup, ni ressaut. M. Giraud-Teulon s'attache à démontrer que l'argumentation de son collègue revient, en somme, à cette proposition qu'il avait avancée l'an dernier : « Que l'homme debout pèse plus qu'assis ou accroupi », et qu'il paraît avoir abandonnée. Cette démonstration est complétée par le refus d'admettre comme exact le diagramme de ce mouvement, tel qu'il a été présenté à l'Académie dans la séance du 4 novembre; ce graphique étant en discordance trop éclatante avec ceux relevés en 1883, dans des épreuves contradictoires par M. Marey et lui-même et reproduits dans la communication du 15 janvier 1884. Ce nouveau diagramme conduisait d'ailleurs à cette conséquence originale, que le saut naturel, qui consiste à s'abaisser, se fléchir d'abord, pour se détendre ensuite brusquement, est bien mal entendu; que l'on s'élèverait bien plus haut, en commençant, au contraire, par s'allonger, se détendre, pour se fléchir ensuite, s'accroupir rapidement.

Passant ensuite à la théorie du vol de l'insecte sur laquelle M. Marey a calqué celle du vol de l'oiseau, M. Giraud-Teulon analyse l'appareil indiqué par M. Marey pour expliquer sa théorie : pour obtenir ou réaliser cet automate qui s'élève contre la pesanteur, M. Marey a été obligé de renverser les conditions anatomiques de l'insecte et de changer bout pour bout son plan de révolution. De vertical qu'il est dans la description anatomique, il lui faut renverser le plan du mouvement dans le plan de l'horizon; en d'autres termes, remplacer le premier insecte par un second théorique perpendiculaire au premier; la composante ascensionnelle ne pouvant être procurée que par cette transformation. Pour le vol de l'oiseau, M. Marey combat victorieusement, dit-il, les critiques de son adversaire, par l'exemple photographié d'un pigeon qu'il présente à l'Académie. Cet exemple, répond M. Giraud-Teulon, a été discuté dans mon dernier mémoire ; il appartient, non pas au vol horizontal, seul en discussion, mais au vol ascendant; cet exemple est, du reste, annulé par les milliers d'observations toutes concordantes, qui représentent l'oiseau comme frappant, dans le vol horizontal, l'air de haut en bas et d'avant en arrière. Dans un dernier argument, M. Marey invoque le fait réalisé par lui, il y a déjà cinq ou six ans, d'un oiseau-automate volant, qui parcourrait une vingtaine de mètres, et qui serait construit sur le principe des plans inclinés ou du cerf-volant. M. Giraud-Teulon a constaté, en effet, la réalité du fait du soutien momentané et du transport horizontal de ces automates pendant un certain nombre de mètres; mais non pas la réalisation, en fait, des idées de M. Marey. Bien au contraire, loin d'accomplir une révolution lente et modérée des ailes et de devoir leur mouvement à une pression continue sur l'air, ces ingénieux appareils, dus à MM. Penaud et V. Tatin, se soutiennent quelques instants dans l'air et s'y meuvent horizontalement au moyen de battements répétés, extrêmement secs et brusques. Ils s'éloignent donc de la théorie de M. Marey, autant qu'ils se rapprochent du mécanisme de l'oiseau lui-même. Cette conclusion, d'ailleurs, est implicitement reconnue par M. Marey lui-même, dans les conclusions de la commission du prix Penaud, dont le rapport est dû à M. Tresca, M. Marey faisant partie de la commission. En outre, ce même rapport apprend que l'auteur de ces appareils les a spontanément abandonnés, découragé par le peu de résultats qu'il en avait obtenus.

Chromidrose jaune. — M. le docteur *Tison* fait part à l'Académie de trois cas de chromidrose jaune qu'il a observés chez un garçon de seize ans et deux hommes de trente-quatre ans, domestiques dans le même établissement d'éducation. Ces cas se produisirent simultanément, la matière colorante, d'un jaune vif, apparut exclusivement en collier sur le cou, la poitrine et le dos, laissant indemne la face; elle tachait également le linge. La durée moyenne a été de deux mois et demi; la maladie céda à l'emploi de bains alcalins et de purgatifs. M. Tison discute les caractères différentiels avec l'ictère; mais la sécrétion ne présentait pas les caractères habituels de la bile et la coloration n'a pas débuté par les conjonctives ; les malades n'ont présenté aucun malaise faisant supposer une affection hépatique. Les recherches chimiques, faites par M. Henninger, n'ont pas permis d'établir la nature de la matière colorante. — Le mémoire de M. Tison est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Dechambre, Bergeron et Le Roy de Méricourt.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. HUCQUOY.

Un cas d'hermaphrodisme faux : M. Gérin-Roze. — Note sur quatre cas de gommes scrofulo-tuberculeuses hypodermiques : M. Letulle. — De la valeur diagnostique des procédés cliniques employés pour reconnaître l'acidité du suc gastrique . M. Dujardin-Beaumetz. — Un cas de lèpre anesthésique (Présentation de malade): M. E. Labbé.

M. *Gérin-Roze* présente à la Société le moulage des organes génitaux externes d'un individu ayant toutes les apparences de la femme, et que, cependant, il a tendance à regarder comme un homme. Suivant la classification d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, il appartiendrait à la classe des hermaphrodites *sans excès, masculins*, l'appareil génital étant en réalité mâle, et le nombre de ses parties constitutives n'étant pas augmenté. Il s'agit d'une nommée Julie D..., âgée de vingt-

six ans, entrée à l'hôpital Lariboisière, le 8 octobre, pour une dothiénentérie ; elle a l'aspect extérieur, les cheveux, la douceur d'une femme; elle n'a ni barbe, ni poils sur le corps ; ses seins sont développés et paraissent renfermer une glande normale. Le bassin est large, le pénil recouvert de poils peu abondants, faisant défaut à la face externe des grandes lèvres; la vulve a l'aspect ordinaire avec ses grandes et petites lèvres; le clitoris fait une saillie exagérée offrant la forme d'un petit pénis, gros comme le doigt médius, à l'état de flaccidité, et mesurant 35 millimètres de longueur. Il présente une adhérence, à sa face inférieure, avec la muqueuse vulvaire le maintenant recourbé en bas, même pendant l'érection. Dans ces circonstances, il s'allonge notablement et le gland sort du prépuce; on sent nettement les corps caverneux distendus. Le gland est imperforé; le méat s'ouvre à 1 centimètre au-dessous du pénis; le canal de l'urèthre suit la paroi supérieure du vagin. Il n'y a pas trace d'hymen, ni de caroncules myrtiformes; cependant Julie D... a eu des rapports avec un homme. Le doigt pénètre dans le vagin jusqu'à 8 ou 9 centimètres, et ne rencontre aucun vestige de col utérin ; le vagin se termine en cul-de-sac. Les divers mode d'exploration ne permettent de constater aucun rudiment d'utérus, ni d'ovaires. Il n'y a jamais eu de règles, ni de fluxions périodiques. On voit, sur le moulage, deux saillies latérales produites par les grandes lèvres renfermant chacune une petite tumeur dure, ovoïde, donnant au doigt la sensation d'un testicule; celle de gauche, plus volumineuse, peut être refoulée dans le canal inguinal. La compression de ces tumeurs est douloureuse. M. Gérin-Roze ne croit pas qu'on puisse voir là un cas d'hermaphrodisme vrai ; d'autre part, il ne pense pas que les tumeurs situées dans les grandes lèvres soient des ovaires, puisqu'il n'y a aucun phénomène périodique de congestion ou d'hémorrhagie, ainsi qu'on en observe toujours dans les cas d'ectopie ovarique. Il est vrai que Julie D... se sent attirée vers les hommes et pense à eux dans ses rêves, parfois accompagnés de sensation voluptueuse et de l'émission d'un liquide grisâtre qui salit et empèse le linge ; mais il ne faut pas attacher à ce fait une trop grande valeur, puisque Giraldès a publié l'observation d'un individu, démontré homme par l'autopsie, et qui avait présenté, pendant la vie, l'amour des hommes. Il croit que l'hermaphrodisme faux de Julie D... peut s'expliquer par un arrêt de développement des organes génitaux externes à leur période de type indifférent, tandis que les testicules, nourris par les artères spermatiques, ont atteint leur état parfait; cet arrêt de développement des parties sexuelles extra-abdominales peut, « selon l'expression de Dutrochet, faire d'un mâle effectif une femelle apparente ».

— M. *Letulle* donne lecture d'un mémoire intitulé : *Note sur quatre cas de gommes scrofulo-tuberculeuses hypodermiques.* (Voy. p. 816.)

— M. *Dujardin-Beaumetz* lit une note ayant pour titre : *De la valeur diagnostique des procédés cliniques employés pour reconnaître l'acidité du suc gastrique.* (Voy. p. 804.)

— M. *E. Labbé* présente un malade ayant longtemps habité le Mexique, et qui porte sur le dos du pied, au-dessus des orteils, une macule au niveau de laquelle on constate de l'anesthésie cutanée. Il existe du même côté de la paralysie des muscles de la jambe. M. E. Labbé a reconnu des taches anesthésiques analogues sur un bras et dans la région dorsale; il a porté le diagnostic de lèpre anesthésique.

M. *C. Paul* a vu, dans les léproseries de Norvège, un certain nombre de malades analogues. Les plaques cutanées sont tout d'abord le siège d'hyperesthésie ; elles sont rouges, circinées, puis l'anesthésie, l'atrophie musculaire et la paralysie ne se montrent que plus tardivement. Les médecins norvégiens donnent à cette variété de lèpre le nom d'*anesthétique*. On n'a pas trouvé jusqu'ici de bacilles dans les lésions cutanées de cette forme ; on ne les rencontre que dans la forme tuberculeuse.

— La séance est levée à cinq heures et quart.

André Petit.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. DELPECH.

Appareil pour l'aérothérapie : M. Dupont. – Hamamelis virginica : M. Campardon. (Discussion : MM. Dujardin-Beaumetz, C. Paul, Huchard, Moutard-Martin, Blondeau, Delpech.)

M. *Dupont* présente à la Société un appareil pour l'aérothérapie, permettant de réaliser l'inspiration dans l'air comprimé et l'expiration dans l'air raréfié. Cet appareil, d'un maniement facile, n'exige pour fonctionner qu'une prise d'eau ayant une certaine pression ; il repose sur le même principe que la trompe hydraulique. Il est plus simple et moins dispendieux que les appareils analogues allemands ou autrichiens.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait observer que, si cet appareil offre certains avantages, il présente cependant l'inconvénient de ne pas posséder une puissance de compression suffisante lorsque la pression de la prise d'eau est peu considérable.

— M. *Rougon* donne lecture de son rapport sur les candidatures aux titres de membre titulaire et de membre correspondant de la Société.

— M. *Campardon* lit une note sur les propriété thérapeutiques de l'*Hamamelis virginica*, ou coudrier de Virginie. On sait qu'en Amérique diverses préparations faites avec les feuilles ou l'écorce de l'*Hamamelis*, entre autres le *ponds extract*, sont très employées et jouissent d'une grande réputation. Les essais qui ont été tentés depuis peu, en France, ont fourni des résultats presque nuls; cependant M. Campardon croit que les préparations d'*Hamamelis* possèdent en réalité des propriétés utiles dans certains cas nettement définis, et, d'autre part, qu'il existe à leur emploi quelques contre-indications faciles à établir. S'appuyant sur les travaux et les recherches de divers médecins américains ou anglais, dont quelques-uns sont homœopathes, il rappelle que les préparations faites avec l'écorce d'*Hamamelis* sont plus actives que celles qu'on obtient avec les feuilles; aussi doit-on préparer la teinture d'écorce à 1 pour 20 et celle de feuilles à 1 pour 5. Cette plante renferme de l'acide gallique, du tannin, une matière colorante rouge, de la chaux, du fer, et une substance aromatique à laquelle il semble que l'on doive rapporter l'action physiologique et thérapeutique. La teinture d'*Hamamelis*, à la dose de quinze à vingt gouttes administrées dans les vingt-quatre heures à des individus atteints d'hémorrhoïdes douloureuses et enflammées, amène une sédation marquée et rapide des phénomènes pénibles de tension au niveau du bourrelet hémorrhoïdaire, qui devient plus pâle, se flétrit et disparaît presque complètement en cinq ou six jours. Cette action de l'*Hamamelis* sur les hémorrhoïdes est le résultat de son pouvoir régulateur à l'égard de la circulation périphérique; l'afflux sanguin par les capillaires dilatés se trouve diminué, en même temps le retour du sang par le système veineux est activé, si bien que les phénomènes de stase se suppriment. On obtient le même effet dans le cas de varices enflammées ; enfin les badigeonnages locaux avec la teinture d'*Hamamelis* permettent d'obtenir la disparition rapide des varicosités superficielles de la face. On peut également employer avec succès la teinture d'*Hamamelis* à l'intérieur contre les varices du pharynx et du larynx. M. Campardon relate plusieurs observations probantes empruntées à sa pratique journalière. Il rappelle que jusqu'ici, en Amérique, on n'a signalé

aucun accident toxique quelconque résultant de l'usage des préparations d'*Hamamelis*, mais il doit reconnaître que les faits qu'il a observés sont loin de confirmer cette innocuité absolue du médicament. Il a signalé déjà, devant la Société, quelques accidents de peu de gravité, refroidissement, larmoiement, engourdissement d'un membre, faiblesse du pouls, etc., qu'il a été à même de constater chez quelques-uns de ses malades lorsqu'il a élevé la dose de teinture d'*Hamamelis* au delà de vingt gouttes dans les vingt-quatre heures. Aussi croit-il pouvoir formuler les contre-indications à l'usage de l'*Hamamelis* en proscrivant son administration aux sujets faibles, anémiques ou exposés aux accidents de l'anémie cérébrale; il pense qu'on fera bien, dans tous les cas, de commencer par des doses minimes: 10 gouttes, en deux fois, dans la journée; on pourra ensuite augmenter progressivement, en surveillant l'action du médicament. Il n'a d'ailleurs jamais observé d'accidents réellement graves.

M. *Dujardin-Beaumetz* estime qu'en thérapeutique il ne faut peut-être pas toujours rapporter au médicament préalablement ingéré les phénomènes accusés ensuite par les malades; il s'agit en effet bien souvent de simples coïncidences. Il semble d'ailleurs assez surprenant qu'en Angleterre et en Amérique, où l'on absorbe le *ponds extract* par cuillerées, on n'ait jamais observé d'intoxication, tandis que quelques gouttes de teinture auraient en France des effets toxiques. D'autre part, l'analyse chimique de la plante n'a révélé aucun alcaloïde, et les expériences pratiquées sur les animaux n'ont permis de déterminer aucun phénomène d'empoisonnement même aux doses élevées. Il est vrai que les effets physiologiques sur la circulation sont restés fort problématiques.

M. *Huchard* n'a jamais observé aucun accident produit par l'action de la teinture d'*Hamamelis* à la dose de 50 à 60 gouttes; il n'en a obtenu non plus aucun effet thérapeutique quelconque.

M. *C. Paul* est étonné d'entendre signaler le pouvoir toxique de l'*Hamamelis*; il a expérimenté l'*extrait fluide* préparé en Amérique, et ne lui a reconnu aucune action utile ou nocive, même à forte dose.

M. *Moutard-Martin* regrette d'entendre M. Campardon citer les recherches de médecins homœopathes et s'appuyer sur les résultats de leur expérimentation; il serait heureux de lui voir supprimer leurs noms de son mémoire avant la publication dans les *Bulletins* de la Société.

M. *Campardon* ne fait aucune difficulté pour satisfaire à cette demande; il avait cité certains noms sans savoir qu'ils appartenaient à des médecins adonnés à l'homœopathie.

M. *Blondeau* se montre surpris qu'un médicament aussi actif que l'*Hamamelis*, si l'on en croit les expérimentateurs américains, ne possède cependant aucun pouvoir toxique.

M. *Delpech* fait observer qu'il faut tenir grand compte de la question de posologie, et que les expériences doivent être faites, pour pouvoir être comparables, avec des médicaments nettement définis et toujours identiques. Il est donc bien évident qu'on ne peut employer à cet effet des préparations homœopathiques, car il est presque toujours impossible de savoir ce qu'elles renferment.

— La séance est levée à six heures.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Double blessure d'un membre par une balle de mousquet, par M. G.-L. Hinde. — Ce fait présente plusieurs points intéressants pour la chirurgie conservatrice. Un dragon, âgé de vingt ans, ne sachant pas sa carabine chargée, applique la main gauche sur le canon et fait jouer la détente avec son autre main. Le coup part et le blesse grièvement à la main et à la partie supérieure du bras gauche. La main et le bras blessés sont momentanément entourés avec des mouchoirs, et le malade est transporté à l'ambulance, où l'on constate que la balle a perforé la main en son centre, faisant une petite plaie circulaire. La totalité de la main semblait détachée et il y avait sur la face dorsale une large plaie irrégulière, s'étendant depuis l'articulation métacarpo-phalangienne de l'annulaire jusqu'au milieu du métacarpien de l'index, pour de là gagner le grand os. Le second métacarpien était absent à l'exception de sa tête; le premier et le troisième étaient dénudés dans toute leur longueur, et le grand os était détaché de ses articulations. Les tendons extenseurs du deuxième doigt étaient aussi détruits et les autres plus ou moins intéressés. La plaie fut débarrassée de tous ces débris et soigneusement lavée avec la solution phéniquée; on appliqua ensuite un pansement antiseptique. Au moment de mettre le bras du patient en écharpe, on s'aperçut que la balle avait aussi traversé la partie supérieure interne du bras, passant un peu en avant de l'artère et fracturant l'humérus à l'union de son tiers supérieur avec ses deux tiers inférieurs. L'ouverture d'entrée était petite, celle de sortie était beaucoup plus grande, à bords déchiquetés avec des saillies musculaires hachées. L'os était brisé en plusieurs morceaux. La plaie fut détergée, toutes les esquilles osseuses furent enlevées, et après l'application d'un pansement antiseptique le bras fut maintenu dans un appareil. Pendant six jours le malade alla bien; il se plaignait seulement de quelques douleurs dans le membre et la suppuration s'était franchement établie. A ce moment le pansement de la main fut enlevé et un jet artériel violent et abondant montra que probablement les deux arcades palmaires étaient intéressées. Dans une consultation faite sur-le-champ on décida de lier l'artère brachiale: ce qui fut immédiatement fait. Cette ligature ne présenta rien de particulier. A partir de ce moment il n'y eut plus aucun accident; peu à peu les plaies se cicatrisèrent et aujourd'hui (près de quatre mois après) le malade présente l'état suivant: le coude est mobile, mais ses mouvements sont limités en raison des adhérences qui unissent le biceps et le triceps. Tous les mouvements du poignet sont conservés. Ceux des doigts le sont aussi suffisamment. L'opposition du pouce est possible. Le second doigt a perdu ses mouvements, mais il conserve sa forme. Le bras est raccourci d'environ trois quarts de pouce. (*The Lancet*, 25 octobre 1884, p. 730.)

BIBLIOGRAPHIE

De la démence mélancolique. Contribution à l'étude de la périencéphalite chronique localisée et à l'étude des localisations cérébrales d'ordre psychique, par M. le docteur A. Mairet, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. in-8° avec 11 planches lithographiées. — Paris, 1883. Georges Masson, éditeur.

Comme le prouve le titre que nous venons de transcrire, l'œuvre de M. Mairet a un double but: créer d'une part un type morbide, distinct cliniquement et au point de vue anatomo-pathologique; d'autre part, apporter une contribution à l'étude des localisations cérébrales. Il nous semble

intéressant de suivre l'auteur dans ces deux tentatives, qui ne sont pas sans mérite et qui prouvent de sa part un esprit original, quittant volontiers les sentiers battus pour explorer des régions nouvelles ou encore inconnues du domaine scientifique.

Et d'abord que faut-il entendre par la *démence mélancolique?* Il existe des lypémaniaques et des persécutés qui, dès le début de leur affection, présentent un certain nombre de symptômes permettant de soupçonner une lésion organique du cerveau, tels qu'un affaiblissement marqué de l'intelligence, quelques troubles paralytiques localisés, des phénomènes de congestion passive, etc. Voici, par exemple, un malade qui manifeste tous les signes de la plus profonde anxiété ; il pleure, il se lamente ; il croit que tout est perdu, que la misère et la honte sont tombées sur sa famille ; que tout ce qui arrive, c'est lui qui en est cause et qu'il ne mérite que la mort. N'est-ce pas là en raccourci le tableau de la mélancolie anxieuse, de cette forme vésanique qui, pour présenter une certaine gravité, n'en est pas moins très souvent curable? Mais ne vous hâtez pas de conclure au point de vue du diagnostic et du pronostic ; étudiez plus à fond le désordre de l'intelligence, examinez avec soin les diverses fonctions de l'économie, et vous trouverez, d'une part, au-dessous de ce délire mélancolique de nature anxieuse, qui paraît si actif et si intense, certains signes dénotant un degré marqué d'affaiblissement intellectuel, et en particulier de l'amnésie ; d'autre part, vous constaterez du tremblement musculaire des lèvres, surtout lorsque le malade se met à parler, un léger abaissement d'une des commissures labiales, des stases sanguines au niveau des pommettes, une chute des paupières, de l'émoussement du sens de l'olfaction, etc. Tous ces symptômes ne peuvent guère laisser de doute sur l'existence d'une lésion organique du cerveau ; mais la certitude est complète, lorsque, dans le cours de l'affection, on voit apparaître des phénomènes de congestion cérébrale, des attaques apoplectiformes ou épileptiformes, qui souvent emportent le malade.

Le type clinique, dont nous venons de tracer un rapide tableau, ne diffère que peu de ce que nous avons accoutumé de décrire sous le nom de paralysie générale à forme mélancolique. D'après M. Mairet, l'identité n'est cependant pas complète et, pour établir le diagnostic, c'est surtout à la différence que présentent les troubles dans l'articulation des mots qu'il faut avoir recours. Citons ici textuellement notre auteur : « Dans la paralysie générale, dit-il, les » troubles du langage, quoique fugaces, sont constants et ca» ractérisés par une hésitation, un bégayement tout parti» culier, et dont il faut chercher l'origine au niveau des cel» lules de la couche grise périphérique. — Dans la démence » mélancolique, ces troubles peuvent manquer, et, lorsqu'ils » existent, ils offrent une modalité toute différente que dans » la paralysie générale. Relevant, en effet, dans ce cas, de la » paralysie de certains des muscles qui président à la pho» nation, et plus particulièrement de la paralysie des » muscles orbiculaires des lèvres et des muscles de la » langue, ces troubles se traduisent à l'extérieur par des » secousses des muscles paralysés, par une espèce de trem» blement et de bredouillement dans l'articulation des mots, » qui n'a rien de commun avec ce qui existe dans la para» lysie générale » (p. 284).

Ainsi, d'un côté, hésitation de la parole et bégayement ; de l'autre, tremblement et bredouillement dans l'articulation des mots. Ces symptômes suffisent-ils pour distinguer nettement la paralysie générale de la démence mélancolique? Nous nous permettons d'en douter ; car les paralytiques généraux, arrivés à la dernière période de leur affection, arrivent, eux aussi, à bredouiller, à parler comme s'ils avaient la bouche remplie de bouillie.

Le diagnostic entre les deux affections ne me paraît pouvoir s'établir avec quelque certitude que *post mortem*. La paralysie générale est, comme on sait, caractérisée anatomiquement par des lésions *diffuses* du cerveau ; d'après les recherches de M. Mairet et les nombreuses observations qu'il a recueillies, la démence mélancolique serait, au contraire, produite par une lésion nettement *localisée*. Cette lésion est le ramollissement de la substance grise corticale, qui reste localisée, ainsi que nous l'avons dit, et dont le siège principal est la base du cerveau et même certaines régions de cette base (partie antérieure des lobes sphénoïdaux et des lèvres de la scissure de Sylvius, circonvolution de l'hippocampe).

Jusqu'ici rien de mieux, et nous ne pouvons que féliciter l'auteur de sa tentative de créer un nouveau type morbide à lésion constante et nettement délimitée. Les contradicteurs ne lui manqueront certes pas ; il leur appartient de contrôler par l'observation et de modifier, s'il y a lieu, ses assertions et ses conclusions. Pour nous, nous nous contenterons de relever une déduction que M. Mairet tire de ses recherches : il s'agit de la localisation cérébrale d'ordre psychique qu'il s'est appliqué à établir.

Les lésions de la démence mélancolique atteignent, avons-nous dit, les lèvres de la scissure de Sylvius, surtout la lèvre inférieure, et elles s'étendent en arrière de celle-ci sur les circonvolutions temporales et plus particulièrement sur les circonvolutions sphénoïdales et sur celles de l'hippocampe. On peut en conclure que la forme sous laquelle se manifeste le délire n'est pas sans rapport avec le siège de la lésion. Cette idée est soutenue, avec une argumentation serrée, dans le chapitre intitulé : *Physiologie pathologique*. La logique, les preuves expérimentales, l'observation pathologique, tout semble donner raison à l'auteur et lui permettre d'arriver à cette conclusion : que les cellules des circonvolutions dont nous avons fait l'énumération plus haut sont plus spécialement chargées d'élaborer, d'emmagasiner les idées de tristesse. Et comme il faut être conséquent jusqu'au bout, s'il y a, dans notre cerveau, des cellules tristes, il doit y en avoir de gaies, d'expansives. Celles-ci sont surtout troublées dans la paraysie générale avec idées de grandeur, dont les lésions siègent à la surface convexe du cerveau : c'est là que résident donc — et M. Mairet ne recule sans doute pas devant cette conclusion — les cellules chargées d'élaborer l'agitation, les idées de grandeur, etc., tous symptômes si caractéristiques de la périencéphalite chronique diffuse.

Certes, en tout ceci, il y a une grande part de vérité ; mais le tout est de bien interpréter les faits. Sans nous arrêter pour le moment à la paralysie générale proprement dite, et à la physiologie pathologique de ses symptômes et aux déductions qu'on peut tirer de l'étude de cette maladie pour la recherche des localisations cérébrales ; pour rester dans les limites tracées par notre auteur, nous croyons qu'on aurait tort de conclure avec lui que les circonvolutions qu'il indique sont les productrices, les organes des idées de tristesse. Encore faudrait-il prouver que la tristesse est une *fonction* bien déterminée, et non un état passager, plus ou moins durable selon les causes et les individus. Nous aurions mieux compris M. Mairet, s'il avait localisé dans les circonvolutions énumérées ce que les psychologues contemporains appellent les émotions. La vie émotive, comme la vie intellectuelle, est un produit de notre cerveau ; et on comprend que, lorsqu'elle est altérée, il puisse se produire des états morbides divers depuis la simple tristesse jusqu'au délire mélancolique.

A l'appui de l'hypothèse que nous émettons, nous pourrions chercher une preuve dans ce que dit notre auteur du voisinage de la région des idées tristes avec certains centres sensoriels, tels que ceux de l'audition, de l'olfaction et de la vision. On a dit depuis longtemps que, de tous les sens, l'ouïe est celui qui possède le registre de sentiments le plus riche ; et tout le monde n'est-il pas d'accord pour considérer la musique comme étant celui de tous les arts qui nous

agite le plus profondément? n'y a-t-il pas là une indication, vague peut-être, en faveur de ce que nous avançons?

Mais quelque séduisant que soit le sujet, nous ne nous laisserons pas aller plus loin dans la voie des hypothèses. Le livre de M. Mairet, très suggestif et très intéressant à bien des égards, porte à la réflexion, et mérite pour cette raison le succès très légitime qu'il a obtenu dans le monde médical.

Ant. RITTI.

VARIÉTÉS

L'INTERNAT DES FEMMES. — M[lle] Blanche Edwards, externe des hôpitaux (qui n'est pas de nationalité anglaise, comme on le suppose, étant née à Milly, dans Seine-et-Oise), est forcée, nous écrit-elle, de rompre un silence « interprété contre l'*honnêteté* de la cause » de l'internat des femmes, nous prie d'insérer la rectification suivante. Bien que le motif indiqué ne puisse en rien s'appliquer à la *Gazette hebdomadaire*, nous publions très volontiers la partie de la lettre qui contient cette rectification.

A MONSIEUR LE PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉDACTION.

... On prétend que nous avons pris un *engagement formel* de ne jamais profiter du titre d'externe pour demander le concours de l'internat. Or, *jamais, jamais* pareil engagement n'a été pris ni même demandé.

Pour ce qui est d'un arrêté préfectoral de 1882, nous refusant le droit au concours de l'internat, l'administration a toujours obstinément refusé de nous montrer les articles de ce règlement, articles qui auraient dû être affichés.

Nous ne pouvions donc faire autrement que d'en nier l'existence. D'ailleurs, la décision du conseil de surveillance de juillet 1884, autorisant les femmes à concourir pour l'internat, a annulé toute décision prise antérieurement par ce conseil.

Quant à moi, je tiens à protester de ma parfaite bonne foi, et, soit dit en passant, je regrette de ne pas toujours trouver cette qualité chez mes adversaires, en particulier *au sujet de ma nationalité.*

En effet, *nous sommes quatre externes françaises sur les cinq externes actuelles* des hôpitaux, et ces quatre Françaises ont leur baccalauréat ès lettres et leur baccalauréat ès sciences.

Comptant sur votre impartialité bien connue pour insérer cette rectification, je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

Blanche EDWARDS.

FÉCONDATION ARTIFICIELLE DE LA FEMME. — Bien que j'aie consulté, avant de toucher ce sujet délicat, le chapitre des *Leçons cliniques* où M. Noël Gueneau de Mussy, dans la langue qui brave l'honnêteté, a traité de la stérilité et de certains moyens d'y remédier, je n'y avais pas remarqué le passage suivant, que je m'empresse de reproduire :

« Cum ex impedito seminis itinere sterilitas constat, nonnulli chirurgi idipsum semen, ex recenti venere, cum clysterio in vagina collectum in uterum injicere ausi sunt : quod quidem in aliquot casibus successit. Hoc tentamen a morali lege forsitan absolvi potest; sed matrimonii gravitati mulieris simul et medici dignitati nimis repugnat. Hoc nunquam nec proponere nec tentare vellem » (t. II, p. 419.)

Cette citation montre bien, comme je le disais à la fin de mon article, que le sentiment joue inévitablement un grand rôle dans les jugements portés sur l'opération en litige. Notre honoré confrère ne la conseillerait pas, ne la pratiquerait pas, mais n'ose la déclarer contraire à la loi morale.

A. D.

HÔPITAL BICHAT. — La *Société des chirurgiens des hôpitaux*, dans sa séance annuelle du 26 novembre, s'est occupée de la désaffectation de l'hôpital Bichat. On se rappelle que cet hôpital avait été affecté aux cholériques dès avant l'envahissement de Paris par l'épidémie; on voulait être prêt à recevoir des malades loin de ces centres de population où tout le monde voyait des foyers de contagion. Le service de chirurgie avait donc été évacué. En fait, par suite des inconvénients attachés au transport des cholériques à une grande distance, l'hôpital Bichat n'a reçu qu'un nombre restreint de malades, et pas un, paraît-il, n'a été placé dans le service de chirurgie. M. le docteur Terrier, titulaire de ce service, demande avec grande raison qu'on le lui rende. Il a été appuyé en cela par MM. Trélat, Verneuil et Nicaise, et ce dernier a reçu mission de transmettre ce vœu à l'administration.

M. PASTEUR ET LA FIÈVRE JAUNE. — M. Pasteur part décidément pour le Brésil, où il va étudier la fièvre jaune et se rendre compte des découvertes annoncées sur le vaccin de cette terrible maladie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 12 décembre). — *Ordre du jour :* M. Vallin : Programme des questions à adresser au corps médical pour l'enquête sur la contagion de la tuberculose. — M. Raymond : Artérite rhumatismale. — M. Fernet : De l'infection tuberculeuse par la voie génitale. — Mutations dans les hôpitaux.

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — Le concours pour l'internat dans les asiles d'aliénés de la Seine a commencé le 1[er] décembre. La composition écrite qui a été donnée aux candidats est : *Des nerfs récurrents* (anatomie et physiologie). Les autres questions qui étaient dans l'urne étaient : nerfs de la main (anatomie et physiologie); lobe antérieur du cerveau (anatomie et physiologie). Les membres du jury sont MM. les docteurs Dagonnet, de Lamaïstre, Bigot, Legrand du Saulle, Mauriac et Reclus.

CHOLÉRA. — Suivant la statistique publiée par le ministre du commerce (bureau de la police sanitaire), le nombre des décès cholériques signalés a été : En France, du 8 au 14 novembre, de 573, dont 516 à Paris; du 15 au 21 novembre, de 342, dont 282 à Paris. En Algérie, du 8 au 14 novembre, de 30; du 15 au 21 novembre, de 54.

NÉCROLOGIE. — Nous avons reçu avec un vif regret la nouvelle de la mort d'un des confrères les plus connus et les plus estimés du département du *Pas-de-Calais.* M. le docteur Darnel, qu'une longue pratique et son dévouement envers les malades pauvres, de nombreux services administratifs avaient porté au poste de premier magistrat de Calais, vient de succomber à une pneumonie, après avoir échappé, il y a trois ans environ, aux suites graves d'une piqûre anatomique.

BUREAUX DE BIENFAISANCE. — M. le docteur Pascalis, demeurant 80, rue Réaumur, est nommé médecin du bureau de bienfaisance du II[e] arrondissement de Paris.

— Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique informe les médecins du IV[e] arrondissement que, le 6 décembre 1884, il sera procédé à l'élection d'un médecin.

PROSECTORAT. — M. Charles Walther a été nommé prosecteur des hôpitaux de Paris.

MORTALITÉ A PARIS (48[e] semaine, du 23 au 29 novembre 1884). — Fièvre typhoïde, 21. — Variole, 5. — Rougeole, 28. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 36. — Choléra, 74. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 8. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 43. — Phthisie pulmonaire, 258. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 73. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 69. — Bronchite aiguë, 33. — Pneumonie, 98. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 40; au sein et mixte, 24; inconnu, 13. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 102; de l'appareil circulatoire, 73; de l'appareil respiratoire, 72; de l'appareil digestif, 63; de l'appareil génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 6. — Morts violentes, 34. — Causes non classées, 12. — Total : 1239.

G. MASSON. *Propriétaire-Gérant.*

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 12 décembre 1884.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE : LE CHOLÉRA DE PARIS. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE : DE LA TOXICITÉ DES URINES. — EXAMEN SPECTROSCOPIQUE DU SANG A TRAVERS L'ONGLE DU POUCE. — L'ANTIPYRINE, SON ORIGINE, SES PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES ET PHYSIOLOGIQUES. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Séance de l'Académie de médecine.

La discussion provoquée par la dernière communication de M. Léon Colin n'a pas eu la suite qu'on pouvait en attendre. M. Dujardin-Beaumetz, que nous supposions devoir prendre corps à corps son collègue sur les rôles respectifs des eaux et de l'atmosphère, s'est plutôt attaché à tracer un tableau de l'épidémie de Paris, et à y faire ressortir l'influence remarquable des conditions hygiéniques, influence tellement prépondérante que l'épidémie n'a frappé, dans cette immense capitale, qu'un seul individu faisant partie de la classe aisée. Parmi ces conditions figurait, à la vérité, la nature des eaux employées en boisson; mais ce n'est là qu'un faible contingent d'arguments de fait à ajouter à tous ceux qu'on a déjà réunis au profit de la théorie *aquiste*, et qui n'impliquent aucunement la fausseté absolue de la théorie atmosphérique. Aussi bien il est un peu tard pour que l'Académie, dont tant de séances ont été absorbées par l'étude de l'épidémie et spécialement par celle des conditions étiologiques, reprenne une si importante question avec toute l'ampleur qu'elle comporterait. Nous-mêmes nous nous bornerons à dire que l'ensemble des faits relatifs à la propagation de l'épidémie oblige à faire une part — inégale, si l'on veut — à l'une et à l'autre des deux théories; de même qu'il n'y a pas lieu de faire un choix exclusif entre l'hypothèse de la contagion et celle de l'infection. La distinction même qu'on s'efforce d'établir entre ces deux modes de propagation n'a pas, à nos yeux, dans l'espèce, l'importance que quelques personnes, M. Hardy, par exemple, lui attribuent, l'atmosphère pouvant être le véhicule du contage, aussi bien dans les maladies dites contagieuses que dans les maladies dites infectieuses.

A cette occasion, M. Hardy a dirigé contre les mesures prophylactiques récemment employées une attaque assez originale. Le choléra, qui vient de ravager une grande ville d'Italie, se montre dans une capitale de plus de deux millions d'habitants, moins malsaine assurément que Naples, mais présentant encore nombre de quartiers en proie à la misère et à la saleté. De tous côtés, dans le peuple, dans la presse, dans les Sociétés savantes, on réclame des mesures sanitaires; on les veut immédiates; on offre en exemple la Belgique, l'Allemagne, l'Angleterre. Là-dessus, comités d'hygiène, services administratifs se mettent en campagne, et plus ou moins rapidement on est en mesure de pourvoir aux éventualités. C'est justement ce que blâme M. Hardy; voitures de transport, désinfection à domicile, rien n'était bon qu'à *effrayer* la population. L'honorable académicien veut bien ajouter que, si l'on se croyait obligé à prendre tant de mesures de sécurité, au moins ne fallait-il pas tant en parler. Mais où donc en parlait-on principalement? Où donc les réclamait-on avec le plus d'insistance? A l'Académie même! A l'Académie, qui a maintenant des échos jusque dans les plus minces journaux politiques. Que ne se taisait-elle? Voilà le reproche qu'aurait dû formuler l'orateur. Faire une si grosse besogne sans bruit! à Paris! et cela lorsque toute la population se jette sur les organes de publicité pour savoir précisément ce qu'on fait ! Quant au public, s'il s'est sauvé de Paris parce qu'on s'efforçait de l'assainir, c'est qu'il n'était pas sans ressemblance avec ce comte Jean bien connu qui allait en Bourgogne quand on l'appelait à la cour de France. Ce n'est la faute ni du comité d'hygiène, ni des deux préfectures, ni même de la Presse.

— M. Proust a fait connaître à l'Académie, en réponse à M. Hardy, quelques exemples de contagion sur lesquels il avait reçu des rapports, et puis a fait sur un tout autre sujet une communication fort intéressante. Il s'agit d'un cas de pustule maligne. La guérison, obtenue à une période assez avancée des accidents généraux, n'en est pas le trait le plus digne d'attention; on en pourrait citer d'autres exemples. Mais on verra par suite de quelles circonstances les moutons russes sont plus susceptibles que ceux des autres pays de communiquer le charbon à ceux qui manient leur chair.

Société de biologie. — De la toxicité des urines : M. Bouchard. — Examen spectroscopique du sang à travers l'ongle du pouce : M. Hénocque.

Nous signalerons deux communications faites à la Société de biologie samedi dernier et dont l'importance n'échappera pas à nos lecteurs.

La première concerne un problème qui n'a pas encore été résolu, malgré des expérimentations nombreuses : il s'agit de la toxicité des urines.

Ainsi qu'on pourra le lire dans le compte rendu de la Société de biologie, M. Bouchard a poursuivi de nombreuses recherches pour déterminer les éléments toxiques de l'urine, et en a conclu qu'ils sont multiples : les urines, les extraits de l'urine, lorsqu'on les injecte dans les veines, sont toxiques, mais à des degrés divers, et du mélange de ces substances, de leur proportion relative résultent des effets physiologiques variables.

Cette conclusion ne doit pas nous étonner, car certains phénomènes physiologiques, facilement mis en évidence, deviennent très complexes lorsqu'on veut en pénétrer les phases avec précision. C'est ainsi que, malgré les tentatives faites par divers expérimentateurs, pour étudier directement les modifications du sang à travers les tissus vivants, on en était resté jusqu'à présent à la simple constatation de ce fait que l'examen spectroscopique des parties minces de la peau permet de reconnaître les bandes de l'oxyhémoglobine, et bien que Vierordt eût proposé un moyen d'apprécier la consommation du sang dans les doigts entourés d'une ligature, les difficultés techniques du procédé et plus encore les variations extrêmes dans l'appréciation de l'image spectroscopique avaient découragé les observateurs.

M. Hénocque s'est appliqué à rendre méthodique l'examen spectroscopique du sang à travers les tissus vivants. Il a découvert que la surface unguéale du pouce est l'endroit le plus favorable pour cet examen, à cause de sa largeur, de l'absence de phalangine et de la facilité de l'application de la ligature et de l'étude; il procède de la manière suivante :

Après avoir préalablement observé la largeur de la première bande caractéristique de l'oxyhémoglobine qui apparaît lorsqu'on examine l'ongle du pouce (même chez le nègre), avec un spectroscope à vision directe et à la lumière solaire diffuse, il pratique la ligature de la première phalange du pouce au moyen d'un tube de caoutchouc plusieurs fois enroulé; il continue à examiner la surface unguéale, et peu à peu voit disparaître la bande, de sorte que dans un espace de 40 à 100 secondes, le spectre réapparaît ininterrompu; l'oxyhémoglobine des vaisseaux sous-unguéaux est réduite, l'oxygène a été consommé. Or cette durée de la réduction présente de nombreuses variations dépendant de diverses conditions individuelles et des troubles des échanges dans les tissus dont M. Hénocque a poursuivi l'étude chez cent individus, différents d'âge et de conditions de santé. Il considère quant à présent cette méthode d'examen comme offrant la précision nécessaire aux recherches cliniques et physiologiques, et il se propose d'exposer complètement les résultats qu'il a obtenus, dans une étude générale qui sera publiée par la *Gazette hebdomadaire.*

L'antipyrine, son origine, ses propriétés thérapeutiques et physiologiques (1).

Depuis plusieurs mois il a été publié de nombreuses observations cliniques sur un médicament qui se fabrique à l'Institut de Berlin et dont le mode de préparation paraissait être resté secret. Pour ce motif et malgré les résultats fort remarquables obtenus par cet antipyrétique nouveau, nous avions hésité à l'étudier. Mais comme M. Filehne, dans une lettre adressée à M. Huchard, a nettement protesté contre toute idée de remède secret et publié l'origine, le mode de préparation du remède, nous croyons devoir sortir de notre réserve.

D'ailleurs ce médicament est venu en quelque sorte à nous, non pas seulement recommandé par des publications nombreuses, par une thèse soutenue à la Faculté de médecine, par l'exemple de l'emploi qu'en ont fait dans les hôpitaux M. le docteur Huchard et M. le professeur Sée, mais sous une forme plus matérielle.

Mon ami Huchard, m'ayant prié d'examiner au point de vue spectroscopique le sang d'un des malades auxquels il administrait ce médicament, à l'hôpital Bichat, m'a donné l'occasion d'en constater les effets, et de plus il a bien voulu me remettre une certaine quantité de la drogue dûment certifiée dans son origine. Je n'ai pu résister au désir d'en étudier les propriétés physiologiques et les résultats obtenus méritent d'être signalés.

I

L'antipyrine est un produit dérivé de la quinoléine, auquel Knorr, de Munich, a donné le titre de « dimétyloxychinizine ». Elle a été étudiée au point de vue thérapeutique par Filehne, qui l'a préconisée comme un antipyrétique remarquable; bientôt après les observations se sont multipliées et « l'antipyrine » a rencontré des admirateurs tout autour de nous, Ernst de Zurich, Rapin et Secrétant en Suisse, Masius à Liège, et en Allemagne Guttmann, Falkenheim, Penzold et Sartorius, etc., Maragliano à Gênes, enfin à Paris, M. Huchard, M. le professeur Sée (Thèse de Demux, 1884), ont observé des résultats qui ne démentent pas la réputation de cet antipyrétique.

Un travail en cours de publication dans l'*Union médicale* par le docteur Huchard, le mémoire du docteur Paul Sayers assistant du professeur Masius, renferment des documents historiques et bibliographiques, thérapeutiques et cliniques, sur lesquels nous n'insisterons pas pour aujourd'hui, mais dont nous résumerons les conclusions principales.

Parmi les singularités de ce médicament, il faut noter son emploi, d'emblée, comme antipyrétique. Filehne d'Erlangen a constaté qu'à la dose de 4 à 6 grammes, il abaisse la température des fébricitants : la défervescence est lente, progressive et persistante. Au bout de quelques heures la température est abaissée de 2 à 3 degrés; elle se maintient pendant une heure ou deux à un niveau constant, puis

(1) *De l'action antifébrile de l'antipyrine*, par le docteur Paul Sayers, in *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*. 1884. Vaillant-Carmanne. - Huchard, *Recherches thérapeutiques sur un nouvel antipyrétique* « l'antipyrine in *Union médicale*, nos 169 et 172. — Demux, *De l'antipyrine*, Thèse de Paris, 10 novembre 1884.

s'élève lentement pour revenir au maximum primitif dans l'espace de six à douze heures et même davantage.

Tel est l'effet principal, et constatons-le une fois pour toutes, l'action « antipyrétique » de cet agent peut être considérée comme caractéristique et constante chez les malades fébricitants; elle est surtout remarquable chez les phthisiques et la dose quotidienne de 2 ou 3 grammes peut suffire.

Parmi les phénomènes concomitants l'accord est moins complet dans les résultats, cependant quelques-uns peuvent être considérés comme constants : telle est la production de transpirations assez fortes, et aussi l'élimination de l'antipyrine par les reins, qui peut être facilement constatée grâce à la réaction spéciale par le perchlorure de fer sur laquelle nous aurons à insister dans une autre partie de cet article.

Relativement à la fréquence du pouls, les résultats sont contradictoires, et l'on n'observe que dans certains cas un parallélisme entre la défervescence et la diminution du nombre des pulsations; nos renseignements sont à peu près nuls sur les effets produits sur la tension artérielle et sur la contraction cardiaque.

L'antipyrine à dose médicamenteuse ne produit d'autres inconvénients que des vomissements qui ne sont pas rares, et un exanthème spécial d'apparence rubéolique qui a été signalé et décrit par Masius, Ernst, etc. D'ailleurs elle ne produit pas de vertiges, de surdité ni de bourdonnements d'oreille, cependant quelques malades accusent un sentiment de malaise ou même d'angoisse vaguement définie et qui peut n'être (surtout chez des femmes traitées à l'hôpital) qu'un effet psychologique.

II

Les recherches faites sur l'antipyrine paraissent avoir été purement cliniques, et dans tous les cas je ne possède actuellement aucun renseignement sur les expériences qui ont pu être faites. Ayant utilisé la petite quantité qui m'avait été donnée j'ai pratiqué avec l'aide de M. Arduin, plusieurs expériences qui nous ont fait constater des effets fort remarquables.

Ayant fait absorber à un cobaye une dose toxique, soit 0,12 grammes par kilogramme, la température rectale s'est abaissée de 38°,7 à 35°,4 en l'espace de deux heures ; l'animal a présenté alors de la paresse des mouvements, puis les pattes postérieures sont devenues inertes, enfin complètement paralysées, l'animal marchant avec ses pattes antérieures, la tête dressée avec un certain degré d'opisthotonos ; les pattes postérieures étaient abandonnées, traînantes, on pouvait les étendre et les fléchir en agissant doucement, et alors elles restaient quelque temps dans la position donnée. La sensibilité à la pression était abolie, il n'y avait pas de réflexes; bientôt la scène change, l'animal se roule d'un côté ou de l'autre, et il a une crise de convulsions cloniques, puis tétaniques dans les quatre membres, il se raidit, la tête renversée en arrière, l'attaque cesse, mais elle se reproduit bientôt, et alors on observe des phénomènes variés : tantôt il semble n'y avoir plus de réflexes, tantôt les bruits violents, le choc du sol réveillent les convulsions, ou bien on peut mettre les membres en diverses positions et déterminer un état cataleptiforme d'une portion des membres, enfin il est quelquefois possible d'arrêter les convulsions par le pincement des pattes antérieures.

La température est descendue à 32°,5. La respiration devient de plus en plus difficile, et l'animal meurt après des attaques tétaniques répétées.

Chez un autre cobaye, des effets analogues se sont montrés.

Chez des grenouilles, à dose modérée, il y a paraplégie incomplète ; on peut mettre les membres postérieurs dans diverses attitudes, la grenouille reste sur le dos même dans l'eau. A doses plus fortes il y a paraplégie, puis convulsions tétaniques rappelant celles du strychnisme, alors même l'animal peut résister, les convulsions toniques disparaissent.

Chez un lapin, l'abaissement de la température n'a pas eu lieu malgré une dose suffisante pour déterminer la paraplégie et les convulsions tétaniques. Ici encore la sensibilité et les réflexes disparaissent dans les membres postérieurs, pour se manifester dans l'intervalle des crises convulsives; lorsqu'on étendait les pattes postérieures avec précaution, lentement, l'animal les laissait traîner, il ne semblait pas se rendre compte de leur position. Ce même animal a présenté des convulsions tétaniques répétées, de l'opisthotonos prononcé, une raideur générale complète, et pendant la première période d'action du médicament, c'est-à-dire au début de la paraplégie, la sensibilité du nerf sciatique avait été considérablement diminuée, puisque l'on pouvait soulever le nerf sciatique mis à nu sans déterminer de mouvements ni de contractions, et que la sensibilité aux courants induits était singulièrement diminuée. Ajoutons que ce même lapin, dont la température rectale n'avait pas été notablement abaissée, a survécu plusieurs jours, et alors sous l'influence de la suppuration des plaies il y a eu une hyperthermie, qui a été influencée par des doses d'antipyrine de 1 gramme données pour l'estomac. En deux heures la température totale s'est abaissée de 41°,1 à 39°,1, puis une seconde fois de 41°,1 à 39°,5.

En résumé, la dominante des effets toniques est la production de paraplégie et d'attaques de convulsions cloniques ou tétaniformes, présentant une analogie remarquable avec le strychnisme, enfin la mort par asphyxie.

III

Il sera fort intéressant de connaître la valeur de l'antipyrine sur le sang, sur l'exhalation d'acide carbonique et sur les échanges dans les tissus, mais je n'ai pu faire à ce sujet qu'un petit nombre d'expériences.

J'ai examiné avec M. le docteur Huchard à l'hôpital Bichat le sang d'un phthisique à qui on avait administré environ 2 grammes d'antipyrine et qui une demi-heure après l'ingestion, présentait un abaissement de la température de 38°,1 à 37°,5; l'examen spectroscopique du sang n'a pas montré de différence notable, permettant d'autre conclusion que celle-ci, à savoir qu'à dose médicamenteuse le sang des capillaires ne présente pas de transformation de l'oxyhémoglobine en hémoglobine, ni les caractères d'une réduction exagérée de l'oxyhémoglobine, et encore moins de production de méthémoglobine. Chez les animaux, avant la période asphyxique il ne se produit pas de changement bien considérable; le sang paraît plus épais, examiné au microscope. Chez un cobaye dans la période de paraplégie, j'ai trouvé les globules rouges notablement plus colorés, plus gros, plus arrondis, et de plus les globules blancs ne présentaient pas de mouvements amiboïdes comme dans le sang de l'animal avant l'empoisonnement. Dans la période asphyxique, des changements consi-

dérables ont lieu dans le sang, l'oxyhémoglobine est remplacée par l'hémoglobine réduite.

Il serait prématuré de vouloir préciser ces conclusions et j'aurais différé la publication de ces expériences si elles ne m'avaient conduit à examiner de plus près l'action de l'antipyrine sur le sang.

J'avais été frappé dans une première expérience faite avec l'aide de M. Arduin de la difficulté d'obtenir du sang de la plaie résultant de la section des orteils chez un cobaye ayant absorbé l'antipyrine, et j'eus l'idée de rechercher si cet agent ne serait pas hémostatique; je fis l'expérience comparative suivante: sur quatre jeunes cobayes du même âge, je pratiquai l'ablation des 3 orteils d'une patte postérieure, et je plongeai la patte dans divers liquides, le perchlorure de fer déliquescent, l'ergotine (solution alcoolique au vingtième), dans une solution d'antipyrine au vingtième, enfin dans l'eau; or l'hémorrhagie s'arrêta dans un espace de temps variable.

Dans la solution d'antipyrine, l'hémorrhagie dura 4 minutes.

Dans le perchlorure de fer, l'hémorrhagie dura 9 minutes.

Dans l'ergotine, l'hémorrhagie dura 7 minutes.

Mais avec l'antipyrine elle fut définitive, tandis qu'il y eut encore des pertes de sang avec l'ergotine et le perchlorure et surtout avec l'eau.

Dans deux autres expériences j'ai constaté chez des cobayes l'arrêt immédiat de l'hémorrhagie capillaire et même artérielle à la suite de section du métatarse.

Une expérience plus décisive a été faite avec l'aide de M. Arduin et de M. Déjardin au laboratoire de médecine du Collège de France, sur un lapin de 1800 grammes: j'ai mis a nu les vaisseaux fémoraux de la patte postérieure gauche et j'ai alors sectionné l'artère et la veine fémorales, j'ai immédiatement appliqué sur les vaisseaux une rondelle d'amadou imbibée d'une solution d'antipyrine au vingtième, puis une cuillerée à café de la solution, enfin une plaque d'amadou à peine comprimée avec un lien circulaire; en quelques minutes, l'hémorrhagie avait cessé. Elle a recommencé quinze minutes après la section, à la suite de mouvements de l'animal, elle a été arrêtée de nouveau par le même moyen. Enfin vingt-cinq minutes après l'opération on laisse l'animal marcher sans autre appareil qu'un morceau d'amadou imbibé de la solution d'antipyrine et attaché par un simple fil autour de la cuisse; l'animal s'est mis à marcher, à manger, l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite d'une façon notable et l'animal était assez bien rétabli le lendemain pour servir à une expérimentation d'un autre genre.

Enfin, sur un enfant de deux ans, chez lequel j'avais incisé un décollement à l'aine produit par un abcès ganglionnaire, une hémorrhagie en nappe assez notable se produisant, j'ai appliqué sur la plaie un tampon d'ouate imbibée de solution d'antipyrine: l'arrêt de l'hémorrhagie fut immédiat et constaté par mon confrère M. le docteur Dumouly, qui m'assistait dans cette petite opération.

Ces faits sont assez démonstratifs pour que je n'hésite pas à appeler l'attention de ceux qui emploient l'antipyrine sur les propriétés hémostatique de ce produit.

IV

C'est donc avec raison que l'on a demandé que ce médicament fût nettement défini, afin qu'on fût en droit de compter sur ses effets; et nous ne saurions trop engager les chimistes à rechercher soit le moyen de préparer économiquement l'antipyrine, soit de faire connaître les réactions chimiques qui permettraient de contrôler l'identité de la préparation. Nous savons qu'il a été déjà fait des tentatives de ce genre et l'on a publié plusieurs réactions caractéristiques; je ne veux insister que sur l'une d'elles, en faveur de laquelle on peut invoquer la simplicité, et dont M. Huchard a maintes fois démontré la constance. Cette réaction consiste dans la coloration rouge, couleur de vin de Porto, que produit une solution de perchlorure de fer dans les solutions d'antipyrine et dans l'urine des malades. J'ai cherché à délimiter l'influence de cette coloration sur le spectre et je suis arrivé aux résultats suivants, résumés dans une note adressée à M. Huchard et qui n'a pas encore été publiée.

Une solution d'antipyrine au centième additionnée d'une goutte de perchlorure de fer liquide prend une coloration rouge capucine analogue à celle du vin de Porto. Examinée sous une épaisseur de 1 centimètre au moyen du spectroscope et à la lumière solaire diffuse, cette solution ainsi colorée ne laisse passer que les rayons rouges ou, en termes plus précis, elle absorbe tous les rayons colorés situés au delà de la 63ᵉ division de l'échelle en longueurs d'onde, c'est-à-dire que, depuis l'orangé jusqu'au violet, le spectre de cette réaction est occupé par une bande noire.

L'urine des malades, celle des animaux qui ont absorbé de l'antipyrine présentent une réaction analogue, le perchlorure de fer y détermine une coloration un peu plus brunâtre, et à l'examen spectroscopique l'on retrouve la bande d'absorption unique étendue de l'orangé au violet; seulement cette réaction laisse passer quelques rayons jaune verdâtre et verts, suivant que l'urine est plus ou moins concentrée, ou contient plus ou moins d'antipyrine.

Nous laisserons aux chimistes spéciaux le soin d'apprécier la valeur de cette réaction, et nous ne manquerons pas de mettre nos lecteurs au courant des résultats de cette sorte d'enquête que nous suivrons avec le plus grand intérêt.

A. Hénocque.

Contributions pharmaceutiques.

DU PHOSPHORE CONTRE LE RACHITISME.

L'action thérapeutique du phosphore a été peu étudiée en France. Il en est autrement en Allemagne. Il nous arrive de plusieurs côtés à la fois une avalanche d'observations médicales, qui, si elles n'entraînent pas notre conviction, forcent tout au moins notre attention. Les docteurs Soltmann, de Breslau, Hagenbach, de Bâle, et Kassowitz, de Vienne, nous affirment que le phosphore est le véritable spécifique du rachitisme. Déjà, en 1872, le docteur Wegner avait constaté que le phosphore exerçait sur le développement des os une influence remarquable; mais il s'en était tenu aux expériences de laboratoire. M. Kassowitz publie le résumé de 560 observations cliniques; la partie théorique du mémoire est hors de ma compétence; mais j'ai quelque chose à dire de ses formules.

En voici d'abord trois:

1° Huile de foie de morue...... 100 grammes.
Phosphore.................. 0,01 centigramme.

2° Huile d'amandes douces...... 70 grammes.
Phosphore.................. 0,01 centigramme.
Sucre en poudre............ 30 grammes.
Ether de fraises........ ..... XX gouttes.

3° Huile d'amandes douces...... 30 grammes.
Phosphore.................. 0,01 centigramme.
Poudre de gomme et de sucre. ãã 15 grammes.
Eau distillée............... 40 grammes.

Ces trois préparations se prennent à la dose de 1 à 2 cuillerées à café par jour.

Tous ces mélanges me paraissent pécher par la base, c'est-à-dire sont de mauvaise conservation. Nous savons tous que l'huile phosphorée s'altère très rapidement si l'on n'a pas eu le soin de porter préalablement l'huile à 160 degrés. M. Méhu nous a appris cela en mai 1868. Si cette précaution n'a pas été prise, les doses de phosphore ont été d'autant plus faibles que la potion durait plus longtemps.

Mais voici une formule de pilules qui est encore bien plus suspecte :

Phosphore............. 0,02 centigrammes.
Sirop simple........... 4 grammes.

Chauffez doucement, broyez avec soin; après refroidissement, ajoutez :

Poudre de réglisse....... 8 grammes.
Gomme arabique....... } ãã 4 grammes.
Gomme adragante...... }

Pour 100 pilules roulées dans de la poudre de sucre.

De 2 à 4 pilules par jour. Ici, nous entrons dans le domaine de la fantaisie. La conservation du phosphore dans ces pilules n'est pas admissible. Il passera de jour en jour, et de plus en plus, à l'état d'acide phosphorique. Et c'est avec ces moyens que M. Kassowitz a obtenu de si grands succès? J'avoue que, malgré moi, un certain trouble m'envahit, et je ne désire rien tant que de voir ses assertions confirmées par un médecin de nos hôpitaux.

Ceux qui voudront être plus complètement renseignés sur la pharmacologie du phosphore pourront consulter l'article publié par moi, cette année même, dans la *Gazette hebdomadaire*.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Cas de choléra traités, principalement par le sac a glace spinal, a l'hopital de la Charité, a Paris, dans le service de M. Peter, par le docteur Chapman.

Sur ma demande, M. le professeur Peter, chargé du service des cholériques à l'hôpital de la Charité, a bien voulu me permettre de faire dans son service l'application du traitement par le sac à glace, et m'autoriser à publier la relation des cas ainsi traités. Je le remercie sincèrement de son obligeance et de sa cordiale coopération, dans laquelle il a été secondé efficacement par l'interne de son service, M. Carron.

Ce traitement (1), dont on donne ici quelques exemples seulement, est basé sur cette hypothèse, que la cause *prochaine* du choléra consiste dans l'hyperhémie et, par suite, dans la suractivité morbide de la moelle épinière et des ganglions du nerf grand sympathique.

(1) Voyez l'explication complète de ce traitement et de l'hypothèse dont il est la conséquence logique dans mon livre : *Diarrhée et choléra* : nature, origine et traitement de ces maladies par une action exercée sur le système nerveux, par le docteur John Chapman, 2e édition, 1866, 268 pages.

Parmi les douze cas ci-après mentionnés, ceux compris sous les numéros I et II ont eu une issue fatale. Néanmoins j'appellerai particulièrement l'attention sur ces deux cas; car, bien qu'ils aient été suivis de mort, ils fournissent des exemples frappants de la puissante efficacité du traitement adopté contre les symptômes du choléra.

Dans le cas I, le malade avait souffert, disait-il, d'une « gastralgie » pendant cinq ans, avant son entrée à l'hôpital, et il avait la langue extrêmement chargée, état qui ne se présente jamais dans les cas de choléra seul. On doit particulièrement remarquer que, dans ce cas, bien que l'état algide, caractérisé par une cyanose marquée et l'absence de pouls, eût disparu sous l'influence du traitement — « le pouls étant redevenu distinct, la cyanose ayant diminué, et la température générale du corps étant presque normale », c'est précisément la maladie de l'estomac qui semble avoir été la cause de la mort; car de tous les cas en question, c'est le seul dans lequel les vomissements n'aient pas été arrêtés.

Dans le cas II, la malade, une blanchisseuse, était, dit-on, adonnée à la boisson. Quand le traitement commença, elle avait des vomissements, de la diarrhée, des crampes aux quatre extrémités, une soif persistante, cyanose, et pouls insensible. Elle fut promptement soulagée et tous ces symptômes disparurent complètement; mais, après que la réaction se fut établie, elle succomba à une attaque de délire, état qui est précisément celui qui doit probablement survenir pendant la réaction chez une cholérique adonnée à la boisson.

La malade dont il est question dans l'observation III (cholérique entrée la première à l'hôpital et sortie l'avant-dernière) fut la seule se trouvant déjà dans la période de réaction quand elle commença à être soumise à mon traitement. Ce cas est intéressant à cet égard, et particulièrement aussi à cause de la nature du traitement qui fut adopté pendant la période algide. Dans mon ouvrage cité plus haut, à la première page du chapitre relatif au traitement, je discute la possibilité de traiter le choléra par l'électricité, et j'observe que, si l'on juge avantageux de recourir à ce moyen, les deux conditions à remplir pour en assurer l'efficacité sont : premièrement, de n'employer que des courants continus, et secondement, d'en faire l'application à la région spinale tout entière.

Dans cette observation, le lecteur remarquera que le galvanisme fut employé, et que, malgré le retour des symptômes peu de temps après chaque application, « chaque application fut suivie de bons effets immédiats ».

La chaleur fut appliquée au tiers supérieur de la colonne vertébrale, dans le but de stimuler les ganglions cervicaux du grand sympathique, afin de contracter, par leur action, les artères cérébrales, et de diminuer ainsi la congestion cérébrale existante.

Dans le cas IV, les symptômes, bien que relativement légers, persistèrent plusieurs jours jusqu'à ce qu'enfin on proposât de recourir à l'application de la glace. Les bons effets, comme on le verra, en furent prompts et bien marqués.

Obs. I. — M. E..., quarante-quatre ans ; entré à l'hôpital le 16 novembre; atteint du choléra depuis cinq ou six jours; et souffrant d'une « gastralgie » depuis cinq ans. Vomissements, cyanose, pouls insensible, langue extrêmement chargée.

Depuis son entrée, à midi, le 16, jusqu'au 17 à six heures du matin, six applications de glace furent faites. Sous leur influence, le pouls s'est relevé, la cyanose a diminué, et la température générale du corps est redevenue presque normale ; mais les vomissements ne paraissaient pas modifiés, et le malade est mort à neuf heures du soir, le 19 novembre.

Obs. II. — Mme R..., blanchisseuse, cinquante-trois ans; entrée à l'hôpital le 14 novembre. Vomissements, diarrhée, crampes des quatre extrémités; cyanose; soif continuelle ; pas de pouls. Après quatre applications de glace, les vomissements, les

selles et les crampes cessent, le pouls est reparu, et la malade est réchauffée.

A partir du 15 au soir, un délire de paroles et d'actions est survenu et a nécessité l'emploi de la camisole de force, et la malade est morte le 20 novembre.

OBS. III. — C..., femme entrée à l'hôpital le 9 novembre, traitée du 9 au 15 par les courants continus — un pôle placé sur la région épigastrique, l'autre tantôt sur la région lombaire, tantôt au niveau d'un pneumogastrique. Chaque application était suivie de bons effets immédiats au point de vue des vomissements, du hoquet et des crampes. Mais les symptômes reparaissent peu de temps après la cessation de l'électrisation.

J'ai vu la malade pour la première fois, le 14 novembre, et comme elle était somnolente, j'appliquai un sac à l'eau chaude au tiers supérieur de la colonne vertébrale : quelques heures après on a observé que les fonctions cérébrales étaient plus libres.

A partir du 15, la malade était à la fin de la période algide et la période de réaction commença; dès le 16, la température atteignait 38 degrés dans le vagin. Mais les vomissements et la diarrhée persistèrent et la glace fut employée. Neuf applications de glace furent faites du 15 au 18 novembre. Les vomissements et la diarrhée avaient beaucoup diminué. La température oscillait entre 39 et 40 degrés; pendant trois jours elle dépassa même 40 et s'accompagna de délire. Du 18 au 22 novembre l'application du sac à glace fut suspendue, et on employa le sac à l'eau chaude au tiers supérieur de la colonne vertébrale, mais d'une façon irrégulière et intermittente.

Le 22 novembre, la diarrhée bilieuse reparaît et la température commençait à baisser. Trois nouvelles applications de glace furent alors faites. La diarrhée cessa complètement le 26 novembre et le 3 décembre la malade sort guérie.

OBS. IV. — L..., homme entré le 13 novembre, malade depuis le 12. Quelques vomissements seulement; sans crampes, ni hoquet; mais diarrhée abondante, pour laquelle cinq applications de glace sont faites. La diarrhée disparut pendant trois jours. Quelques selles diarrhéiques se sont montrées depuis, mais d'une façon si irrégulière et si insignifiante, qu'on n'a pas répété les applications de glace. Une polyurie abondante (5 à 8 litres) avec albuminurie et glycosurie commença le 21 novembre. L'albumine et le sucre ne se manifestèrent que pendant trois jours; mais les urines restent toujours très abondantes.

OBS. V. — M. C. D..., vingt-six ans, entré le 10 novembre. Diarrhée jaunâtre, sans crampes ni vomissements; soif modérée; urine peu abondante; en un mot, signes de cholérine simple. Dès le lendemain, amélioration notable; le malade demande à manger.

Le 13 novembre, apparition des vomissements, avec selles riziformes; pouls petit; voix cassée; albumine abondante dans les urines; hoquet. Dans la nuit du 13 au 14, apparition sur tout le corps, d'une poussée d'urticaire, dont chaque plaque est limitée par une collerette violette.

14 novembre. — Depuis le soir du 13, il n'a pas uriné.

La première application de glace fut faite le 14 novembre, à onze heures du matin. Neuf applications ont été faites successivement toutes les trois heures, et ont été suivies chaque fois d'une amélioration au point de vue des vomissements et du hoquet.

A partir du 16 novembre, le mieux s'accentue, le vomissement et la diarrhée cessent. Les urines reparaissent, et contiennent un peu de sucre sans albumine.

Le 22 novembre, le malade sort guéri.

OBS. VI. — M. Louis S..., vingt-huit ans, entré le 13 novembre, malade depuis le 12. Diarrhée (selles liquides involontaires, d'un brun noirâtre); pouls petit; hoquet; suppression de l'urine; crampes des quatre extrémités; cyanose prononcée.

14 novembre. — A cette date, l'insensibilité du pouls était complète. La première application de glace fut faite à onze heures et demie du matin. Les applications furent renouvelées de trois en trois heures, jusqu'à la fin de la journée. Lorsque les vomissements, la diarrhée, le hoquet, les crampes eurent disparu, le malade se réchauffa et le pouls reparut.

Le 15, par suite d'un malentendu, j'ai cru que les applications avaient été faites par l'interne, tandis que celui-ci pensa qu'elles seraient faites par moi, et aucune application de glace ne fut faite. Ce jour-ci, à cinq heures du soir, le malade, qui n'a pas uriné depuis son entrée, se plaint d'envies d'uriner, qu'il ne peut satisfaire, la vessie est distendue; la sonde est arrêtée par un spasme rigide du col. On lui donna alors un bain chaud, dans lequel le malade urina deux fois.

16 novembre. — La glace n'ayant pas été appliquée depuis le 15, à trois heures du matin, jusqu'au 16, à dix heures du matin, les vomissements bilieux reparurent. Alors la glace fut appliquée de nouveau, de trois en trois heures : les vomissements cessèrent encore, et ne revinrent qu'une fois, le soir, après l'ingestion d'un mélange de lait et d'eau.

22 novembre. — Cinq nouvelles applications de glace, ayant été commencées le 16, et la dernière ayant eu lieu le 18, à trois heures du matin, il rendit, le 16, une grande quantité d'urine, et les 17, 18 et 19, trois ou quatre litres chaque jour. Ces urines contiennent de l'albumine et du sucre. Le malade se plaignait seulement de quelques douleurs épigastriques. Enfin, le 22, il sortait complètement guéri.

OBS. VII. — M. G..., soixante-trois ans, entre à l'hôpital, le soir du 14 novembre, malade depuis dix jours environ. A son entrée vomissements et hoquet incessants et anurie.

Une première application de glace fut faite immédiatement : soulagement très marqué éprouvé par le malade, disparition du hoquet; le malade s'endort une demi-heure sur la glace, le hoquet reparut à plusieurs reprises dans le courant de la nuit; trois applications de glace sont faites, suivies chaque fois de la cessation brusque du hoquet; après la troisième application, le vomissement avait cessé.

16 novembre. — Le malade commence à uriner, l'urine contient de l'albumine et du sucre. Douleur au niveau des insertions du diaphragme. Le malade refuse de nouvelles applications de glace. Les vomissements et le hoquet reparurent, mais non la diarrhée. Vésicatoire épigastrique. Lavement de glycérine.

22 novembre. — L'urine (3 litres) contient encore un peu de sucre, sans albumine. Le malade demande à sortir.

OBS. VIII. — Mme G..., âgée de vingt et un ans, vue pour la première fois par moi, le 15 novembre. Elle était enceinte de sept mois; elle avait des vomissements, de la diarrhée, des crampes; froid périphérique.

Après la cinquième application de glace, les vomissements et les crampes cessèrent, la diarrhée avait diminué; le réchauffement était notable; alors les deux compartiments supérieurs du sac furent appliqués sur les deux tiers supérieurs du dos; on pratiqua deux applications semblables. Ensuite, malgré la réapparition des vomissements verdâtres, la malade refusa de continuer le traitement. Depuis, la malade ne fut soumise à aucun autre traitement; cependant l'amélioration continua et la malade put sortir, guérie, le 23 novembre.

OBS. IX. — Mme Joséphine O..., quarante-trois ans, entre à l'hôpital, le 16 novembre. Malade depuis le 13. Crampes, diarrhée, sans vomissements. Voix légèrement voilée. Douleurs épigastriques; pouls très faible; cyanose des extrémités et des lèvres; suppression des urines. Dès son entrée l'application de la glace fut faite et répétée cinq fois en tout.

A partir du 20 novembre, la malade a uriné, n'a plus eu de diarrhée, ni de crampes. La cyanose a disparu; mais elle se plaint de ne pouvoir dormir. Application ce soir d'un sac d'eau chaude, au tiers supérieur de la colonne vertébrale. On prescrit la potion suivante, à prendre le soir : bromure de potassium, 1 gramme; bromure d'ammonium, 50 centigrammes; teinture de Colombo, 4 grammes.

Le 26 novembre, la malade va toujours bien, quoique, par intervalles, elle soit reprise d'une diarrhée légère, si légère que l'on n'a pas jugé nécessaire de faire une nouvelle application de glace. Elle sort guérie.

OBS. X. — Mlle B..., âgée de vingt-trois ans, entre à l'hôpital, à dix heures du soir, le 16 novembre : vomissements incessants; diarrhée continuelle; crampes et hoquet, froid périphérique, surtout aux mains et au nez. Anurie. Pas de pouls.

La glace fut appliquée immédiatement : dès la troisième application, l'amélioration fut très sensible; les vomissements et les selles revinrent à intervalles espacés, et le pouls reparut.

Le 17 novembre, cinq heures du soir, le mieux continuait; les vomissements n'ont pas reparu; reste un hoquet intermittent. « Le sac de glace », dit la malade, « est mon sauveur. »

Le 18 novembre, six heures du soir, l'amélioration se maintient : réchauffement complet, pas de vomissements; quatre selles

avant quatre heures. L'application de la glace fut alors limitée aux deux tiers inférieurs de la colonne vertébrale.

Le 19 novembre, au soir, cessation complète de la diarrhée. Les urines sont revenues en abondance depuis la veille, contenant de l'albumine et du sucre ; à cette date, on cessa le traitement par la glace, et la malade continue à se porter de mieux en mieux.

22 novembre. — La malade a eu en tout douze applications de glace ; elle sort aujourd'hui parfaitement guérie, bien que les urines contiennent encore un peu de sucre.

OBS. XI. — M. D..., cinquante ans ; entré le 18 novembre 1884 ; atteint de diarrhée depuis le 14 ; il a peu travaillé jusqu'au 17. A son entrée, vomissements abondants, diarrhée, crampes, air expiré froid, voix cassée, pouls filiforme, n'a uriné, dit-il, que quelques gouttes depuis le 15.

Une application de glace est faite immédiatement à neuf heures et demie du soir ; trois autres sont répétées dans le courant de la nuit.

19 novembre. — Ni vomissements ni selles pendant la nuit. Ce matin un vomissement très abondant. Le pouls est meilleur. La glace est continuée.

20 novembre. — Jusqu'à ce matin, dix applications de glace. Le malade a passé une bonne nuit, a uriné un peu, mais le vomissement persistait abondant, sous forme de liquides dans lesquels nagent des matières noirâtres. Trois nouvelles applications sont faites dans la journée et trois autres dans la nuit.

21 novembre. — Amélioration complète, plus de vomissements ni de selles depuis hier soir. Beaucoup d'albumine dans l'urine. Six heures du soir, dix-septième et dernière application de la glace.

22 novembre. — Très bon état, le malade mange. L'urine (3 litres) renferme de l'albumine et un peu de sucre.

23 novembre. — Même état : l'urine (3 litres) renferme de l'albumine, mais pas de sucre.

24 novembre. — Le malade sort guéri.

OBS. XII. — M. B..., trente ans, entré à l'hôpital le 19 novembre, malade depuis le 16, diarrhée. Depuis le 18, vomissements jaunâtres, crampes, léger refroidissement, pouls petit, selles riziformes, suppression de l'urine.

Première application de glace à onze heures et demie du matin, trois autres applications pendant la journée et deux pendant la nuit.

20 novembre. — Le malade urine pour la première fois. Beaucoup d'albumine.

25 novembre. — Depuis le 21, l'amélioration a persisté : ni diarrhée, ni vomissements. Deux litres d'urine par jour, avec des traces tantôt de sucre, tantôt d'albumine.

Pouls bon.

Le malade sort guéri.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

RECHERCHES SUR LA COAGULATION INTRAVASCULAIRE ANTISEPTIQUE. Mémoire de M. *Gosselin*. — Nos lecteurs se rappellent que l'an dernier l'auteur communiquait les résultats de ses recherches sur l'action des alcools et des phénols comme antiseptiques, et comme ayant la propriété d'arrêter la circulation en coagulant plus ou moins rapidement le sang dans les capillaires de la région sur laquelle ils avaient été appliqués. Ces résultats ont été confirmés depuis lors par les travaux de M. Laborde.

Aujourd'hui M. Gosselin étudie au même point de vue d'autres antiseptiques employés en chirurgie : la teinture d'iode, l'alcool salicylé, le biiodure de mercure, le deutochlorure de mercure (liqueur de Van Swieten), la solution éthérée d'iodoforme, les solutions de sulfate de cuivre, de chlorure de zinc et l'eau oxygénée pure. Voici le résultat de ces dernières recherches : 1° si ces agents sont presque toujours germicides, ils ne le sont pas au même degré ; 2° ils sont plus ou moins aptes à coaguler les matières albumineuses ; 3° ils sont coagulants intravasculaires dans une certaine mesure.

En résumé, M. Gosselin place ces divers médicaments dans l'ordre suivant, au point de vue de leur supériorité : 1° comme germicides, le biiodure de mercure et la liqueur de Van Swieten ; 3° comme coagulants extravasculaires, le sulfate de cuivre et l'acide phénique au vingtième ; comme coagulants intravasculaires, l'alcool à 86 degrés et l'acide phénique au vingtième.

Si l'acide phénique a une supériorité véritable sur ces autres agents, cela tient, dit l'auteur, à sa double action germicide et coagulante, « ce qui lui permet de rendre imputrescents les liquides épanchés en dehors des vaisseaux, et de diminuer, par l'oblitération d'un certain nombre de capillaires, l'inflammation traumatique. »

LA MORT RÉELLE ET LA MORT APPARENTE. Note de M. *Bochefontaine*. — L'auteur adresse, par l'intermédiaire de M. Richet, une note appelant de nouveau l'attention sur les expériences qui ont été faites par lui en 1878 sur la diffusion des courants électriques dans les tissus animaux.

La question que M. Bochefontaine s'était proposé de résoudre était la suivante : Un animal étant soumis à un courant faradique dans une région limitée, dans quelles conditions le contact des doigts avec un autre point du corps produit-il une commotion sur l'expérimentateur ? Les expériences effectuées successivement sur des animaux vivants et sur des animaux morts ont donné des résultats variables, même dans le courant d'une même expérience. L'auteur en conclut qu'il serait imprudent de fonder sur une expérimentation de ce genre une méthode de constatation de la mort réelle ou de la mort apparente. Il y a là, sans doute, une particularité dont il serait intéressant, dit l'auteur, de donner une explication scientifique précise.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1884.— PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

M. le docteur *Danriot* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de physique et de chimie médicales.

M. le docteur *Ollé* envoie des relations manuscrites de l'épidémie de choléra en 1884 dans l'arrondissement de Saint-Gaudens. (*Commission des épidémies*.)

M. le docteur *Coutaret* adresse, pour le concours du prix Vernois de 1885, un ouvrage intitulé : *Eaux de sources et assainissement des villes*. (Inscrit sous le n° 5.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. *Lavergne*, ses *Rapports sur le service des Enfants assistés et sur le service de la protection des enfants du premier âge dans le département de l'Allier en* 1883 (*Commission de l'hygiène de l'enfance*) ; 2° de la part de M. *Émile Rivière*, une *Étude statistique sur le choléra dans les hôpitaux civils de Paris ;* 3° au nom de M. le docteur *A. Tripier*, un mémoire imprimé, ayant pour titre : *L'électricité et le choléra*.

M. *Panas* présente : 1° au nom de M. le docteur *Mireur*, une *Étude sur l'épidémie de choléra à Marseille ;* 2° de la part de M. le docteur *Lagarde* (de Pau), un *Manuel d'obstétrique*.

M. *Béchamp* fait hommage de son *Mémoire sur les matières albuminoïdes*.

M. *Roger* présente, de la part de M. le docteur *Levieux*, un *Discours* aux internes et externes de l'hôpital Saint-André à Bordeaux.

M. *Maurice Perrin* dépose, au nom de M. le docteur *Ehrmann* (de Mulhouse), une *Note* imprimée *sur un cas d'opération d'Estlander*.

CIGUË. — Il résulte d'une Note, adressée par M. *Lepage* (de Gisors), correspondant national, sur l'étude pharmacologique de la ciguë (*Conium maculatum*), que, comparativement aux autres parties de la plante, la racine de ciguë, principalement celle de deux ans, ne renferme que des quantités extrêmement minimes d'alcaloïdes.

EAUX MINÉRALES. — Au nom de la Commission des eaux minérales, M. *Jules Lefort* donne lecture d'un certain nombre de rapports, dont les conclusions sont adoptées par l'Académie. Ces conclusions sont favorables en ce qui concerne l'autorisation d'exploiter pour l'usage médical : 1° les

sources dites de Maucourt et des Ministres à Saint-Martin de Rennes (Basses-Alpes); 2° la source d'Enval à Enval (Puy-de-Dôme); et 3° l'autorisation d'introduire et de vendre en France pour l'usage médical, l'eau minérale d'une source dite La Margarita, à Loeches (Espagne).

Néphrectomie.— M. *Le Dentu* présente un malade auquel il a pratiqué avec succès, il y a plus de trois ans, l'extirpation du rein gauche. Il s'agissait alors de tarir une fistule urinaire inguinale qui résultait de l'incision d'une hydronéphrose dans la fosse iliaque. La néphrectomie avait fait cesser immédiatement tout écoulement d'urine, mais au moment où l'observation a été communiquée à l'Académie (15 novembre 1881), il restait une fistule purulente à laquelle aboutissait un trajet d'une certaine longueur occupé par un tube à drainage. Ce tube fut laissé en place jusqu'à ce que l'écoulement du pus fût réduit à presque rien; il ne fut enlevé qu'au mois de février 1883 et dès le surlendemain l'orifice était fermé définitivement. Depuis cette époque la guérison s'est maintenue sans qu'il survînt le moindre trouble dans la santé de l'opéré. Une cicatrice infundibuliforme occupe la place de l'ancienne fistule; la région lombaire gauche est souple et indolente à la pression; du côté droit, il n'y a rien d'anormal. L'urine est sécrétée en quantité normale (1200 à 1500 grammes par vingt-quatre heures); elle ne contient aucun élément étranger à sa composition physiologique. Il est impossible, par la palpation ou la percussion, d'arriver à reconnaître l'hypertrophie dont le rein droit doit être le siège. Le cœur a ses dimensions normales; aucun signe d'hypertrophie de cet organe n'est révélé ni par l'auscultation, ni par le tracé sphygmographique du pouls.

Pustule maligne. — M. *Proust* vient de soigner dans son service, à l'hôpital Lariboisière, un boucher présentant deux pustules malignes, l'une au-dessus du sourcil, l'autre au niveau de l'avant-bras. Cet homme était occupé aux abattoirs de la Villette, où il dépeçait des moutons venant de Russie; or ces moutons ont très souvent la laine, la peau, le tissu sous-cutané et même les chairs remplies de petites épines très effilées, provenant d'une graminée dite *Stirpa tortilis*, très commune dans les pâturages des steppes. Il est facile en conséquence de se blesser à l'aide de ces épines, lorsqu'on pratique sur les moutons qui les portent les diverses opérations de la boucherie et par suite de contracter le charbon dont quelques-uns d'entre eux peuvent être atteints.

Le malade dont il s'agit entra à l'hôpital trois jours après le début des accidents et alors qu'il était déjà en proie à de sérieux symptômes généraux. Les pustules furent cautérisées avec de la pâte de Vienne, les eschares furent incisées et pansées à l'acide phénique, et tout autour furent pratiquées des injections d'une solution d'iode, d'iodure de potassium et d'eau distillée; l'état général ne tarda pas à s'améliorer et le malade guérit. La pustule maligne est donc curable, alors même que l'infection locale s'est développée au point de se traduire par des troubles généraux. Le sang de ce malade ne contenait pas, il est vrai, de bactéridies charbonneuses, mais le liquide des pustules en était rempli; les cultures faites avec le sang furent de même négatives, tandis que celles qui furent pratiquées avec le liquide des pustules déterminèrent en quelques heures, avec des accidents charbonneux, la mort des cobayes inoculés.

M. *Colin* (d'Alfort) fait remarquer que la guérison de la pustule maligne après apparition des symptômes généraux n'est pas un fait exceptionnel, car il est certains animaux, tels que le chien, qui ne contractent que très difficilement le charbon sous la forme de fièvre charbonneuse; la bactéridie ne se reproduit pas toujours dans le sang et elle peut disparaître dans ce milieu indépendamment du mode de traitement employé. D'autre part, la toison des moutons peut renfermer toute sorte de corps étrangers et il n'est pas étonnant que les moutons russes, provenant de pays où le charbon est fréquent, puissent, même en restant sains, porter des graines ou tout autre corps imprégnés de virus charbonneux, surtout lorsqu'ils sont transportés dans des wagons où ont séjourné des animaux atteints de ces affections.

M. *Proust* signale l'intérêt qu'il y a à remarquer que ce n'est pas seulement le tissu, mais la chair même de ces moutons qui renferme les pointes effilées de la graine en question.

Choléra. — M. *Dujardin-Beaumetz* fait, au point de vue statistique, le récit de l'épidémie du choléra, qui paraît être en bonne voie de terminaison à Paris. Du 4 au 30 novembre, on a compté 912 décès, dont 382 femmes et 530 hommes, soit 4,05 décès par 10 000 habitants; le maximum journalier a été de 110. Dans les épidémies antérieures, la mortalité avait été, dans les mêmes proportions, de 234,16 en 1832; de 185,31 en 1849; de 7,8 en 1854, et de 4,6 en 1873. Ajoutons qu'à Toulon, pendant l'épidémie actuelle, il y a eu 669 décès, ce qui donne 138,43 pour 10 000 habitants; encore est-il que cette proportion peut être doublée si l'on tient compte des habitants qui avaient quitté la ville. A Marseille, où l'on peut faire la même remarque, la proportion a été de 49,4 pour 10 000. A Paris, l'arrondissement le plus sérieusement atteint a été le VII°, où la proportion des décès a été de 12,6 pour 10000; il est vrai que dans ce quartier se trouvait l'asile des vieillards de l'avenue de Breteuil, où la mortalité a été particulièrement forte. Si l'on fait abstraction de cet asile, la mortalité n'est plus que de 4,60.

Les arrondissements qui viennent après, sont: le XIX°, avec 8,82 pour 10 000 habitants; le XI°, avec 8,07; le XII°, avec 7,70; l'arrondissement le moins frappé a été le IX°, avec une proportion de 0,40 par 10 000 habitants, puis vient le VIII°, avec une proportion de 1,01.

Si l'on examine par quartiers, on voit que les plus atteints ont été: les quartiers de l'Ecole-Militaire (asile de vieillards), 39,50; de Sainte-Marguerite, 12,9; des Quinze-Vingts, 12,9; du Pont-de-Flandre, 12,6.

Il a été impossible, jusqu'à présent, de savoir le point de départ de l'épidémie, qui a éclaté alors que l'état général de la santé publique était parfait, mais l'on peut dire que son développement a été singulièrement facilité par certaines conditions spéciales: d'abord par l'âge et la débilité sénile des malades, témoin le fait de l'asile de vieillards dont j'ai parlé; ensuite, par les conditions hygiéniques mauvaises des habitants: les rues Sainte-Marguerite et Curial, qui ont fourni à l'épidémie le contingent le plus élevé, sont dans des conditions hygiéniques déplorables.

M. Dujardin-Beaumetz aurait voulu tracer la distribution des eaux et montrer, comme l'a fait M. Marey, l'influence des eaux sur cette épidémie; ce projet a dû être abandonné, en raison de la double canalisation d'eau existant à Paris; les conduites se suivent parallèlement dans les différentes rues, et ce n'est que par une enquête faite de maison en maison, que l'on pourra savoir quelle est l'eau distribuée à cette maison, et encore, dans ce cas, l'on sait que par des manœuvres de robinets, on peut changer à volonté l'eau distribuée à ladite maison. Ce que l'on peut affirmer cependant, c'est que pour la rue Sainte-Marguerite et pour le quartier du Pont-de-Flandre, les plus cruellement atteints, c'est de l'eau de l'Ourcq qui est bue exclusivement par ces populations. Il faut, en outre, remarquer que, comme dans les invasions antérieures du choléra, ce sont, toutes choses étant égales d'ailleurs, les individus les plus faibles et surtout les individus alcooliques, qui ont fourni la quantité la plus considérable de décès.

M. Dujardin-Beaumetz termine sa communication, en insistant sur ce que cette épidémie, quoique faible par le nombre, a été aussi meurtrière au fond que celle de Toulon et de Marseille; en effet, à Toulon, d'après les renseignement fournis par le docteur Cunéo, il y a eu dans

les hôpitaux civils 221 entrées et 123 décès, ce qui fait une proportion d'un peu plus de 50 pour 100; à Marseille on a constaté, d'après les relevés fournis par le docteur Duranty, 659 entrées et 337 décès, soit 50 pour 100 environ; à Nantes, d'après M. Bonamy, la proportion serait de 51 pour 100; et à Paris, d'après la statistique des hôpitaux faite par M. Emile Rivière, il y aurait eu, du 4 novembre au 1er décembre, 1037 entrées et 564 décès, ce qui fait une proportion de 54,49 pour 100. Tous ces chiffres sont presque identiquement comparables et montrent bien la morbidité de cette épidémie qui a été la même dans les différents points touchés; ce qui distingue ces différents foyers épidémiques, ce n'est donc pas la gravité des cas, mais le nombre des personnes atteintes. Si, à Paris, ce nombre a été si restreint, cela résulte surtout des mesures énergiques prises par la préfecture de police; trente voitures spéciales ont transporté, du 4 au 30 novembre, plus de 900 malades dans les différents hôpitaux; soixante-treize désinfecteurs, organisés par escouades et ayant à leur disposition 39 voitures, ont pratiqué plus de 795 désinfections; il faut y ajouter les désinfections faites par les mairies qui, vers la fin de l'épidémie, ont organisé, à leur tour, des services de désinfection. On peut donc espérer que, lorsque le problème de la vidange et des eaux potables de Paris sera résolu et en appliquant rigoureusement les mesures d'hygiène prescrites, les grandes épidémies de choléra y disparaîtront graduellement.

Pour M. *Hardy* tout est obscur et en dehors des règles habituelles dans cette épidémie; il eût voulu que M. Dujardin-Beaumetz corroborât ses renseignements statistiques par des conclusions pouvant s'appliquer à l'étiologie du choléra. Pour Toulon et Marseille, on peut encore avoir quelques doutes sur l'état sanitaire antérieur à l'apparition de la maladie; pour Paris, il n'en est pas de même; on n'y a constaté ni diarrhée prémonitoire ni même les affections gastriques si communes d'ordinaire à cette époque de l'année. Le choléra éclate soudainement sur plusieurs points de la capitale, le même jour; où est la contagion? Peut-on dans cette diffusion accuser les eaux? mais on ne saurait dire quelle est la source contaminée. On ne peut raisonnablement invoquer que la propagation par l'air. Et pour preuve, M. Hardy cite un malade, de la classe aisée, qui avait, il est vrai, subi l'opération de la lithotritie quelques années auparavant et qui succomba du choléra, au milieu de phénomènes de réaction irrégulière, rappelant les accidents urémiques; or ce malade n'était sorti que dans sa propre voiture et buvait de l'eau de Vals. D'autre part, quant à la contagion, il y a eu fort peu de cas chez les membres d'une même famille, dans la même maison, et encore peut-on dire que les gens ainsi atteints vivaient dans les mêmes conditions antihygiéniques.

Il faut enfin apporter de sérieuses réserves à l'égard de l'efficacité des mesures d'hygiène prescrites et appliquées par l'administration avec une rigueur que rien ne justifiait, rigueur pénible pour les familles. On aurait pu faire aussi bien, en tout cas, et, surtout le dire moins haut; car il est regrettable qu'on ait tant parlé de contagion, au risque d'inspirer uniquement la terreur et fait tant de fumigations inutiles et vexatoires. On ignore l'agent producteur du choléra et l'on a la singulière prétention de le détruire!

Les observations qui viennent d'être présentées, réplique M. *Dujardin-Beaumetz*, suffisent à montrer quelle réserve est nécessaire dans l'examen de l'étiologie du choléra. Ce n'est qu'à l'aide de patientes et minutieuses enquêtes qu'il est possible de se prononcer, et ces enquêtes sont encore à faire en ce qui concerne le rôle de l'air ou celui de l'eau; quant aux mesures prophylactiques qui ont été exécutées ou imposées par l'autorité, ce ne sont pas elles qui ont effrayé la population et les étrangers, mais le choléra lui-même. Est-ce par de simples mesures de persuasion que l'on peut arriver à assainir des bouges aussi infects que ceux de la rue Sainte-Marguerite, par exemple? Le médecin sera-t-il écouté en pareil cas, s'il n'est assisté par l'administration elle-même? Dans ces circonstances, la préfecture de police a largement rempli son devoir et l'on peut affirmer qu'elle a ainsi rendu de grands services. Sans doute on ignore l'agent producteur du choléra; mais n'en est-il pas de même pour la fièvre typhoïde et ne sait-on pas que les mesures spéciales de prophylaxie que l'on prend dans les casernes, les établissements publics et même les habitations privées, à l'égard de cette maladie, donnent les meilleurs résultats?

M. *Proust* s'élève contre l'opinion formulée par M. Hardy, à savoir qu'il y avait des doutes sur l'état sanitaire à Toulon et à Marseille avant l'apparition du choléra; tous les médecins de Toulon sont en effet unanimes à reconnaître qu'il n'y a eu à cette époque aucune constitution médicale prémonitoire; tous les médecins de Marseille, sauf un ou deux, font la même déclaration en ce qui concerne cette dernière ville. L'orateur peut l'affirmer d'après une enquête spéciale. A Paris également, aucune cause du même ordre ne pourrait être invoquée; quant à dire qu'on n'y a pas constaté, au cours de l'épidémie, de contagion manifeste, il y aurait quelque exagération à le soutenir: ainsi M. Proust a reçu dans son service, en même temps, les deux frères et le cousin, qui habitaient la même chambre.

Il extrait ensuite du dossier des médecins des épidémies, qu'il communiquera ultérieurement plus en détail à l'Académie, les deux faits suivants: 1° le navire la *Ville de Palerme* avait séjourné à Marseille pendant les plus mauvais jours de l'épidémie, sans avoir aucun homme malade; deux jours après le départ de cette ville pour le Havre, plusieurs cas se produisirent à bord. Ce navire, qui arrivait de la Pointe-à-Pitre, avait rempli ses caisses à eau à Gibraltar et pendant le séjour à Marseille il ne fut pas consommé d'autre eau que celle-ci; comme il en manquait, les caisses furent remplies de nouveau à Marseille; c'est alors que le choléra apparut à bord; il cessa en même temps que l'usage de cette eau fut supprimé et qu'elle fut remplacée par de l'eau bouillie, légèrement alcoolisée. — 2° Le navire *Abd-el-Kader* apporta le choléra au fort Génois, près de Bône, après qu'un passager fut atteint à bord; la contagisité a pu être nettement démontrée pas à pas, pour ainsi dire; la virulence et l'intensité de l'épidémie eurent pour cause principale l'encombrement, le défaut d'hygiène, la négligence des premiers symptômes et la non-acclimatation des passagers; l'extinction de l'épidémie sur place démontre d'une façon évidente l'utilité de la séquestration et de l'isolement.

Après une intervention de M. *Béchamp* en faveur de la doctrine d'après laquelle le choléra, comme toutes les autres maladies, naîtrait de l'homme et en lui-même, grâce à des influences inconnues dont l'action n'est pas fatale, M. *Hardy* se défend d'avoir attaqué la doctrine de la contagiosité du choléra; il a seulement voulu dire que les faits qui viennent d'être observés à Paris ne sont pas favorables à cette doctrine. Il en ressort tout au moins que le choléra ne se propage pas de l'homme malade à l'homme sain, et que c'est surtout par l'atmosphère que se fait cette propagation; d'où il résulte aussi qu'il n'y a aucun danger à rester auprès des cholériques et à leur donner des soins.

Si l'affolement du public est dû à l'administration qui a pris des mesures inconsidérées, il faut l'attribuer encore plus à la Presse, qui a manqué à tous ses devoirs en insistant avec tant de détails sur les renseignements qu'elle recueillait au cours de l'épidémie.

— M. *Le Roy de Méricourt* donne lecture, au nom de la Commission des épidémies, d'un remarquable rapport sur un certain nombre de documents relatifs au traitement du choléra. Il signale particulièrement un mémoire de M. le docteur *Semmola* (de Naples): celui-ci, tout en adoptant la théorie microbienne, craint qu'on ne puisse jamais édifier

sur elle un traitement rationnel de cette maladie; aussi s'en tient-il au traitement symptomatique et à la prophylaxie. C'est ainsi qu'il adopte l'emploi des narcotiques et des astringents contre la fluxion intestinale, les stimulants contre les faiblesses, la chaleur artificielle et l'alcool contre l'algidité, les injections hypodermiques d'éther contre la paralysie du cœur. Il préconise surtout le repos absolu du tube gastro-intestinal par une asbtinence complète à partir de la plus petite manifestation diarrhéique et même dans la période de réaction jusqu'à ce que la diarhée ait complètement cessé depuis vingt-quatre heures; il a suffi quelquefois, dit-il, de quelques cuillerées de bouillon administrées prématurément pour faire réapparaître les manifestations cholériques les plus graves. Le lait à petite dose paraît au début l'aliment préférable.

M. Semmola insiste également sur l'emploi de bains à 38 et 40 degrés, pendant dix ou quinze minutes, répétés suivant le besoin, dès avant l'apparition de l'algidité; dans la période de réaction, le régime lacté et l'usage des mesures hygiéniques les plus simples suffisent. Si la réaction s'accompagne d'hyperthermie, il ne faut pas craindre de mettre en usage les bains même froids. Enfin, si des troubles se rapportant aux fonctions les plus frappées persistent, tels que la faiblesse du cœur, l'angoisse épigastrique, l'anorexie, etc., il est utile de se servir des préparations de noix vomique, d'injections de citrate de caféine, de bromhydrate de quinine.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Influence du choléra sur la marche des traumatismes: M. Després. — Traitement du trichiasis et de l'entropion par la cautérisation des paupières au thermo-cautère, rapport: M. Terrier. — Ostéomyélite prolongée, amputation sus-trochantérienne: M. Verneuil. — Ankylose des deux genoux: M. Terrillon.

M. *Després* a fait dans son service de l'hôpital de la Charité sept grandes opérations au moment de l'invasion de l'épidémie du choléra dans cet établissement. Aucun de ces opérés n'a pris le choléra et la marche de leurs blessures a été aussi régulière et rapide que dans les temps ordinaires; cependant dans la même salle deux malades non opérés ont été à ce moment pris par la maladie. Cette observation porte sans doute sur un très petit nombre de malades; elle est malgré cela intéressante à enregistrer, car elle apporte son contingent à la solution d'une question dont l'étude est encore à faire, à savoir l'influence du choléra sur la marche des traumatismes.

— M. *Terrier* fait un rapport sur deux travaux analogues envoyés l'un par M. Vieusse, l'autre par M. A. Trousseau. Le premier est intitulé: traitement du trichiasis par la cautérisation des paupières au thermo-cautère, le second s'occupe du même sujet, et à la cure du trichiasis M. Trousseau joint la cure de l'entropion. Pendant son séjour en Afrique, comme médecin militaire, M. Vieusse essaya un nombre très grand de moyens pour combattre le trichiasis; il désespérait d'arriver à quelque résultat lorsqu'il eut l'occasion de voir un malade qui avait été traité par un médecin marocain, parfaitement guéri. Ce malade, indigène lui-même du Maroc, portait sur ses paupières les traces du traitement qu'il avait dû subir sous forme de cicatrices de brûlure linéaires, *perpendiculaires* au bord libre des paupières. M. Vieusse imita la conduite du médecin marocain, remplaçant le fer rouge ordinaire par le thermo-cautère et l'aisant bénéficier ses malades du sommeil anesthésique; il n'eut, dit-il dans son travail, qu'à se louer de cette pratique et pendant près de cinq années il soumit à ce traitement plus de 140 malades, qui en retirèrent pour la très grande majorité les plus grands avantages.

M. Trousseau ne rapporte que dix observations, mais elles sont des plus démonstratives: sept sont tirées de sa pratique personnelle, trois lui ont été communiquées par M. Terrier. Chez tous ces malades le résultat est parfait; le bord des paupières est redressé et la cautérisation ne s'accuse que par des traces linéaires presque imperceptibles. D'ailleurs M. Trousseau a fait ses cautérisations *parallèlement* au bord des paupières, proportionnant leur nombre et leur profondeur à la difformité.

Il conclut que c'est là un procédé simple et exempt de tout danger pour combattre certaines formes d'entropion et de trichiasis; mais il reconnaît qu'il ne s'applique pas à tous les cas et qu'il ne saurait remplacer les procédés sanglants, parfois indispensables. Ce sont là des conclusions sages que partage le rapporteur. M. Terrier fait remarquer l'avantage des cautérisations parallèles au bord palpébral; elles réalisent le but recherché et sont moins apparentes que les cautérisations verticales du médecin marocain et de M. Vieusse.

M. Terrier a fait à cette occasion de nombreuses recherches bibliographiques pour savoir qui le premier a eu l'idée d'employer le fer rouge au traitement du trichiasis et de l'entropion et quelles modifications ce procédé thérapeutique a subies depuis son invention. Celse le premier aurait pratiqué la cautérisation des paupières au fer rouge; Paul d'Egine, Albulcasis, Rhagès, Guy de Chauliac, les Arabes et les arabistes y avaient également recours. A. Paré conseille d'arracher les cils retournés vers le globe de l'œil et de cautériser le bulbe. Plus près de nous, Caron (de Villars) imagine son procédé bien connu, ingénieux, mais impossible à mettre à exécution, la cautérisation des bulbes au moyen d'épingles à entomologie. Percy préconise la destruction par le fer rouge de l'appareil sécréteur des cils. Delpech et Jobert consacrent chacun un chapitre à cette question. Nélaton et les auteurs du Compendium mentionnent la méthode et font quelques erreurs dans l'historique qu'ils en rapportent. Desmarres père et Fano nient l'utilité de la cautérisation des bulbes ciliaires et regardent même cette pratique comme dangereuse. Galezowsky en 1875 restaura en quelque sorte la méthode depuis longtemps abandonnée. De Wecker en 1879 la traite de barbare, mais il convient d'ajouter qu'en 1881 cet ophthalmologiste revient sur son jugement et considère la cautérisation comme devant dans certains cas donner quelques résultats. Grâce aux travaux de MM. Vieusse et Trousseau, la méthode de Celse doit tenir un rang honorable parmi les moyens destinés à combattre le trichiasis et l'entropion.

M. *Monod* il y a quelque temps a essayé la cautérisation des paupières pour remédier à un entropion rebelle chez une vieille femme. Il n'a obtenu aucun résultat. Peut-être cela tient-il à ce que, voulant trop bien faire, il a cautérisé trop profondément.

M. *Trélat* est d'avis que tous les procédés qui visent la destruction de la totalité des bulbes ciliaires sont défectueux, insuffisants, impraticables. Par exemple le procédé de Caron (de Villars), qu'on trouve représenté dans tous les traités d'ophthalmologie, est d'une exécution impossible. Lorsque M. Trélat s'occupait des affections oculaires, il avait un arsenal spécial pour la destruction des bulbes des cils déviés: il s'armait de lunettes grossissantes et à l'aide d'une pointe galvano-caustique des plus déliées il piquait successivement chaque bulbe malade. On peut ainsi espérer remédier à la déviation de quelques cils; mais, lorsque cette déviation porte sur la totalité des cils, ce procédé n'est guère praticable.

M. *Perrin* a également fait construire une aiguille de thermo-cautère très fine dans le même but. Il partage les idées de M. Trélat sur l'utilité de la cautérisation d'un petit nombre de cils, mais comme lui il ne croit pas qu'il soit possible de détruire ainsi toute la rangée des cils d'une paupière.

M. *Verneuil* rapporte la très intéressante opération qui suit. Un Français établi à Londres fait en 1850, à l'âge de dix-neuf ans et pendant le cours d'une blennorrhagie, une chute sur les genoux. Deux mois après il est pris d'accidents inflam-

matoires très violents du côté du genou gauche, accidents dont l'intensité est telle, que le chirurgien traitant de Saint-Barthelemy's hospital croit devoir pratiquer l'amputation de la cuisse au lieu d'élection. La guérison de cette opération est lente, elle dure plus de six mois, et pendant cette longue période le malade élimine à différentes reprises des séquestres, d'abord un séquestre annulaire de signification peu importante, ainsi que tous les chirurgiens le savent, puis des séquestres longitudinaux irréguliers plus ou moins volumineux indiquant une ostéite lente et nécrosique. Finalement l'opéré ne put porter un appareil prothétique qu'au bout de deux ans. Dans la suite il eut la syphilis, mais ne se plaignit plus de son moignon et put exercer son métier de tailleur jusqu'en 1876. A cette époque, vingt-six ans par conséquent après son amputation, il fait une chute sur son moignon et cela quelque temps après un abcès, qui est ouvert et donne issue à un pus extrêmement fétide. En 1878, nouvel abcès sans cause; il est incisé et comme le premier guérit très vite. En 1880, troisième abcès, qui se cicatrise plus lentement que les deux premiers. En 1882, le malade fait une chute si violente que son appareil se brise; à partir de ce moment les abcès se succèdent et ne guérissent plus. On propose au patient, encore en Angleterre, la résection du fémur, il la refuse. Il rentre en France en 1884 et se présente à l'hôpital de la Pitié au mois d'avril dernier. Son état général est des plus mauvais; il est pâle, œdématié et offre tous les caractères d'un malade atteint de septicémie chronique. Les fistules nombreuses, que porte son moignon, rappellent tout à fait par leur apparence l'aspect des vieilles gommes. Aucun de ces trajets, explorés avec le plus grand soin, ne conduit sur une surface osseuse dénudée.

Vu l'état général du malade, il n'était pas possible de songer à une intervention chirurgicale. On se contenta de mettre le malade au repos au lit et de lui administrer un traitement général tonique. Sous cette seule influence un mieux sensible se manifesta; mais les fistules persistaient et même un nouvel abcès se développa. M. Verneuil entreprit dans ces conditions de faire la résection de l'os, qui, bien qu'il ne fût pas dénudé au fond des fistules, était très manifestement pour lui la cause des accidents. A cet effet il se servit du procédé d'Astley Cooper pour arriver sur le fémur, la queue de la raquette lui permettant de lier les vaisseaux au fur et à mesure qu'il les rencontrait. Le chirurgien avait l'intention de sectionner l'os au-dessous des trochanters; mais, le trouvant malade dans une plus grande étendue, il dénuda délibérément ces deux saillies et fit porter sa section à la base du col, justement au-dessus d'une perforation de l'os, qui conduisait dans le canal médullaire malade. La plaie fut traitée par le pansement antiseptique ouvert et la guérison est aujourd'hui complète.

M. Verneuil insiste peu sur le manuel opératoire, qui a été celui qu'il préconise depuis longtemps, pour la désarticulation de la hanche; il fait seulement remarquer que cette amputation sus-trochantérienne, commandée pour ainsi dire par les circonstances, est peut-être moins grave que la désarticulation même du fémur.

La pièce pathologique sous les yeux, il est facile de se rendre compte pour quelle cause on n'arrivait pas sur l'os dénudé. En effet, le fémur est recouvert de toute part par un périoste épaissi; il ne présente aucune trace de nécrose ou de séquestre; il est épaissi, éburné, le canal médullaire a presque disparu et on trouve seulement une cavité au centre du grand trochanter en communication avec le pertuis rencontré à sa base au moment de l'opération. Pour M. Verneuil on peut affirmer que ce malade a eu il y a trente-quatre ans une poussée d'ostéomyélite heureusement combattue, mais en partie seulement par l'amputation; vingt ans après, une chute sur le moignon a suffi pour réveiller l'inflammation sommeillant dans l'épiphyse supérieure. Ce fait plaide donc à la fois pour et contre la doctrine qui veut que dans les ostéomyélites on ampute rapidement le membre; l'amputation a certainement arrêté les phénomènes inflammatoires se passant à l'épiphyse inférieure, mais elle n'a pas définitivement supprimé les effets de l'inflammation de l'épiphyse supérieure.

En terminant, M. Verneuil fait remarquer les heureux résultats du pansement antiseptique ouvert, qu'il pratique depuis longtemps. Il fait aussi remarquer que, contrairement à ce qu'il fait habituellement n'ayant pas réséqué chez son opéré le nerf sciatique, le malade a eu pendant les premiers temps des douleurs intolérables.

—M. *Terrillon* présente une malade de la Salpêtrière autrefois atteinte de pachyméningite cervicale et chez laquelle pendant le cours de cette affection il s'était produit une flexion des deux genoux; véritable ankylose des parties molles. Par la section sous-cutanée des muscles et des tissus fibreux résistants, suivie d'un redressement lent et successif, la guérison a pu être obtenue et à l'heure qu'il est la malade a recouvré l'usage de ses membres inférieurs.

Alfred Pousson.

Société de médecine de Christiania.

Typhus exanthématique.

M. *Koren* croit, étant donnée la rareté actuelle du typhus exanthématique à Christiania, qu'un cas qu'il a eu l'occasion d'observer récemment au lazaret de Sandaker présentera un certain intérêt pour la Société.

Albert Sörensen, âgé de vingt-deux ans, entre à l'hôpital, le 22 août 1883, pour des accidents gastro-intestinaux. Par suite du passage d'un établissement dans un autre, le traitement n'est commencé que le 25.

Phénomènes typhoïdes très accentués, stupeur; répond aux questions par quelques mots incompréhensibles. Les dents et la langue sont couverts d'un enduit fuligineux très épais; celle-ci est difficilement tirée. La déglutition paraît facile; rien dans les ganglions du cou. Pouls petit, difficile à compter à cause des soubresauts des tendons. Délire; le malade veut se lever. Emission involontaire d'urine et des matières fécales. Gargouillement dans la fosse iliaque droite; pas d'augmentation de volume apparente de la rate. Ces phénomènes durèrent très longtemps, l'incontinence d'urine et des matières fécales ne cessa que le quatorzième jour, le délire à la fin de la troisième semaine. L'urine contenait un peu d'albumine. Quand le malade fut observé pour la première fois, il présentait déjà un exanthème qui s'étendait sur le tronc, les extrémités, les mains et les pieds; cet exanthème était peu développé à la face. Injection conjonctivale très prononcée. L'enduit buccal est trop épais pour qu'on puisse savoir si l'éruption intéresse la muqueuse. On peut supposer qu'elle s'étendait à celle des bronches, à cause de la toux fréquente, des râles, qui ne cessèrent que quand la peau eut repris elle-même ses caractères.

Cet exanthème se composait de petites élevures rouges du volume d'un grain de chènevis, peu confluentes. Il ressemblait beaucoup à la rougeole; cette ressemblance était encore augmentée par l'extension à la conjonctive et à la muqueuse des bronches. Le peu de confluence avait une faible importance au point de vue du diagnostic; en revanche, il fallait tenir sérieusement compte de l'immunité de la face, qui est presque toujours prise dans la rougeole; une autre différence consiste dans la longue durée de l'éruption, qui ne disparut qu'au bout de trois semaines. La desquamation se fit par lamelles, comme dans la scarlatine; des fragments d'épiderme épais et très étendus se détachèrent des mains et des pieds; elle fut accompagnée d'un érythème très étendu, suivi lui-même de deux furoncles et d'un abcès du conduit auditif externe. On avait donc eu affaire à des accidents typhoïdes

généraux accompagnant un exanthème d'apparence morbilleuse, dont la desquamation fut semblable à celle de la scartatine; dans ces conditions, le diagnostic typhus exanthématique était certain.

Il y eut, en outre, quelques symptômes du côté du tube digestif; pendant les deux premiers jours le malade a eu du gargouillement iléo-cæcal; ni l'un ni l'autre ne se rattachait à la maladie, mais à un catarrhe gastro-intestinal dont il souffrait avant son apparition; pendant les premiers jours les matières fécales étaient peu consistantes; leur aspect ne rappelait cependant en rien les selles de la fièvre typhoïde; un peu plus tard elles devinrent solides, et malgré cela l'émission resta involontaire jusqu'au quatorzième jour.

A son entrée, la température était de 39°,5 le soir; le lendemain matin elle était de 39 degrés; les jours suivants, la rémission fut de 1 degré. La rémission observée ordinairement le septième jour dans le typhus exanthématique n'eut lieu que le neuvième; la température se releva même les jours suivants, à tel point que le vingt-cinquième jour elle était de 39 degrés le matin, de 40 le soir, Le lendemain, dès trois heures de l'après-midi, elle était à 39°,8. On donne 1 gramme de sulfate de quinine; lotion froide générale avec de l'eau acidulée, un peu de chloral le soir. Température, 38°,5. Le lendemain, pour la première fois depuis le commencement de la maladie, 36°,5. Nuit tranquille, dort neuf heures de suite. Après que l'influence de la quinine eut cessé, la température remonta à 39°,3, mais la rémission du matin fut toujours de 2 degrés, et le chiffre resta normal à partir du vingt et unième jour.

Le traitement fut purement symptomatique et présenta peu d'intérêt.

Comment ce jeune homme avait-il pris le typhus? Il n'y en avait point eu de l'année dans la ville ou les districts environnants. L'auteur ne croit pas au développement autochtone de la maladie; ce jeune homme, qui était venu à Christiania au mois de février pour chercher du travail, avait souffert de privations de toutes sortes; il changeait souvent de logis, mettait de vieux habits qu'il devait à la charité de personnes bienfaisantes; il est possible que l'un de ceux-ci, porté longtemps auparavant par un malade atteint du typhus exanthématique, ait été l'agent direct de l'infection rendue facile par l'épuisement du malade et le catarrhe gastro-intestinal dont il avait souffert pendant les derniers temps.

Le typhus exanthématique, dit M. Koren à la fin de sa communication, est la maladie du prolétariat par excellence; elle sévit surtout sur la population pauvre des villes, et, lorsqu'une épidémie se développe, il est extrêmement difficile de la combattre. On a eu raison, dans le cas actuel, de placer le malade dans un lazaret spécial, et de confier le traitement à un médecin particulier.

M. *Larsen* formule quelques doutes au sujet du diagnostic; il n'a jamais vu l'exanthème du typhus présenter le caractère papuleux qu'il avait dans ce cas; l'éruption est au contraire formée de petites taches non saillantes, entre lesquelles on trouve quelquefois des papules isolées. Jamais non plus il n'a vu de défervescence au deuxième jour; les grandes rémissions notées par M. Koren vont également contre l'hypothèse qu'il adopte. La courbe thermique ressemble plutôt à celle de la fièvre typhoïde; enfin il est bien rare qu'un cas de typhus reste isolé.

M. *Koren* a vu d'autres cas d'exanthème papuleux dans les mêmes conditions; il y a rémission le neuvième jour au lieu du septième comme d'habitude, voilà tout; enfin la crise est arrivée plus tard que d'habitude. Le mode de desquamation permet d'exclure absolument l'hypothèse d'une fièvre typhoïde.

Société de biologie.

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MATHIAS DUVAL, VICE-PRÉSIDENT

Sels de cocaïne; effets analgésiques: M. Laborde. — Défaut d'action de la cocaïne sur la zone motrice corticale: M. François-Franck. — Fibres arciformes du bulbe: M. Féré. — Effets sédatifs des inhalations d'oxygène: M. Quinquaud. — Helminthes intestinaux du fou de Bassan: M. Fourment. — Calorimétrie: M. d'Arsonval. — Calorimétrie: M. Richet. — Effets d'emmagasinage d'électricité par les animaux vivants; applications médico-légales: MM. Brouardel, Gariel et Grange. — Pseudo-tuberculose cutanée du chien: M. Laulanié.

M. *Laborde* montre les produits cristallisés extraits par M. Duquesnel de la coca: ce sont des sels (sulfate, chlorhydrate, bromhydrate) avec lesquels il poursuit ses expériences. Il présente un animal (cochon d'Inde), rendu analgésique depuis la veille au moyen du sulfate de cocaïne; les réflexes sont conservés; seule la sensibilité à la douleur a disparu.

— M. *François-Franck* dit un mot de ses essais sur les effets de la cocaïne appliquée directement à la surface de la zone motrice du cerveau: il n'a obtenu aucune modification des réactions motrices simples ou convulsives provoquées par les excitations électriques, alors que quelques gouttes de la solution au 1/50e avaient déterminé l'insensibilité de la conjonctive. Il insiste sur ce fait que l'écorce du cerveau, dans la région du gyrus sigmoïde chez les animaux, ne perd pas son excitabilité comme les surfaces sensibles périphériques, et se réserve de développer plus tard les conséquences théoriques de ses expériences quand il les jugera suffisantes.

—M. *Féré* montre le dessin d'un bulbe rachidien sur lequel on peut suivre le trajet et les rapports si controversés des fibres arciformes. On voit, en effet, sur la partie postérieure du bulbe l'extrémité supérieure du faisceau grêle dévier ses fibres les plus superficielles, qui constituent ainsi un faisceau récurrent. Ce faisceau, né au-dessus du renflement de la pyramide postérieure se dirige en bas et en avant pour contourner l'olive et remonter de nouveau. Dans son trajet ascendant, il se place sur le bord externe de la pyramide et conserve cette position jusqu'à la limite de la protubérance, tout en restant distinct dans toute son étendue.

Il semble donc que l'entre-croisement des fibres arciformes n'est pas tout à fait celui qu'on décrit (Deiters, Clarke, Meynert).

— M. *Quinquaud*. Quand on inhale l'oxygène en suivant les prescriptions médicales habituelles, c'est-à-dire en respirant 5, 6, 8 ou 10 litres d'oxygène et en répétant ces doses une à deux fois dans les vingt-quatre heures, est-on bien certain d'obtenir des effets physiologiques et thérapeutiques? Il est permis d'en douter d'après les expériences de l'auteur.

1° *Effets physiologiques*. — On croit généralement que les inhalations d'oxygène sont excitantes, qu'elles activent les différentes fonctions; or c'est le contraire qui est la vérité; les effets immédiats sont des effets sédatifs. Lorsqu'on fait circuler à travers les poumons d'un animal vivant 40 à 50 litres d'oxygène pur ou dilué, on voit se produire: 1° si l'animal est agité, un calme complet; 2° un ralentissement du pouls et de la respiration; 3° une légère diminution de la température centrale; 4° une diminution de l'exhalation pulmonaire de l'acide carbonique; 5° une combustion organique plus faible après les inhalations qu'avant la respiration d'oxygène, combustion mesurée par les analyses simultanées des gaz des sangs artériel et veineux avant et après les inhalations.

Toutes ces modifications sont en rapport avec une suroxygénation sanguine de 2 à 5 pour 100 d'oxygène. En un

mot ce sont, atténués il est vrai, les mêmes phénomènes que ceux observés par M. P. Bert dans ses expériences sur la respiration dans l'oxygène comprimé.

Si l'on se borne, comme on le fait en thérapeutique humaine, à faire respirer au malade quelques litres d'oxygène, les effets précités seront à peine appréciables et essentiellement éphémères. Il faut donc modifier notre manière d'administrer l'oxygène. Disons d'abord que les phénomènes obtenus précédemment sont très évidents lorsqu'on fait respirer au patient non plus de l'oxygène pur, mais de l'oxygène dilué aux 2/3 ou 3/4. De plus, si l'on veut obtenir des effets durables, il faut que les inhalations aient une certaine durée, par exemple vingt minutes à une demi-heure. Pour cela, il suffit de faire respirer les mélanges suivants : air, 90 litres ; oxygène, 30 litres, ou bien oxygène, 40 litres et air, 120 litres.

En opérant ainsi et en renouvelant cette dose une fois M. Quinquaud a pu quelquefois obtenir de bons résultats de l'inhalation de l'oxygène dans les diverses anémies ; on peut même les employer chez les tuberculeux sans crainte de voir se produire des hémoptysies.

— M. *Dubois* complète l'exposé des expériences qu'il a faites au laboratoire du Havre sur un pyrophore et insiste sur les effets que les excitations physiques et mécaniques produisent sur l'appareil lumineux. Il montre que la production de lumière ne peut être attribuée, comme on l'admet généralement, à des phénomènes d'oxydation, les conditions qui seraient capable d'atténuer ces phénomènes provoquant au contraire l'exagération de l'action lumineuse.

— M. *Fourment* adresse une note, présentée par M. Mégnin et relative à l'étude d'Helminthes, trouvés par M. A. Milne-Edwards, dans l'intestin d'un fou de Bassan (*Sula Bassana*). (Voy. le compte rendu officiel.)

— M. *d'Arsonval* fournit des détails complémentaires sur la méthode calorimétrique dont il a déjà entretenu la Société. Il applique à l'homme un procédé dérivé de celui qu'il avait employé pour les animaux : le sujet est placé dans une enceinte métallique à double paroi, sorte de cloche, qui renferme entre ses deux parois une couche d'air pouvant s'échauffer par le dégagement de chaleur du corps. La cavité comprise entre les deux parois de la cloche forme donc un vaste thermomètre à air, dont les indications sont recueillies au moyen d'un manomètre à eau, disposé en thermomètre différentiel de Leslie, de façon à annuler les effets des variations de la pression barométrique. On transforme facilement cet indicateur en un appareil enregistreur, en lui appliquant la disposition que M. Marey avait employée pour les tubes de Pitot, destinés à servir de loch.

A l'aide de cet appareil, qui est également applicable aux animaux d'un certain volume, M. d'Arsonval a pu étudier les effets de la respiration des mélanges d'air suroxygénés ; contrairement à son attente, il n'a pas vu la production de chaleur s'exagérer, tout au contraire. Ce résultat confirme ce qu'a observé de son côté M. Quinquaud.

— M. *Ch. Richet* décrit à son tour un procédé calorimétrique analogue à celui que vient d'indiquer M. d'Arsonval et qu'il a réalisé sans connaître les recherches que poursuivait celui-ci. L'appareil est aussi muni d'une double paroi, mais l'espace annulaire, au lieu de communiquer avec un manomètre qui ne fournit que des indications réduites, est en rapport avec un vase contenant de l'eau et aboutissant à un siphon ; de cette manière, on peut étudier le dégagement de chaleur par la quantité d'eau qui s'écoule de ce système extérieur.

— MM. *Brouardel*, *Gariel* et *Grange* ont constaté un curieux phénomène sur des animaux soumis pendant un temps variable à l'action de courants électriques intenses ; quand on a suspendu le passage des courants, l'animal, isolé sur une gouttière en bois, a donné au niveau des parties saillantes de son corps (museau, ongles, poils dressés, etc.), des décharges sensibles au doigt, quelquefois même douloureuses, analogues à des décharges d'induction.

Ce fait n'a encore été observé que sur des animaux que les courants n'avaient pas tués ; *les animaux morts ne l'ont pas présenté*. Si le phénomène se retrouve avec une constance et un degré de généralité suffisants, on comprend l'intérêt qu'ils comportent pour la distinction de la mort apparente et de la mort réelle.

— M. *M. Duval* dépose une note de M. Laulanié sur une pseudo-tuberculose cutanée du chien, provoquée par le Demodex folliculorum (Oven).

— A six heures, la Société se réunit en comité secret, pour entendre la lecture des rapports sur les candidats au titre de membre titulaire. L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. FRANÇOIS-FRANCK, VICE-PRÉSIDENT.

Toxicité de l'urine normale : M. Bouchard. — Spectroscopie directe : M. Hénocque. — Action des hautes pressions sur la fonction photogénique : MM. Dubois et Regnard. — Homologies du peigne des oiseaux : MM. Duval et Réal. — Fécondation chez les végétaux : M. Degagny. — Bacilles de la diarrhée infantile : MM. Damaschino et Clado. — Action centrale de l'atropine : M. Judée. — Tuméfaction transparente des cellules hépatiques dans le choléra : MM. Hanot et Gilbert. — Élection : M. Beauregard.

M. *Bouchard*, partant du fait qu'il pense avoir établi (1882), à savoir que certaines maladies infectieuses résultent de la rétention dans l'organisme de produits toxiques formés par des germes introduits dans les cavités digestives, a recherché si ces produits ayant les caractères d'alcaloïdes ne s'élimineraient pas normalement par l'urine.

C'est ainsi qu'il a été conduit à étudier la toxicité de l'urine en pratiquant sur des animaux des injections intra-veineuses de ce liquide. Ses études ont ceci de particulier qu'elles ont porté, non sur des urines pathologiques, comme celles de Lépine et autres, mais sur des urines normales. Il a employé de l'urine exactement neutralisée, tout en remarquant que cette précaution n'était pas indispensable. Les principaux faits, observés sur le lapin, sont les suivants : à la suite de l'injection intraveineuse, la pupille se contracte rapidement au point de devenir punctiforme ; la respiration s'accélère et s'affaiblit ; l'animal devient somnolent ; puis l'arrêt de la respiration se produit et la mort survient, le cœur continuant encore à battre. Pendant toute cette série d'accidents, la sécrétion urinaire a persisté en assez grande abondance, les muscles ont conservé leur irritabilité. Quand on ne pousse pas l'expérience aussi loin, la respiration se rétablit et l'animal survit, présentant une notable polyurie quelquefois avec albuminurie légère.

M. Bouchard passe en revue les différents mécanismes qui peuvent être invoqués pour expliquer la mort : il montre que ce n'est pas à la surcharge mécanique de l'appareil circulatoire qu'elle peut être attribuée, car les effets ne sont pas proportionnels à la massede liquide injectée, et, d'autre part, il a établi qu'on peut injecter des quantités d'eau beaucoup plus grandes sans provoquer la mort, tandis qu'il suffit de 10 à 12 centimètres cubes d'urine par kilogramme pour tuer un animal.

Ce n'est ni l'urée, ni l'acide urique, ni la créatine qui causent les accidents ; ce ne sont pas non plus les matières minérales ; seraient-ce les matières colorantes ? Ce qui est certain, c'est qu'une urine décolorée par la filtration sur le charbon est deux fois moins toxique qu'une urine normale. Mais ceci prouverait seulement que le charbon retient cer-

tains principes toxiques, qui ne sont pas forcément des matières colorantes.

La toxicité persiste dans les extraits, mais les principes toxiques fournis par ces extraits et qui sont solubles dans l'alcool ne produisent pas la mort par le même mécanisme que l'urine totale, ou tout au moins faut-il en employer des quantités proportionnellement beaucoup plus grandes que celles qui seraient contenues dans l'urine nécessaire à obtenir un poids d'extrait déterminé. Les extraits aqueux diffèrent aussi des extraits alcooliques au point de vue de l'action toxique.

De tout cela il résulte que les matières toxiques de l'urine sont multiples, et peut-être est-ce à la variété de ces produits qu'il faut attribuer les formes multiples des accidents urémiques. M. Bouchard poursuit ses recherches et s'attache à déterminer d'une manière plus complète la nature de ces produits toxiques dont il démontre la présence et la multiplicité dans l'urine normale.

— M. *Hénocque* expose les principes et la technique d'une méthode spectroscopique applicable aux recherches physiologiques. Il s'agit de l'étude des transformations du sang à la surface sous-unguéale du pouce, au moyen d'un spectroscope à vision directe, avec la lumière solaire. Ces recherches feront l'objet d'une publication spéciale dans ce journal.

— MM. *Dubois* et *Regnard*, étudiant l'action des hautes pressions sur la fonction photogénique du lampyre, ont constaté sur un premier animal, soumis pendant dix minutes à une pression de 600 atmosphères avec la pompe Cailletet, que la phosphorescence persistait; elle dura, quoique affaiblie, pendant quelques instants; bien que l'animal fût absolument inerte, on put faire reparaître de faibles lueurs au moyen des courants induits. Considérant ce lampyre comme en état de vie latente et d'hydratation excessive, ils l'ont soumis à l'action de la machine pneumatique en présence du chlorure de calcium et ont en effet constaté qu'au bout de douze heures la phosphorescence était très manifeste, mais peu intense.

— MM. *Duval* et *Réal* indiquent les homologies du peigne des oiseaux et du corps vitré embryonnaire des mammifères. Ils pensent que le peigne est l'homologue du corps vitré et qu'il faut repousser toute idée d'homologie entre le peigne et le réseau rétinien.

— M. *Degagny* adresse une Note sur la fécondation chez les végétaux et son action sur les deux synergides et sur le sac embryonnaire. (Voy. le *Bulletin* officiel.)

— MM. *Damaschino* et *Clado* ont examiné histologiquement les matières vertes de la diarrhée infantile et y ont constaté une quantité prodigieuse de bacilles en bâtonnets. Ces bacilles existent presque seuls dans les cas graves, et semblent être en quantités proportionnelles à l'intensité de l'affection diarrhéique. Ces éléments sont très allongés et proportionnellement volumineux; leur longueur est trois fois plus grande environ que celle des bacilles de la tuberculose; ils sont, en général, plus ou moins recourbés, soit légèrement, soit en croissant, plus rarement en demi-cercle; les deux extrémités sont arrondies. Avec la coloration au bleu de méthylène, la partie moyenne du microbe reste fortement colorée et les extrémités sont moins teintées. Observés à l'état frais, dans une goutte d'eau distillée, les bacilles apparaissent relativement transparents, doués de mouvements rapides. Ces mouvements semblent avoir pour centre la partie moyenne du microbe.

— M. *Judée* conclut des effets classiques de l'atropine sur les nerfs modérateurs du cœur, que ce poison agit en paralysant l'action modératrice bulbaire.

—MM. *Hanot* et *Gilbert* communiquent le résultat de leurs recherches sur les altérations histologiques du foie dans le choléra. Parmi les modifications cellulaires qu'ils ont rencontrées, ils n'attachent d'importance qu'à la suivante. Sur des coupes examinées à un faible grossissement, on voit que par places le parenchyme hépatique ne s'est pas laissé colorer par les réactifs; en sorte que, de distance en distance, apparaissent au sein des lobules, des zones incolores, d'ordinaire arrondies ou ovalaires, dont les dimensions sont très variables. A un fort grossissement les zones incolores se montrent constituées par des cellules hépatiques en état de *tuméfaction transparente*. Elles ont des contours très nets et possèdent souvent deux noyaux de la dimension habituelle, ou un seul noyau hypertrophié, lesquels sont normalement colorés par le carmin et l'hématoxyline.

— Le dépouillement du scrutin pour l'élection d'un membre titulaire se termine par la nomination de M. *Beauregard*, élu par 26 voix sur 31 suffrages exprimés.

REVUE DES JOURNAUX

Résection intestinale, par M. Egerton Jennings. — Les expériences suivantes ont été entreprises, sur les conseils de sir Spencer Wells, dans le but de trouver un procédé facile de résection de l'intestin. Après la section de l'intestin on introduit dans son calibre un cylindre de substance capable de se fondre à la chaleur du corps ou de se digérer sous l'influence des sucs intestinaux; on peut dès lors pratiquer aisément la suture de l'intestin et après un certain temps le cylindre mandrin se fond, se digère, laissant libre le calibre intestinal. L'expérimentateur s'est servi d'abord de cylindres de beurre de cacao; sir Spencer Wells pense que des cylindres de gélatine rempliront encore beaucoup mieux toutes les indications. (*The Lancet*, 23 novembre 1884, p. 907.)

Action du chlorhydrate de cocaïne sur l'œil, par M. Gustave Hartridge. — L'auteur s'est servi d'une solution de cet alcaloïde au titre de 4 pour 100 pour obtenir l'anasthésie de l'œil dans les cas suivants : cinq cas de corps étrangers de la cornée; dix cas d'ulcérations de la cornée avec photophobie intense; deux cas d'abrasion de la cornée; une cataracte; une iridectomie; une discision de la capsule du cristallin; une opération d'entropion et un cathétérisme du canal nasal. De ces faits, M. Hartridge tire les conclusions suivantes :

Premièrement, le chlorhydrate de cocaïne a une valeur considérable comme agent d'anesthésie locale dans les cas qui suivent : *a.* dans les maladies de la cornée avec photophobie intense; *b.* dans l'extraction des corps étrangers de la cornée; *c.* dans toutes les opérations qui intéressent la cornée et la conjonctive; *d.* dans l'extraction de la cataracte, lorsqu'on ne veut pas donner l'éther ou le chloroforme. Secondement, l'emploi de cette substance a une valeur insignifiante ou même nulle : *a.* dans les opérations qui intéressent la peau; *b.* dans celles qu'on pratique sur les yeux atteints de glaucome.

Ultérieurement l'auteur se propose de faire connaître de nouvelles expériences et de déterminer à quelle dose la solution produit les meilleurs effets et quel véhicule lui est préférable : eau, huile, vaseline, etc.; il étudiera aussi la question de savoir si des instillations fréquemment répétées à de courts intervalles produisent plus d'effets qu'une simple instillation. (*The medical Times*, 22 novembre 1884, p. 713.)

Effets de la cocaïne sur l'œil, par M. Lucien Howe. — L'auteur, voulant mesurer la puissance anesthésique de la cocaïne instillée dans l'œil, s'appuie dans ses recherches sur ce fait que la douleur s'accompagne toujours d'une augmentation de pression dans les vaisseaux correspondant à la zone irritée. Dès lors, prenant un animal et anesthésiant l'un

de ses yeux avec la cocaïne, tandis que l'autre reste dans ses conditions normales, il irrite alternativement l'un et l'autre et note la pression sanguine dans les deux cas. Les conclusions de ces expériences peuvent se résumer ainsi :

I. Les effets d'une excitation douloureuse sur la pression du sang, toutes choses étant égales d'ailleurs, sont invariablement moindres dans l'œil où la cocaïne a été instillée, que dans l'œil normal.

II. Ces effets varient suivant la dose de cocaïne instillée, suivant le temps qui s'est écoulé entre le moment de l'instillation et l'exploration de la sensibilité, suivant en effet la partie de l'œil qu'on excite.

1° *Dose.* — Deux gouttes d'une solution à 2 pour 100 sont suffisantes pour produire une notable différence du volume de la pupille. Si l'on emploie une solution à 2 pour 100, les effets au bout de cinq minutes ne diffèrent pas matériellement de ceux qu'on obtient en instillant la même quantité d'une solution à 4 ou 5 pour 100. Certainement les effets obtenus avec la seconde solution ne sont pas doubles de ceux qu'on obtient avec la première.

2° *Durée de l'action anesthésique.* — Deux à six minutes après l'instillation de l'agent anesthésique, l'insensibilité de la conjonctive commence à se manifester. Le maximum des effets est obtenu au bout de quinze minutes et après trente ou quarante la sensibilité reparaît. Quand la cocaïne a été déjà employée une fois, les instillations suivantes semblent agir avec plus de rapidité que la première fois. Quand la dose est suffisante pour produire un effet anesthésique marqué, l'anesthésie précède la dilatation de la pupille. Celle-ci cependant persiste quelques heures après que la première a disparu.

3° *Parties de l'œil insensibilisées.* — L'anesthésie se montre d'abord dans la conjonctive et la cornée, puis dans l'iris. Elle est beaucoup plus prononcée dans les parties superficielles de l'œil que dans l'iris. Cette action tardive sur l'iris s'explique par ce fait qu'il faut que la cocaïne passe dans la chambre antérieure pour insensibiliser cette membrane; on peut démontrer ce passage de la cocaïne dans la chambre antérieure en soutirant l'humeur aqueuse d'un œil préalablement traité et en l'instillant dans un œil normal. Si l'on injecte directement dans la chambre antérieure une solution à 2 pour 100, on produit une légère irritation, mais le degré d'anesthésie de l'iris n'est pas plus considérable que lorsqu'on dépose la même quantité du médicament sur la conjonctive.

Une importante propriété de la cocaïne, c'est son action comme narcotique. Dans beaucoup d'inflammations aiguës de la cornée et de l'iris, dans les abrasions de la conjonctive pour des corps étrangers, dans les douleurs qui accompagnent les cautérisations au nitrate d'argent et au sulfate de cuivre, l'emploi de la cocaïne est véritablement précieux. Enfin une troisième propriété de la cocaïne est son action dilatatrice de la pupille. M. Howe signale encore quelques autres effets de cette précieuse substance, qui est destinée à prendre un rang des plus honorables dans la chirurgie scolaire. (*The Lancet*, 22 novembre 1884, p. 911.)

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de thérapeutique, par M. le docteur Berlioz, professeur à l'Ecole de médecine de Grenoble. — G. Masson, 1884.

« Si le manuel sait sacrifier résolument les choses inutiles, si, tout en restant concis, il donne les développements suffisants aux questions d'intérêt majeur, s'il consent, chose rare, à s'adresser plutôt à l'intelligence du lecteur qu'à sa mémoire, je ne prononcerai pas la condamnation sommaire que méritent tant d'opuscules inféconds où l'étudiant cherche à masquer son ignorance, et d'où il ne peut tirer ni une méthode, ni une idée. » Cette critique du manuel se trouve précisément dans l'introduction que M. le professeur Bouchard a mise en tête du livre de M. Berlioz. C'est dire que ce livre échappe aux défauts habituels des œuvres de ce genre.

L'auteur en consacre les premières pages à l'exposition des principes généraux de la thérapeutique. Il admet les grandes divisions proposés par M. Bouchard : thérapeutiques pathogénique, naturiste, symptomatique, physiologique, statistique et empirique, faisant naturellement à chacune d'elles une part fort différente au point de vue de son importance et des indications qu'elle peut remplir. Aucune de ces diverses thérapeutiques n'est universellement applicable. Le choix doit être guidé par l'étude dominante des indications, base de tout traitement rationnel.

Dans ses généralités sur l'action des médicaments, leurs voies d'absorption, leurs propriétés électives, leurs transformations, etc., l'auteur pose en principe que bien souvent le thérapeute doit, en pareilles matières, se contenter de constater les faits expérimentaux sans en chercher une explication qui lui échappe. C'est une sage recommandation à laquelle il aurait bien dû se conformer lui-même quand il veut expliquer l'action élective de la plupart des alcaloïdes sur le système nerveux par des analogies de composition : la substance nerveuse étant riche en corps gras et les alcaloïdes se rapprochant chimiquement de ces derniers. L'arsenic se localiserait ainsi dans ce même système nerveux « parce qu'il appartient à la même famille que le phosphore, qui abonde dans le tissu nerveux ». On nous permettra de récuser formellement de pareilles analogies.

M. Berlioz n'attache pas aux classifications une importance capitale. Il suffit qu'elles lui permettent d'étudier avec ordre les différents agents médicamenteux. Il se rattache donc à la classification physiologique de Rabuteau basée sur l'action *principale* du médicament, tout en reconnaissant les critiques applicables à cette classification qui se prête mal aux actions multiples de beaucoup d'agents curatifs, de telle sorte que ceux-ci pourraient indifféremment être rangés dans des classes différentes. Une table alphabétique soigneusement rédigée remédie en partie à cet inconvénient, et sera d'un grand secours au lecteur, dont il facilitera singulièrement les recherches. B.

VARIÉTÉS

PRIX DÉCERNÉS AUX LAURÉATS DE L'ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 1883-1884.

I. — *Prix de l'École.*

1re *année.* — 1er prix : M. Brévilte; 2e prix : M. Charpin; cité avec honneur : M. Cousin.

2e *année.* — 1er prix : M. Fleury; 2e prix : M. Baudran; cité avec honneur : M. Fouquet.

3e *année.* — 1er prix (non décerné); 2e prix : M. Gaillard.

II. — *Prix des travaux pratiques.*

1re *année.* — Médailles d'or : MM. Mazaud, Pacot. — Médailles d'argent : MM. Boissée, Blanchard. — Cités avec honneur : MM. Gonrsat, André, Personne.

2e *année.* — Médailles d'or : MM. Antoine, Rousseau. — Médailles d'argent : MM. Gallay, Hunkiarbeyendian. — Cités avec honneur : MM. Desbruères, Bézine, Brun.

3e *année* (*micrographie*). — Médailles d'or : MM. Gaillard, Mercier. — Médailles d'argent : MM. Langlois, Dubreuil. — Cités avec honneur : MM. Armingeat, Apard, Labouverie.

3e *année* (*physique*). — Médaille d'or : M. Gaillard. — Médaille d'argent : M. Langlois. — Cité avec honneur : M. Gasselin.

III. — *Prix de fondation.*

Prix Menier : M. Gurlie. — *Prix Desportes* (non décerné). — *Prix Buignet :* 1er prix, M. Vicario; 2e prix, M. Gasselin. — *Prix Gobley* (pas de candidat). — *Prix Laroze :* M. Malenfant. — *Prix Lebeault :* M. Saudau. — *Prix Laillet :* M. Vicario.

Faillite de la fabrique lombarde de produits chimiques : Sulfate de quinine. — Nous trouvons dans la *Tribune médicale* du 30 novembre d'intéressants détails empruntés au journal *El Secolo*, de Milan, sur la catastrophe financière qui vient de frapper la fabrique Lombarde de produits chimiques, et qui menace d'un contre-coup plusieurs autres maisons de droguerie de la capitale lombarde. On évalue le passif à 7 millions.

« Notre industrie, dit-il, malheureusement ressentira toute sa part de dommages. Et pourtant peu de Sociétés paraissaient plus sûres que la fabrique Lombarde. Elle vendait la quinine, au moment de la guerre turco-russe, à 1000 francs le kilogramme; aujourd'hui on la vend 200 francs et moins encore. Pourquoi cette différence de prix? La cause doit être cherchée dans la concurrence des fabriques étrangères, surtout de celle de Stuttgart (où était entré comme associé M. Alexandre Bohringer, après avoir quitté la maison de Milan, dont il était directeur). Il y a eu un excès de production de la part de la fabrique Lombarde, et à présent l'on éprouve l'embarras d'une production supérieure à la consommation. » Alexandre Bohringer avait été remplacé à Milan par son frère Christian. Lors de la déclaration de faillite il s'enfuit, écrivit à son frère de venir recevoir son dernier soupir, car il allait se suicider; une fois réunis, les deux frères se sont enfuis, emportant un million, à ce qu'assure du moins *El Secolo*.

Société médicale du IIIe arrondissement (mairie du Temple). — *Protestation contre la création, pendant l'épidémie cholérique, des médecins délégués de la préfecture de police.* — Nous recevons cette protestation trop tard (jeudi matin) pour que nous puissions la faire entrer tout entière dans nos colonnes.

... L'Administration a, dans la dernière épidémie, été avisée des cas de choléra de deux façons différentes : tantôt le médecin traitant les notifiait lui-même, tantôt c'était la rumeur publique. Dans le second cas seulement, à notre avis, l'Administration était autorisée à déléguer un médecin pour donner les premiers soins et vérifier le diagnostic ; dans le premier cas, nul mieux que le médecin traitant n'était apte à fournir un diagnostic exact, et il n'était nul besoin d'un médecin contrôleur. Or ce n'est pas ainsi que les choses se sont passées; dans tous les cas, non seulement un, mais plusieurs délégués sont venus successivement visiter les malades, les alarmer et jeter quelquefois du discrédit sur le médecin de la famille. Si l'on nous objecte que les médecins délégués étaient chargés de présider aux mesures de désinfection, nous n'aurons aucune peine à démontrer qu'un inspecteur de police muni d'instructions précises serait plus apte qu'aucun médecin à ce genre de service.

... Nous invitons nos confrères à adresser leurs protestations ou leur adhésion à la nôtre au président de la Société médicale du IIIe arrondissement, à la mairie du Temple. Ces protestations seront elles-mêmes transmises au président du Conseil d'hygiène et de salubrité.

Paris, le 3 décembre 1884.

Lenoir, *président*, Collineau, *secrétaire général.*
Rueff et Paul Boyer, *rapporteurs.*

Mutations dans les hôpitaux. — Par la retraite de M. Gosselin, la nomination de M. le professeur Trélat à la chaire de clinique de la Charité et celle de M. le professeur Le Fort à la chaire de clinique de l'hôpital Necker, M. Tillaux devient chirurgien de l'Hôtel-Dieu, M. Duplay prendra le service de Beaujon, et M. Horteloup celui de Lariboisière.

École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes. — La séance solennelle de rentrée de l'Ecole de médecine de Nantes, et la distribution des prix aux étudiants en médecine et en pharmacie, ont eu lieu le 5 novembre, en présence d'un public d'élite. M. le docteur A. Malherbe, professeur d'histologie et d'anatomie pathologique, a prononcé un discours très remarquable, dans lequel il a mis en lumière les progrès récents de la médecine en France, et les succès de l'Ecole française dans sa lutte avec les idées allemandes. L'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes est en pleine voie de prospérité; le nombre de ses élèves augmente, et les travaux présentés aux concours pour les prix révèlent des études intelligentes et bien dirigées.

Nécrologie. — Le corps médical de Paris vient de perdre un de ses membres les plus anciens et les plus honorables, le docteur Pierre Regnier, docteur depuis 1829. Il était dans sa quatre-vingt-quatrième année. L'honnêteté et l'esprit de charité qu'il apportait dans la pratique lui avaient attiré une haute considération.

— M. le docteur C. Hamon, qui était parti, il y a deux ans, pour l'Abyssinie, où il avait été envoyé avec une mission scientifique, vient de succomber au moment où il se disposait à regagner la France.

École de médecine d'Alger. — Par décret en date du 28 novembre 1884, la chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, est transformée, à partir du 1[er] octobre 1884, en chaire de clinique obstétricale et gynécologie.

Corps de santé de la marine. — A été promu, après concours : *Au grade de médecin professeur :* M. Duchâteau (Adolphe-Louis-Antoine).

Choléra. — M. le préfet de police vient d'envoyer à tous les médecins un questionnaire très détaillé dont les réponses auront pour effet de préciser les caractères et la marche du choléra en France. Ce questionnaire a été rédigé par l'Académie de médecine, à laquelle seront transmises les réponses des divers médecins ayant soigné des cholériques.

— Des renseignements particuliers nous permettent de donner comme certains les faits suivants, relatifs au choléra d'Algérie : A Bône, l'épidémie, apportée de Marseille par l'*Abd-el-Kader*, n'a sévi que sur les passagers qui avaient été mis en quarantaine au Fort-Génois.

A Oran, elle a été importée par un Espagnol, qui, venu d'une région contaminée de l'Espagne, a communiqué avec sa femme, laquelle a été atteinte du choléra, dont elle est morte; son mari est parti presque aussitôt. On n'a pas eu de ses nouvelles. Le choléra s'est rapidement étendu en frappant d'abord les familles espagnoles en communication avec la malade, et on comptait, au commencement de novembre, 320 décès dans la population civile. La population militaire a été à peine touchée.

Conférence Scientia. — Il vient de se fonder à Paris, par l'initiative de MM. de Nansouty, Ch. Richet et G. Tissandier, une nouvelle Société dont le but est de réunir en un banquet mensuel tous ceux qui aiment la science et le progrès. Ce banquet sera suivi d'une conférence. Le premier dîner a lieu ce soir même. Il est présidé par M. Jamin. Il a pour but de fêter le quatre-vingt-dix-huitième anniversaire de la naissance de M. Chevreul. Nous publierons dans notre prochain numéro les statuts de la conférence Scientia.

Mortalité a Paris (49[e] semaine, du 30 novembre au 6 décembre 1884). — Fièvre typhoïde, 26. — Variole, 2. — Rougeole, 27. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 22. — Choléra, 21. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 40. — Phthisie pulmonaire, 193. — Autres tuberculoses, 21. — Autres affections générales, 92. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 55. — Bronchite aiguë, 62. — Pneumonie, 95. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 20; au sein et mixte, 22; inconnu, 6. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 127; de l'appareil circulatoire, 75; de l'appareil respiratoire, 80; de l'appareil digestif, 57; de l'appareil génito-urinaire, 21; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 7. — Morts violentes, 21. — Causes non classées, 9. — Total : 1116.

G. Masson. *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITE DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur **A. DECHAMBRE**

MEMBRES : MM. les docteurs **BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS**

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 18 décembre 1884.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DU PARASITE DE LA BLENNORRHAGIE.

Académie de médecine.

Après une longue éclipse, les rapports sur les prix se succèdent assez rapidement à l'Académie de médecine, en vue de la prochaine séance annuelle. Il en est un peu de ces rapports comme du vote du budget dans les Chambres législatives, c'est hasard qu'ils arrivent à temps; mais les rapporteurs d'aujourd'hui sont des membres zélés qui n'ont pas fait attendre leur besogne. Heureusement qu'en cas de lenteur, l'Académie en est quitte pour retarder la solennité, et les jetons de présence vont toujours leur train sans nécessiter de *douzièmes provisoires*. Les trois rapports lus mardi dernier ont été écoutés avec une grande attention; l'étendue de deux au moins d'entre eux, comme la valeur intrinsèque de tous, témoignent de la conscience avec laquelle MM. Mesnet, Féréol et Gariel se sont dévoués à l'accomplissement de leur tâche. L'Académie leur a donné des marques non équivoques d'approbation.

L'heure du comité secret approchant, la séance paraissait terminée, quand M. Trélat est monté à la tribune. Son manuscrit, qu'il avait en mains, quoique peu volumineux, l'était encore trop pour le temps disponible; mais on pouvait le résumer verbalement. M. Trélat est coutumier de ces petits tours de force. Avec un entrain, une verve, une coloration de langage et même une mimique qui lui appartiennent en propre, il a tenu tous les esprits comme enchaînés à son improvisation. Le sujet en était-il si attachant... et si gai, car on souriait de temps à autre? Il s'agissait de la staphylorrhaphie, spécialement de l'âge auquel on doit la pratiquer, et il y a eu, à cet égard, dans les habitudes chirurgicales du temps, de telles divergences, de telles oppositions, qu'un aussi habile critique d'histoire scientifique en pouvait aisément faire sortir cette pointe piquante qui contribue à tenir l'attention en éveil.

La thèse de M. Trélat est, à nos yeux, très importante et d'une parfaite justesse. Un des grands remèdes de la division palatine est l'éducation phonétique; même sans opéra-

FEUILLETON

Lettres médicales.

Les Syndicats médicaux et les Compagnies d'assurances.

Vous n'avez peut-être pas oublié, mon cher confrère, que j'ai été l'un des premiers (*Gaz. hebd.*, 1884, p. 85) à vous annoncer l'organisation d'un certain nombre de *syndicats médicaux* et à signaler l'influence que, grâce à l'initiative et aux constants efforts du *Concours médical*, ces syndicats pouvaient légitimement exercer. Il me semblait qu'à côté des questions qui ressortissent plutôt à l'Association générale des médecins de France, il pouvait se trouver tout un ordre de faits que seuls les médecins de province et surtout les médecins de campagne étaient à même de bien apprécier. Je croyais que, « si le but primitif de ces associations pouvait être une rétribution plus équitable des soins médicaux et un recouvrement mieux assuré des honoraires... », les syndicats pouvaient et devaient s'occuper « de l'ensemble des questions qui touchent aux devoirs publics et privés et à tous les intérêts matériels et moraux des médecins ». J'espérais que les syndicats médicaux pourraient sinon réaliser directement, du moins préparer la création d'une sorte de *conseil de discipline des médecins*, d'une espèce de comité déontologique et que « dans les réunions où la solidarité professionnelle tient une si grande place, on ne manquerait certainement pas de rappeler à l'ordre ceux qui s'en écartent et de rehausser ainsi le niveau de la profession en rendant plus difficiles des fautes que chacun condamne tout bas, mais que personne ne songe à signaler publiquement si même, par une conception particulière de la dignité médicale, on ne croit pas devoir les couvrir d'un voile discret ».

Depuis que ces lignes ont été écrites, j'ai lu, avec toute l'attention qu'ils méritent, les comptes rendus publiés par le *Concours médical*. J'ai été un peu déçu dans mon at-

tion, même sans appareil de prothèse, des éducateurs ou éducatrices de talent sont parvenus à améliorer très notablement l'articulation des sons. Conséquemment, au lieu de se presser, au lieu surtout d'opérer des enfants de quelques jours, de quelques semaines, même de quelques années, c'est-à-dire des malades non encore en état de bien profiter des leçons de phonation qu'on pourrait leur donner, il faut commencer par les éduquer dès qu'on peut le faire avec avantage; après quoi seulement, vers l'âge de treize ans environ, on peut reprendre et continuer longtemps l'éducation. Il importe seulement de remarquer qu'il y a, au point de vue des résultats de l'éducation comme à celui des résultats de l'opération elle-même, une distinction à faire entre l'articulation des sons et le bruit nasal. Le nasonnement résiste beaucoup plus que la difficulté d'articulation.

Du parasite de la blennorrhagie.

I

Du jour où, après les travaux de Ricord et de ses élèves, la question de la virulence de la blennorrhagie se trouva posée, l'idée vint à un grand nombre de médecins que cette maladie reconnaissait une origine parasitaire; quelques-uns se mirent à la recherche de ce principe contagieux, spécifique, dont l'existence ne leur semblait guère douteuse à priori. Mais les premières tentatives dans cette direction n'eurent qu'un médiocre succès. Les travaux déjà anciens de Donné, de Jousseaume, ceux plus récents de Salisbury sur le parasite de la blennorrhagie ne convainquirent personne. Les recherches mêmes d'Hallier (1871) n'eurent guère un meilleur sort. D'ailleurs la description et l'étude faites par cet auteur des micrococci qu'il avait rencontrés dans le mucopus uréthral et dans le sang de malades atteints de gonocèle n'offraient pas un caractère suffisamment scientifique pour élucider la question. Cependant, dès 1878, le professeur Bouchard retrouvait dans le sang des blennorrhagiques et même cultivait, avec Capitan, le micrococcus d'Hallier (*Des maladies par ralentissement de la nutrition*, p. 353).

La situation changea brusquement de face lorsque parut le mémoire devenu depuis classique de Neisser (*Centrbl. f. die med. Wissensch.*, 1879). Dans trente-cinq cas de gonorrhée plus ou moins ancienne, Neisser avait trouvé un micro-organisme, analogue à celui décrit par Hallier; il l'avait cherché infructueusement dans diverses sécrétions purulentes et dans plusieurs cas de leucorrhée. Ce parasite, le gonococcus de Neisser, comme on l'appelle aujourd'hui, se colore bien par le violet de méthyle et la fuchsine; il a une forme régulièrement circulaire; le plus souvent les éléments sont groupés deux à deux, quatre à quatre ou même se réunissent en colonies plus nombreuses.

Neisser n'était parvenu ni à cultiver ni à inoculer le parasite; sa spécificité pathogénique était donc loin d'être démontrée. Le mémoire de Neisser n'en eut pas moins un grand retentissement, et les travaux qu'il a suscités sont, dès à présent, en assez grand nombre pour qu'il nous faille renoncer même à une sèche énumération. Elle a du reste été faite d'une manière complète dans l'article de Bricon (*Progr. médic.*, n°s 32 et 33, 1884).

Citons cependant au premier rang des auteurs qui sont venus confirmer, dans les traits essentiels du moins, la description de Neisser, Weiss (thèse de Nancy, 1880), Leistikow (*Charite-Annalen de Berlin*, 1882), Petrone (*Rivista clinica di Bologna*, 1883), Bockhardt (*Viertelj. f. Dermat. und Syph.*, 1883), enfin Welander (*Gaz. méd. de Paris*, 7 juin 1884). Plusieurs de ces travaux ont d'autant plus d'importance qu'ils portent sur un nombre élevé d'observations: tels ceux de Leistikow et de Bockhardt, qui, l'un et l'autre, ont découvert le gonococcus dans plus de deux cents cas, chez l'homme ou chez la femme.

Il ne faudrait pas croire cependant que ces diverses descriptions ne présentent aucune divergence; beaucoup s'en faut. Ainsi, pour Neisser, les gonococci ne se voient guère qu'à la surface des globules de pus, tandis que d'autres avec Leistikow les placent à l'intérieur de ces éléments; ainsi leurs rapports avec les cellules épithéliales et les couches profondes de la muqueuse sont fort controversés.

Malgré ces divergences qui ont cependant une certaine importance, la grande majorité des auteurs n'hésitent pas à accepter les conclusions de Neisser en ce qui concerne la nature spécifique du gonococcus. Cependant cette doctrine trouve encore des incrédules. C'est ainsi que Sternberg, dans un mémoire étendu (*Med. News*, janvier 1883), s'attache à démontrer que ce parasite, d'ailleurs constant dans la blennorrhagie, n'est autre que le micrococcus ureæ de Cohn. Fort des résultats toujours négatifs de ses tentatives multipliées d'inoculation à des animaux ou à des hommes, Sternberg se refuse à en faire l'agent de la virulence blennorrhagique.

Là est en effet, on ne saurait le méconnaître, le défaut de

---

tente; mais j'ai vu au moins que les syndicats médicaux s'étendaient à un grand nombre de départements, que bien des questions professionnelles avaient été mises à l'étude dans ces assemblées locales et que souvent de ces discussions confraternelles pourraient sortir des motions utiles. Je ne veux donc point trop blâmer les syndicats de s'occuper presque exclusivement des honoraires ou des rapports qui peuvent exister entre les médecins d'une localité quelconque et les administrations ou compagnies auxquelles ces médecins sont attachés. Seulement, je me permets de croire que ces questions ne sont pas toujours bien engagées ni bien comprises. Il en est une, notamment, au sujet de laquelle je voudrais vous dire tout mon sentiment. Cette question d'ailleurs touche à toutes les autres et, j'ai hâte de le dire, elle est loin d'être résolue. Il s'agit des contrats qui lient entre eux les Compagnies d'assurances et les médecins régionaux. Chaque jour, au sujet des Compagnies d'assurances contre les accidents, une interprétation que je crois abusive des exigences des Compagnies et des devoirs de ses médecins donne naissance à de stériles controverses. A plusieurs reprises des mémoires d'honoraires — j'en ai vu plusieurs — ont provoqué des contestations pénibles; enfin tout récemment, dans plusieurs villes, de vrais conflits, que, dans l'intérêt même de la dignité du Corps médical, chacun devrait regretter, ont été la conséquence de fâcheux malentendus. Permettez-moi donc, mon cher confrère, que vous soyez ou non médecin d'une Compagnie d'assurances, de vous rappeler en quelques mots quels sont les principaux articles de ces contrats qui unissent les Compagnies à leurs médecins.

Pour les assurances sur la vie, les conditions sont très simples. Chargé de recevoir les déclarations du proposant, d'apprécier son état de santé actuel et ses chances de longévité, enfin d'adresser à la Compagnie un certificat confidentiel donnant ses conclusions définitives, le médecin n'a qu'un devoir à remplir. Examiner consciencieusement la personne

la cuirasse pour la doctrine nouvelle. Si quelques expérimentateurs, comme récemment M. Constantin Paul (thèse de Chameron, Paris, 1884) ont réussi à cultiver le gonococcus, les résultats des inoculations pratiquées de divers côtés sont absolument contradictoires. D'un côté les insuccès de Neisser, de Leistikow, de Sternberg, de Rebatel, de l'autre les expériences couronnées de succès de Bokaï, de Bockhardt et de Welander.

Celle de Bockhardt est aujourd'hui citée partout : chez un dément, condamné à une mort prochaine, auquel Bockhardt inocula des gonococci cultivés par Fehleisen, il se produisit, en dehors d'une blennorrhagie, une cystite aiguë et des abcès rénaux remplis de gonococci. Mais Löffler et Welander lui-même nient qu'on puisse cultiver ce microbe par la méthode de Fehleisen. D'autre part, les faits de Bokaï sont révoqués en doute même par les adeptes les plus ardents de la doctrine microbienne et ceux de M. Constantin Paul ont été exposés trop succinctement, jusqu'à cette heure, pour que l'on soit édifié sur leur valeur.

Restent les expériences de Welander, qui paraissent plus concluantes. Welander, en effet, est arrivé à inoculer la blennorrhagie à plusieurs hommes avec des produits renfermant une certaine quantité de gonococci, tandis que les tentatives d'inoculation avec des sécrétions génitales qui n'en contenaient pas lui ont toujours donné des résultats négatifs.

En présence de faits aussi contradictoires, émanant des expérimentateurs les moins suspects, l'hésitation est non seulement permise, mais absolument justifiée; en tous cas, comme Welander a employé non des liquides de culture, mais les produits blennorrhagiques eux-mêmes, ses expériences ne sont pas décisives en ce qui concerne la nature pathogénique du gonococcus, et cela d'autant plus que divers auteurs, comme Ecklund et Aubert, ont trouvé d'autres micro-organismes dans le pus blennorrhagique.

II

Ce n'est pas seulement dans le pus uréthral ou vaginal, mais encore dans d'autres produits morbides, qu'on est arrivé à découvrir le gonococcus chez le blennorrhagique. Tel est le cas pour le pus de l'ophthalmie (Leistikow), de la folliculite (Martineau, Arning), des abcès péri-uréthraux (Welander), pour le liquide de la vaginalite (Horteloup et Jullien). Quant à celui de l'arthrite blennorrhagique, il en renfermerait également d'après plusieurs auteurs, comme Petrone (*loc. cit.*) et Kammerer (*Centrbl. f. Chir.*, n° 4, 1884). Cet auteur même explique les résultats négatifs des recherches antérieures par ce fait que le gonococcus disparaîtrait dans les gonocèles anciennes, aussi bien d'ailleurs que dans les blennorrhagies de vieille date.

Il semble donc acquis qu'il n'est point de produits blennorrhagiques qui soient dépourvus de gonococci. S'ensuit-il qu'il faille, avec certains pathologistes, voir dans la blennorrhagie non seulement une affection parasitaire, mais une maladie générale? Cette conception est trop conforme aux tendances actuelles de la science, pour ne pas compter de nombreux prosélytes; elle est d'ailleurs très séduisante au premier abord, parce qu'elle nous fournit une interprétation fort simple de divers phénomènes morbides restés jusqu'à ce jour inexpliqués. Les soi-disantes complications de la blennorrhagie, manifestations articulaires et cardiaques notamment, ne seraient plus que le résultat de localisations spéciales du parasite pathogène, qui aurait élu domicile dans les jointures ou à la surface de l'endocarde.

A l'appui de cette thèse, on s'est attaché à mettre en lumière divers caractères cliniques méconnus jusqu'à ce jour et qui militent dans ce sens. Ainsi on a fait remarquer que souvent au début de la maladie il existe un certain malaise général, peut-être même un léger mouvement fébrile.

D'autre part, Andret et surtout Raoul Mesnet dans leurs thèses récentes (Paris, 1884) ont cherché à établir que la blennorrhagie s'accompagne fréquemment de manifestations cutanées analogues à celles qui constituent, on le sait, un des éléments les plus constants des maladies zymotiques. Déjà, avant ces auteurs, Ballet, Derignac, Balzer avaient publié plusieurs observations d'érythèmes, ayant affecté une allure infectieuse et survenus au cours d'une blennorrhagie. Mesnet en vient même à se demander si ce n'est pas à l'infection qu'il faut attribuer maints érythèmes indûment attribués au copahu. Il fait remarquer que d'un côté l'érythème soi-disant copahivique est beaucoup plus fréquent chez les individus atteints de blennorrhagie que chez ceux soumis au même traitement pour une maladie différente, et que d'autre part il disparaît souvent, alors que, suivant la pratique de M. Besnier, on maintient à son taux primitif ou même l'on augmente la dose de l'agent médicamenteux. Mesnet rapporte enfin plusieurs observations de dermopathies survenues au cours de la blennorrhagie, en dehors de tout traitement par les balsamiques.

Ces arguments ne manquent pas de poids ; mais ils ne sont pas décisifs. Tout d'abord, la rareté extrême de ces manifes-

---

qui lui est présentée et dire franchement son avis. Il est expert; la Compagnie qui l'a agréé lui confie ses intérêts; elle a foi en sa loyauté. Il semble donc qu'il n'y ait pour lui aucune difficulté à bien remplir son mandat. Et cependant cette difficulté existe lorsque le médecin de l'assurance est en même temps le médecin de la personne à assurer. Alors peuvent naître pour lui, soit qu'il conclue à l'acceptation, soit qu'il conseille le rejet de la proposition d'assurance, d'assez sérieux ennuis. Aussi devrait-il être convenu partout de n'accepter, en matière d'assurance, qu'un certificat médical rédigé par un médecin autre que le médecin ordinaire de la personne à assurer; aussi devrait-on toujours conseiller à un médecin de se récuser lorsqu'il est invité à examiner pour le compte d'une assurance, un de ses clients. Malheureusement la chose n'est pas toujours possible, et souvent, malgré les conseils de leurs médecins en chef, les Compagnies passent outre et acceptent ces certificats. Les médecins qui ont consenti à les rédiger n'ont plus dès lors le droit de se plaindre si, par l'absence d'une réserve que nous croyons nécessaire, il leur survient quelque désagrément.

Le certificat médical est rédigé et remis aux Compagnies; celles-ci, après avoir reçu ce certificat, restent et doivent évidemment rester libres d'accepter ou de refuser la proposition d'assurance qui leur est soumise. A côté des conclusions médicales il est un certain nombre d'autres considérations qui peuvent dicter leur résolution. Le médecin expert n'a donc pas à se préoccuper de savoir si la personne qu'il a examinée sera ou non assurée. Et cependant il en est parfois qui protestent, après un refus, s'imaginant que ce refus d'assurer, alors que leur certificat concluait à l'acceptation, est attentatoire à leur dignité. Ce sont des faits de ce genre qui ont provoqué de la part de certains syndicats des résolutions au moins discutables. J'ai sous les yeux la lettre d'un médecin qui écrit ceci : « Dans les conditions d'acceptation du titre de médecin de votre Compagnie il est un article qui ne m'avait pas arrêté, mais que le syndicat dont je fais partie

tations cutanées, à en juger par le petit nombre d'observations recueillies par R. Mesnet, induit à croire qu'elles constituent un fait accidentel, bien plus qu'un symptôme dépendant directement de la maladie. En outre, ces dermopathies dont on rend ainsi le virus blennorrhagique responsable sont tellement dissemblables, qu'il semble difficile de les rapporter à une influence pathogénique identique. Ici c'est un érythème noueux ou papuleux, là une éruption morbilliforme ou scarlatiniforme, là enfin une poussée purpurique ou ortiée. Une telle variabilité dans ses déterminations cutanées est-elle dans les mœurs des maladies infectieuses classiques? Évidemment non.

Aussi peut-on se demander si le rôle pathogénique de la blennorrhagie ne s'est pas borné dans ces cas à provoquer un réveil de dispositions morbides diathésiques.

Cependant nous possédons qu lques observations où l'infectiosité s'étant affirmée par plusieurs traits caractéristiques, en dehors des affections cutanées, ne peut être révoquée en doute : tel est le fait publié par H. Martin (Thèse de Genève, 1882).

Mais eût-on même démontré que ces accidents à distance, ces manifestations articulaires, cardiaques, cutanées relèvent directement de la virulence blennorrhagique, qu'on ne serait pas encore autorisé à faire de la blennorrhagie une *maladie générale d'emblée*. L'observation clinique semble condamner d'une manière absolue cette conception ; elle nous montre, au contraire, dans la chaudepisse une maladie primitivement locale, restant d'habitude circonscrite aux organes génitaux. Mais aussi il est fort admissible que, dans certaines conditions, sous certaines influences encore indéterminées, l'agent morbide peut envahir d'autres régions de l'économie et même donner lieu à une intoxication générale secondaire.

C'est donc aller trop vite en besogne, c'est compromettre par des affirmations prématurées une conception qui a peut-être l'avenir pour elle, que de considérer la question de doctrine comme dès à présent tranchée. S'il paraît établi que dans toutes les sécrétions de la blennorrhagie il existe un parasite spécial, le gonococcus de Neisser, les résultats de la culture et de l'inoculation de ce micro-organisme sont encore trop incertains pour qu'on puisse ériger en dogme le rôle pathogénique exclusif de ce parasite et surtout la nature infectieuse de cette maladie. Que la blennorrhagie vraie, la seule dont nous nous occupons ici, soit une maladie spécifique, virulente, le fait est certain ; qu'elle reconnaisse une origine parasitaire, le fait est probable ; mais qu'on doive la classer parmi les maladies infectieuses proprement dites, à côté de la syphilis, le fait est bien loin d'être démontré.

III

Si les travaux que nous venons d'analyser rapidement n'ont point encore apporté une solution définitive à des problèmes posés par la pathologie générale, leur influence n'en a pas moins été considérable dans le domaine de la pratique. En effet, pour les partisans de la doctrine nouvelle, il n'est point de maladie qui fournisse un terrain plus favorable que la blennorrhagie à la médication antiparasitaire. Détruire le microbe alors qu'il n'a pas encore envahi la région profonde de l'urèthre, et surtout, par les voies lymphatiques ou sanguines, d'autres régions de l'économie, tel est le but à atteindre. Comme la blennorrhagie se développe d'abord au niveau de la fosse naviculaire, pour gagner ensuite de proche en proche la région bulbeuse, puis la portion prostatique du canal, il semble qu'on pourrait, en intervenant dès le début, arrêter le mal, ou en enrayer singulièrement les progrès. D'où l'indication précise d'injections antiparasitaires précoces.

Diverses substances ont été successivement préconisées à ce titre ; celles qui paraissent avoir donné les meilleurs résultats sont le permanganate de potasse, le sulfate de quinine et le sublimé.

Nous ne parlerons pas ici de ce dernier médicament, qui jouit actuellement d'une si grande vogue parmi les antiparasitaires et les antiseptiques ; nos lecteurs ont lu dans le n° 44 de la *Gazette hebdomadaire* (p. 727), le compte rendu détaillé de la séance de la Société de thérapeutique où MM. Constantin Paul et Martineau ont exposé les excellents résultats qu'ils ont obtenus de cette médication. D'ailleurs, dans la thèse de Chameron sont mentionnées les attestations conformes de plusieurs autres praticiens.

Le permanganate de potassium a été particulièrement recommandé par Zeissl, Bourgeois, Spillmann (thèse de Weiss). La solution de Bourgeois est de 0,05 de permanganate pour 100 d'eau, pour les injections chez l'homme, trois fois plus concentrée pour les injections chez la femme. Mais, à cette dose, l'injection est parfois très douloureuse et mieux vaut s'en tenir à la formule de Zeissl et de Spillmann (0,01 pour 100). Weiss signale, entre autres, des guérisons en trois et quatre jours chez des individus soignés dès le premier jour de l'écoulement. Malheureusement il ne

---

condamne et m'oblige à refuser aujourd'hui. Il y est dit que la Compagnie se réserve le droit de demander un deuxième certificat rédigé par un deuxième médecin dans le cas où les conclusions d'un premier certificat lui sembleraient douteuses. Pour me conformer aux décisions adoptées par le syndicat, je dois vous demander d'effacer cette clause... » Un autre médecin à qui l'on avait transmis, à titre confidentiel, l'avis défavorable du Conseil médical de la Compagnie, proteste en termes plus énergiques.

Ne pensez-vous pas que ceux de nos confrères qui s'élèvent contre ce qu'ils appellent « un outrage à la dignité professionnelle » se méprennent singulièrement sur leurs droits et sur les devoirs des Compagnies? Celles-ci ont à Paris un ou plusieurs médecins spécialement chargés d'approuver ou d'improuver les certificats médicaux qui leur sont soumis. Ces médecins en chef remplissent près des Compagnies un rôle analogue à celui du Conseil de santé, ou des commissions qui, dans l'armée, sont chargés des réformes, et des certificats dits *de vérification*. Lorsqu'ils jugent nécessaire de réclamer l'avis d'un deuxième confrère, ils appliquent les principes qui, dans la pratique privée, président aux demandes de consultation. Et les Compagnies dont l'intérêt est d'être parfaitement éclairées sur la santé de leurs assurés, ont le droit de solliciter un ou plusieurs avis médicaux, de même qu'un malade ne manque pas à ses devoirs envers *son* médecin en lui demandant d'appeler près de lui un de ses confrères.

Des *avis*, de simples avis, c'est en effet tout ce que les Compagnies demandent aux médecins, *même à leurs médecins en chef*, et il est singulièrement abusif de vouloir les enchaîner à des conclusions dont elles supportent seules la responsabilité matérielle.

Un autre problème, plus grave et plus difficile à résoudre, a été soulevé par divers syndicats. Ceux-ci interdisent à leurs adhérents de délivrer aux ayants droit de l'assuré un certificat détaillé énonçant les causes qui ont amené le décès

nous dit pas s'il s'agissait bien de blennorrhagies vraies et non de simples uréthrites.

D'après Spillmann lui-même, le permanganate ne réussit pas dans les chaudepisses à marche chronique : « C'est dans ces cas qu'il faut employer une substance tout aussi excellente, évidemment, dans la blennorrhagie récente, qui est apte plus que tout autre à anéantir l'influence délétère du principe contagieux, et qui a en même temps une action favorable sur l'inflammation elle-même et la pyopoïèse. Cette substance, indiquée par Haberkorn (de Wiesbaden) est le vrai médicament à opposer à la blennorrhagie. Nous voulons parler du sulfate de quinine. » La solution préconisée par Weiss, à qui nous empruntons ces lignes, est la suivante :

Sulfate de quinine	1 gramme.
Eau	75 —
Glycérine	25 —
Eau de Rabel	q. s.

Trois injections par jour, environ de 5 grammes.

Il faut avoir grand soin de ne pas interrompre la médication dès que l'écoulement est arrêté, car les récidives sont fréquentes dans ce cas.

Nous insistons particulièrement sur cette médication parce que c'est la seule que nous ayons expérimentée d'une manière suivie, et cela avec beaucoup de succès. Nous l'avons vu réussir très rapidement dans les chaudepisses les plus tenaces. Peut-être pourrait-on, comme nous l'essayons aujourd'hui, substituer au sulfate de quinine le bromhydrate, qui, par suite de sa solubilité, dispense d'employer l'acide sulfurique, qui rend toujours l'injection assez douloureuse.

Les faits que nous avons recueillis sont trop peu nombreux pour qu'il nous soit permis de nous prononcer sans réserve ; d'ailleurs on ne sera réellement édifié sur la valeur de ces médications que quand on possédera des statistiques étendues qui permettent d'apprécier non seulement la rapidité de la guérison, mais encore la fréquence des complications, particulièrement des arthrites, chez les blennorrhagiques traités par la médication antiseptique exclusive. Mais les premiers résultats obtenus sont assez encourageants pour que l'on continue l'enquête à peine commencée jusqu'à cette heure.

L. Dreyfus-Brisac.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Accidents chirurgicaux d'origine palustre. — Gangrène. Hémorrhagie. — Spasme musculaire (1).

A M. le docteur Kirmisson, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé, etc.

« L'avenir est à la thérapeutique pathogénique, aidée de la thérapeutique physiologique. »
Professeur Bouchard.

Le troisième fait est si singulier, qu'à peine j'ose le produire ; mais je ne puis résister au désir de le citer, car il confirme plusieurs de mes opinions favorites et ne peut d'ailleurs s'expliquer qu'à leur aide.

Un autre motif me pousse encore. Vous avez lu sans doute le premier Paris de la *Gazette hebdomadaire* du 7 novembre. M. Lereboullet, revenant sur une question qu'il avait déjà traitée en 1880 (même recueil, p. 737), rappelle, pour les appuyer chaudement, les larges idées que professe mon très éminent ami et collègue Bouchard, sur les bases qu'il convient de donner à la thérapeutique. Pour ces auteurs « la *thérapeutique pathogénique* devrait suffire à poser les indications du traitement, indications que la *thérapeutique physiologique* permettrait de réaliser ». Ce qu'ils traduisent plus brièvement encore par la courte phrase que j'ai choisie comme épigraphe.

Or, sans méconnaître les différences considérables qui existent entre la thérapeutique médicale et la thérapeutique chirurgicale, sans oublier que le rôle du chirurgien se borne souvent à combattre les effets de causes disparues depuis longtemps, je professe depuis bien des années, comme pourraient l'attester ceux qui suivent mon enseignement, des opinions absolument semblables. A tout propos, au lit du malade — car c'est là que j'enseigne la pathologie générale et que je montre l'application des principes abstraits — je recommande, aussitôt le diagnostic anatomique porté, de porter à son tour le *diagnostic étiologique* et de baser sur ce dernier le choix de la médication. C'est bien, je pense, préconiser la thérapeutique pathogénique. Naturellement le traitement des causes ne me détourne pas du traitement des symptômes ou accidents, quand il y a utilité ou urgence. Lorsqu'il y a hémorrhagie palustre, par exemple, il est bien entendu que je procède à l'hémostase mécanique, tout en administrant la quinine. Mais ce qu'il importe absolument de mettre en évidence et de répéter sans cesse, c'est que dans l'ensemble des moyens réunis pour constituer un traitement curatif, la

(1) Suite. Voy. le n° 46, 14 novembre 1884, p. 756.

d'un de leurs clients. Or il est expressément stipulé dans les contrats d'assurances sur la vie que le payement de la prime due en cas de décès ne sera effectué que sur la présentation de certaines pièces parmi lesquelles on signale « le certificat du médecin constatant le genre de maladie ou d'accident auquel l'assuré aura succombé ». En refusant à la famille de cet assuré le certificat nécessaire pour obtenir le payement de la prime qui lui est due, le médecin expose donc ses clients à de nombreux embarras. Et comme, dans l'immense majorité des cas, le certificat de décès peut être rédigé de façon à ne blesser aucune convenance, à ne violer en rien le secret professionnel ; comme la délivrance de ce certificat de décès était dans les prévisions et dans le consentement anticipé de l'assuré et figurait implicitement dans l'expression de ses dernières volontés, j'avoue ne pas comprendre non plus le motif qui a pu engager les syndicats à *imposer* cette règle de conduite à *tous* leurs adhérents. J'irai plus loin. En admettant même que l'opinion générale des médecins soit qu'un certificat de décès, tel que l'exigent les Compagnies, puisse, dans certains cas, être considéré comme dangereux au point de vue professionnel ; en reconnaissant de plus qu'il doit être toujours permis à un médecin de refuser à son client un certificat motivé affirmant, au moment où il veut contracter une assurance, qu'il est en bon état de santé et qu'il n'a jamais fait aucune maladie sérieuse — et Dieu sait si ces sortes d'attestations sont fréquentes lorsqu'il s'agit d'exempter un malade d'un service onéreux et en particulier du service militaire ! — en un mot en accordant à nos confrères le droit de refuser toute espèce de certificat destiné soit à une Compagnie d'assurances, soit à une administration ; je combattrais encore les prétentions de certains syndicats. On confond ici ce qui est le *droit* avec ce qui est le *devoir* de tous. Que les résultats de leurs délibérations soient émis sous forme d'avis, qu'il y soit stipulé que, dans certains cas déterminés et dans certaines circonstances particulières, le médecin syndiqué

première place appartient à ceux qui attaquent le mal dans ses origines et dans ses causes.

Votre belle observation d'hémorrhagie dentaire le prouve assez; mon cas d'épistaxis parle dans le même sens, mais plus encore le dernier fait que vous allez lire.

Mais il est évident que, pour instituer avec fruit la thérapeutique pathogénique et étiologique, il faut connaître exactement les causes; malheureusement la pathologie présente sous ce rapport bien des lacunes et de regrettables obscurités. L'école organicienne à laquelle j'appartiens corps et âme, doit faire son *meâ culpâ;* elle a trop négligé les recherches étiologiques; mais elle est en train de réparer ses fautes, et, à en juger seulement par les admirables progrès réalisés en si peu d'années par la grandiose théorie parasitaire, nos neveux, dès le commencement du siècle prochain, verront bien des faits anciens expliqués et bien des notions nouvelles mises en pleine lumière.

Obs. — *Plaie légère du sein gauche; hoquet rebelle; douleur dans la région de l'hypochondre gauche; insuccès des révulsifs et des narcotiques; soupçon de paludisme ancien; sulfate de quinine; guérison rapide.* — Marie C..., trente-sept ans, blanchisseuse, de petite taille et de constitution assez chétive, entre à l'hôpital le 21 octobre. Huit jours auparavant, le 13 octobre, elle a été blessée à la partie inférieure du sein gauche par un coup de couteau, dont la lame mesurait 9 centimètres de longueur, 1 centimètre et demi de largeur. Il y eut, paraît-il, un écoulement de sang assez abondant.

Deux heures après surviennent, dans la partie inférieure et externe de la poitrine, du côté gauche, des douleurs très vives, exaspérées par la toux, le bâillement, les mouvements quelconques, et s'irradiant jusqu'à l'épaule et au bras gauche. Bientôt l'état se complique d'un mouvement fébrile intense avec perte de l'appétit, constipation, etc.

Ces symptômes s'amendent spontanément le troisième jour, la fièvre tombe; néanmoins du malaise persiste; c'est pourquoi Marie C... entre à la Pitié. Je la vois pour la première fois le 22 octobre au matin.

Etat actuel. — A la partie inférieure et externe du sein gauche, à deux travers de doigt en dehors du mamelon, petite plaie linéaire de 12 à 13 millimètres, à peu près cicatrisée et recouverte d'une croûte sèche; au-dessous, bosse sanguine assez dure, du volume d'une noix; tout autour, ecchymose diffuse. Point d'inflammation manifeste, le sein petit, aplati et tombant, peut être soulevé et exploré sans qu'il en résulte de douleurs notables. En revanche, la malade accuse toujours une souffrance vive dans l'hypochondre gauche, l'épaule, le bras, et jusqu'à la partie latérale du cou. Les mouvements d'inspiration sont particulièrement pénibles. Du reste, pas de fièvre, pas de toux, mais seulement de la faiblesse et de l'anorexie.

Tout naturellement, nous cherchons d'abord s'il y a plaie pénétrante de poitrine; mais le siège de la blessure, l'existence d'un seul orifice, alors que la mamelle pendante aurait dû être traversée de part en part, nous font rejeter cette supposition. L'exploration très minutieuse de la poitrine par la palpation et l'auscultation reste d'ailleurs tout à fait négative. Il n'y a pas eu d'expectoration sanglante.

L'examen local étant tout à fait rassurant, je soupçonne que Marie simule des accidents ou exagère au moins ses sensations. En conséquence, je ne prescris rien d'actif.

Le lendemain 23, même état.

Le 24, en entrant dans la salle, j'entends le bruit caractéristique d'un hoquet violent. Marie avait été prise au milieu de la nuit précédente et sans cause appréciable de ce symptôme, qui depuis lors, c'est-à-dire durant neuf heures avait continué sans interruption. La malade est sur son séant, le teint est animé par la fatigue et l'insomnie; la peau est un peu chaude.

Comme la veille, douleur de l'hypochondre gauche et du cou. Le hoquet conduit à explorer le diaphragme et le nerf phrénique; la pression sur ce dernier, au cou, dans la région des scalènes, provoque du côté gauche une sensation douloureuse, qui fait défaut à droite.

On examine à nouveau le cœur, les poumons et la plèvre, on note le nombre des pulsations et le degré de la température axillaire, et, comme on ne découvre rien d'inquiétant, on croit encore à des troubles nerveux. En conséquence, j'applique moi-même un moyen qui m'a réussi plusieurs fois dans le hoquet rebelle, je veux parler de la pulvérisation d'éther à la région épigastrique.

Au bout de quelques minutes, la convulsion diaphragmatique cesse, mais elle reprend vite; un de mes élèves continue la pulvérisation; il obtient une nouvelle suspension, mais de courte durée.

Je prescris alors le chloral, qui dans certains cas m'a rendu service; 3 grammes sont ingérés dans l'après-midi; le hoquet se calme peu à peu et disparaît dans la soirée. Mais il revient la nuit, et le 25, à l'heure de la visite, il a repris toute son intensité.

Je fais alors une injection de morphine au-dessous du sein gauche, le spasme s'arrête.

Pour obtenir une action plus durable, et d'ailleurs pour combattre la douleur persistante du côté gauche, je fais appliquer sur le rebord inférieur et gauche du thorax un vésicatoire volant de 10 centimètres de diamètre, qu'on devra panser avec le chlorhydrate de morphine. Le vésicatoire est d'autant plus indiqué, que l'auscultation pratiquée avec grand soin fait soupçonner cette fois l'existence d'un léger épanchemen

---

pourra ou même devra refuser une attestation médicale, je l'admets, vous le voyez, sans hésitation aucune. Mais je ne saurais approuver que l'on *impose* comme une règle absolue et invariable ce qui doit être laissé, dans chaque cas particulier, à l'appréciation individuelle d'un médecin honnête et consciencieux. C'est l'oppression de la conscience individuelle; c'est la morale par décret... ou par scrutin.

Il est enfin, toujours à propos des assurances sur la vie, une dernière réclamation formulée par les syndicats et non moins difficile à admettre. Si vous lisez les comptes rendus publiés par le *Concours médical*, si vous examinez les tarifs d'honoraires admis par la plupart des syndicats, si vous supputez le prix moyen de la visite dans les cas où il s'agit de Sociétés de secours mutuels, de Bureaux de bienfaisance, de vérification des naissances et des décès, d'expertises médico-légales, etc., etc., vous serez frappé, mon cher confrère, de la modicité de ces prix; vous conviendrez, avec les honnêtes et laborieux médecins qui acceptent les fonctions administratives, que trop souvent ils sont dupes de leur dévouement et bien à plaindre de se voir obligés, au début de leur carrière, à solliciter des places aussi peu rémunérées. Mais, si vous comparez aux honoraires dont se contentent les médecins des petites villes de province, ceux qu'allouent à leurs médecins les Compagnies d'assurances sur la vie, vous reconnaîtrez que ceux ci sont très honorables. A Paris, une visite médicale est payée 20 francs; en province, les Compagnies allouent 10 francs pour chaque certificat, qu'il soit rédigé au domicile de l'assuré ou dans le cabinet du médecin. Et ces 10 francs sont payés par la Compagnie, sans difficultés d'aucune sorte, sans retard aucun. J'avoue donc ne pas comprendre le motif qui a inspiré à certains syndicats l'idée de s'attaquer exclusivement aux Compagnies d'assurances, et, tout en n'interdisant pas à leurs adhérents d'accepter les fonctions de médecins de l'état civil, de la douane, des contributions, de l'octroi, du bureau de bienfaisance ou d'une Société de secours mutuels, de les obliger

pleurétique. On constate, en effet, un peu de submatité et de diminution du bruit respiratoire dans l'étendue de quatre à cinq travers de doigt et une égophonie faible. D'ailleurs, apyrexie complète.

Vers deux heures de l'après-midi, le hoquet s'arrête; on applique néanmoins le vésicatoire à trois heures. La soirée est tranquille, mais la convulsion revient la nuit, et malgré le chloral administré à la dose de 3 grammes, elle dure encore le 26 au matin, lors de mon entrée dans la salle. Je remarque toutefois qu'elle alterne avec une toux spasmodique, ressemblant à la toux hystérique.

La persistance singulière de ce hoquet, sa résistance à une thérapeutique à la fois rationnelle et passablement énergique, aussi bien que l'obscurité de ses causes, me frappent et excitent vivement ma curiosité. Je m'arrête donc longuement auprès de Marie, bien résolu à poursuivre mes recherches jusqu'à la solution de l'énigme.

Permettez-moi de vous exposer comment, à l'exemple d'un juge d'instruction conduisant une enquête judiciaire, j'arrivai à découvrir le corps du délit.

L'idée d'une blessure du diaphragme ou du nerf phrénique n'étant pas acceptable et la pleurésie n'étant nullement démontrée, il fallait admettre que ce hoquet si violent et si rebelle était de nature hystérique, et alors spontané, ou rappelé par la blessure, en vertu de ce pouvoir singulier qu'a le traumatisme de faire renaître des symptômes ou des accidents disparus depuis un temps parfois considérable. Cette idée me venait d'autant plus aisément, que les petites quintes de toux dont je parlais plus haut avaient manifestement le caractère spasmodique; mais tous mes efforts pour retrouver chez Marie les indices d'une hystérie antérieure restaient infructueux, la patiente n'étant nullement névropathe.

Mes questions cependant ne furent pas inutiles, car elle finit par se souvenir qu'elle avait été déjà tourmentée par le hoquet à l'âge de treize ans, dans la seule maladie qu'elle ait jamais faite; mais elle s'empressa d'ajouter que depuis cette époque, c'est-à-dire dans les vingt-quatre dernières années, elle n'avait jamais eu ni hoquet, ni d'ailleurs aucune affection quelconque.

L'existence d'une maladie antérieure, si éloignée qu'elle fût, constituait, au milieu de tous les renseignements négatifs, un point de départ précieux dont il s'agissait de tirer tout le parti possible. Or voici ce que j'ai appris.

Marie C... était née à Villeporçon, arrondissement de Château-Chinon, département de la Nièvre, de parents très bien portants et morts depuis à un âge avancé. Un frère et quatre sœurs sont tous vivants et en bonne santé. Elle-même n'avait jamais été malade dans son enfance, lorsque à l'âge de treize ans, après avoir passé une après-dînée à laver des moutons, elle eut un refroidissement qui marqua le début d'une très longue maladie. Il nous fut impossible de savoir exactement en quoi celle-ci avait consisté; la patiente dit seulement qu'elle avait des faiblesses et du gonflement dans les jambes, de forts accès de fièvre qui revenaient tous les trois ou quatre jours, surtout le soir, commençant par un frisson, suivi de chaleur et de transpiration et durant plusieurs heures, et enfin très souvent du délire et du hoquet durant parfois toute une journée et une partie de la nuit.

Il ne paraît pas qu'on ait consulté de médecin, mais une sage-femme ordonna des bains de pieds sinapisés et des sinapismes aux jambes. Ces remèdes ne firent pas grand effet, car la maladie, très intense pendant le premier trimestre, se prolongea six mois encore et finit par guérir spontanément.

Les règles apparurent à quatorze ans. Marie se maria à dix-huit ans, eut à vingt ans un fils encore vivant, vint se fixer à Paris peu de temps après et y jouit toujours d'une excellente santé.

Il résultait de ces renseignements qu'à l'âge de treize ans comme aujourd'hui, Marie avait été prise de fièvre et de hoquet, et que ces symptômes avaient, jadis comme aujourd'hui, débuté brusquement à la suite d'un accident, refroidissement d'une part, traumatisme de l'autre.

Il y avait donc lieu de penser à un rappel, en 1884, de la propathie de 1860; restait alors à rechercher la nature de cette dernière.

Or l'idée d'une intoxication palustre me vint sur-le-champ à l'esprit. Marie, interrogée sur ce point, me dit bien qu'il n'y avait point de fièvre dans son pays, et qu'elle n'en avait jamais eu; mais nous savons que dans les provinces centrales de la France, dans le bassin de la Loire surtout, le paludisme existe en maint endroit, sans y être soupçonné ou sans qu'on le prenne en considération, sa gravité étant généralement minime. Aux négations de la malade, je pouvais d'ailleurs opposer son propre récit et la mention de ces accès de fièvre revenant tous les trois ou quatre jours, durant plusieurs heures, avec les trois stades classiques: frisson, chaleur et sueurs. Je pouvais encore invoquer à l'appui de mon hypothèse la durée très grande et en même temps la bénignité du mal.

En ce qui concerne la durée, je ne vois en effet qu'un très petit nombre de maladies fébriles, qui puissent s'éterniser neuf mois et se terminer par la guérison complète, savoir: les fièvres intermittentes, la pleurésie, et peut-être la néphrite catarrhale. L'origine *a frigore*, le gonflement des jambes, les accès de fièvre irréguliers au début, s'accordent assez bien avec la maladie rénale, mais la guérison spontanée et radicale d'une néphrite aussi violente et aussi prolongée est à peine admissible et permet d'abandonner cette supposition.

L'hypothèse d'une pleurésie est beaucoup plus acceptable

à signifier aux Compagnies que le taux des visites médicales devra être désormais de 20 francs. Que de médecins de campagne acceptent ce prix pour un accouchement ou une visite lointaine avec pansement difficile ou opération d'urgence! Ce que je comprends moins encore, c'est que, sans aucun avis préalable, sans aucune explication, les syndicats aient signifié brutalement aux Compagnies ce tarif en disproportion avec les usages et les précédents! Qu'en est-il résulté? Les Compagnies ont refusé de se soumettre aux prétentions des syndicats; elles se sont syndiquées à leur tour; elles ont trouvé partout des médecins non adhérents aux syndicats et très heureux d'accepter le mandat de représenter plusieurs Compagnies à la fois, et de rédiger, au taux de 10 francs, un nombre de certificats suffisant pour leur assurer une rémunération honorable. Qu'adviendra-t-il dès lors du conflit imprudemment soulevé par divers syndicats? Aujourd'hui déjà divers médecins, signataires de l'ultimatum des syndicats, écrivent confidentiellement aux Compagnies pour solliciter un nouveau mandat; ils ne demandent qu'à retirer leur démission. Les Compagnies hésitent à reprendre comme médecins ceux qui ont manqué de courtoisie vis-à-vis d'elles. J'aime à croire que, comme bien d'autres, ce conflit s'apaisera par une transaction.

Celle-ci pourrait se trouver dans une modification du libellé des contrats rédigés par les Compagnies d'assurances contre les accidents (car il est un grand nombre de médecins qui sont en même temps chargés des fonctions d'expert pour les assurances-vie et les assurances-accident). Il est dit, dans les propositions relatives à ces dernières, que les honoraires du médecin (6 francs en moyenne) lui seront payés pour *tout sinistre constaté, soigné et liquidé*. Au lieu de protester contre cette formule et de faire comprendre qu'une somme de 6 francs, suffisante pour rémunérer la constatation d'un sinistre, ne saurait être admise alors qu'il s'agit de soigner une fracture ou de pratiquer une amputation, les syndicats auxquels je fais allusion ont demandé que le chiffre d'hono-

La toux, à la vérité, avait toujours fait défaut, mais le hoquet l'avait remplacée.

Les autres circonstances, refroidissement au début, fièvre irrégulière, durée très longue, s'appliquent bien à un épanchement pleurétique, et même à une pleurésie purulente ; la guérison spontanée ne constitue pas une fin de non recevoir, car avant qu'on ouvrît la poitrine aussi libéralement qu'on le fait aujourd'hui, les pleurésies guérissaient souvent plus ou moins vite et sans doute quelques-unes d'entre elles avaient bien passé à la suppuration. A la campagne, chez un enfant robuste, de source saine et de bonne santé, la terminaison favorable n'est pas pour surprendre absolument.

Une constatation facile confirmait d'ailleurs l'idée d'un ancien épanchement. En examinant avec soin la poitrine nue, nous reconnûmes une asymétrie manifeste du tronc : le rachis présentait dans la ligne dorsale une incurvation à concavité gauche ; de ce côté, le thorax était certainement moins développé dans tous ses diamètres. Bref, le retrait de la moitié gauche de la poitrine était incontestable. La cyrtométrie indiquait d'ailleurs cette différence en chiffres concluants; elle donnait les résultats suivants :

Circonférence totale du thorax au niveau de l'aisselle	81	centimètres.
Demi-circonférence du côté malade	39	—
— côté sain	42	—
Circonférence au niveau de la base de l'appendice xyphoïde	84	—
Côté malade	40	—
Côté sain	44	—

Ces chiffres sont péremptoires.

Donc il est presque sûr qu'en 1860, Marie, à la suite d'un refroidissement, a été prise de pleurésie aiguë, passant ensuite à l'état chronique et nécessitant de longs mois pour guérir.

Mais n'y a-t-il eu à cette époque qu'une simple pleurésie, et l'existence de cette dernière peut-elle expliquer après vingt-quatre ans le retour inopiné et soudain d'accidents pareils aux premiers ? Voilà ce qu'il convient d'examiner.

Or, même en admettant une pleurésie, assez complètement guérie d'ailleurs pour n'avoir jamais donné lieu dans la suite au moindre symptôme thoracique, peut-on comprendre qu'une plaie insignifiante de la mamelle ait pu reproduire à un quart de siècle de distance, et quasi soudainement, une pleurésie nouvelle assez intense pour provoquer une fièvre vive au bout de quelques heures et un hoquet rebelle au bout de quelques jours, et en même temps assez passagère pour qu'au huitième jour l'auscultation et la percussion n'en aient pu découvrir que des traces équivoques ? N'est-il pas plus logique de croire que la pleurésie ancienne avait créé dans la poitrine un lieu de moindre résistance très apte à être envahi par des accidents éloignés sous l'influence d'une cause quelconque ?

Ceci, j'en conviens, ne résout pas le problème.

La pleurésie mise de côté, il reste à découvrir la véritable propathie dont la blessure mammaire avait provoqué le réveil sous forme de fièvre et de hoquet.

Or, pour moi cette propathie n'est autre que le paludisme qui s'est associé jadis à la pleurésie et qui semble avoir disparu avec elle. Je ne me dissimule point tout ce que cette interprétation a de hasardé et je suppose qu'on m'accusera de vouloir bon gré mal gré tout expliquer ; mais je vous prie de m'écouter avec quelque patience.

En ce qui touche la maladie de 1860, rien n'empêche d'admettre à la suite d'un refroidissement l'invasion simultanée ou rapprochée d'une pleurésie et d'une fièvre tellurique (un de nos jeunes collègues des hôpitaux a été précisément la victime de cette association morbide). Rien de surprenant que les deux pathies abandonnées au bon soin de la nature aient mis neuf longs mois à guérir.

Rien n'empêche davantage d'admettre, même après de longues années, un rappel de paludisme par une blessure. J'ai vu et cité des cas de ce genre absolument incontestables ; ne serait-ce que celui de ce jeune homme ayant eu des fièvres d'Afrique, dont il était complètement débarrassé depuis *plus de dix ans* et qui fut pris, *quelques heures seulement* après une fracture très simple du péroné, d'accès nettement intermittents, qui cédèrent à première réquisition au sulfate de quinine.

Rien n'empêche encore de mettre le hoquet sur le compte du paludisme, l'observation montrant que le système musculaire, directement peut-être, mais certainement avec le concours des nerfs moteurs, peut être affecté par la malaria (1).

Mais tout cela ne peut servir de démonstration directe. Heureusement j'ai de meilleurs arguments. J'ai dit qu'à peine deux heures s'étaient écoulées après la blessure, que Marie était prise dans le côté gauche, au niveau de l'hypochondre, de douleurs vives, exaspérées par les moindres mouvements. J'avais tenu compte de ces douleurs, puisque j'avais dirigé contre elles l'injection hypodermique et le large vésicatoire pansé avec la morphine, mais je dois avouer que je n'en avais recherché exactement ni le siège ni la nature.

Dès que l'idée du paludisme me vint à l'esprit, je compris la nécessité de combler la lacune. Or, en pratiquant l'exploration d'une manière convenable, c'est-à-dire en palpant successivement *sur* et *sous* les dernières côtes, je constatai d'abord une *douleur intercostale*, répondant au neuvième espace, puis une *douleur splénique*, provoquée par la pression exercée directement sur la rate. Cette dernière exploration, rendue très facile par le peu d'embonpoint de la malade et la flaccidité de la paroi abdominale, fut faite en glissant au-

(1) Ce point sera bien établi prochainement par un travail en voie de rédaction sur les *myopathies palustres*.

raires fût porté à 10 francs. Ce n'était point résoudre la difficulté. Que les médecins des Compagnies-accident s'entendent pour obtenir un contrat mieux rédigé, qu'il soit bien convenu que les honoraires ne seront applicables qu'à la constatation de l'accident et de la guérison, et, j'en suis certain, médecins et Compagnies tomberont aisément d'accord.

Cette lettre est déjà bien longue, et cet exposé des difficultés qui existent aujourd'hui entre les Compagnies et leurs médecins bien suffisant pour qu'il me soit possible d'aborder une autre question. J'aurai prochainement l'occasion de vous conter comment, déçus dans leurs espérances, certains de nos confrères ont cru pouvoir se venger en créant aux médecins non syndiqués les plus grandes difficultés, en leur interdisant l'entrée des hôpitaux pour la constatation des blessures des assurés, en cherchant à les mettre au ban du corps médical de la ville qu'ils habitent. On opprimait tout à l'heure la conscience, on opprime à présent la personne, le confrère.

Que certains syndicats y prennent donc garde ; en méconnaissant la liberté individuelle et le droit que conserve tout médecin de n'obéir qu'à sa conscience, et de se montrer charitable tout en restant digne de l'estime de ses confrères ; en forçant leurs adhérents à n'accepter de leurs clients que des honoraires fixés à l'avance et tarifés par les plus anciens médecins de la localité ; en prétendant dicter aux Compagnies d'assurances des conditions inacceptables, ils tendent à créer, non point une association libérale et soucieuse d'assurer le bien-être de toute une corporation, mais une secte intolérante où ne peuvent être admis que ceux qui abdiquent leur libre arbitre et qui se soumettent aveuglément aux décisions d'une majorité inconsciente du mal qu'elle peut faire. Tous les syndicats, je m'empresse de l'ajouter, n'ont pas suivi cet exemple et, dans leurs délibérations on ne trouve, le plus souvent, que des résolutions que l'on peut approuver

dessous des dernières côtes gauches, le bord radial de la main ; pratiquée comparativement à droite sous les dernières fausses côtes de façon à atteindre le foie, elle resta complètement négative.

On sait quelle importance mon excellent collègue et ami le docteur Duboué (de Pau) attache à la constatation de l'hyperesthésie splénique. Or, comme je partage entièrement son opinion sur ce point, on comprend combien je fus frappé de l'existence si nette de ce symptôme précieux. Il y avait donc ici tout à la fois névralgie intercostale et splénalgie.

De plus, deux arguments plaidaient en faveur d'un rappel de paludisme, savoir : les allures des accidents rappelés et l'insuccès de la classique médication des symptômes dite encore médication rationnelle.

D'après le récit de la malade, presque aussitôt la blessure reçue, c'est-à-dire deux heures à peine écoulées, la région blessée était devenue le siège de douleurs vives, qui depuis n'avaient plus cessé, et tendaient au contraire à augmenter. Le soir même la fièvre s'allumait, durait trois ou quatre jours et s'éteignait spontanément. Or on ne reconnaît point là les allures de la douleur ni de la fièvre traumatiques, pas plus que de la douleur ni de la fièvre inflammatoires. La douleur traumatique cesse d'elle-même peu de temps après la blessure et ne revient plus. La douleur inflammatoire commence beaucoup plus tard et suit les phases de l'inflammation. La fièvre traumatique dans une blessure aussi simple fait défaut, et la fièvre inflammatoire, quand elle est aussi intense au deuxième et au troisième jour, ne disparaît pas d'elle-même et si promptement.

Le propre au contraire de la douleur et de la fièvre malariques rappelées est de revenir parfois avec une extrême rapidité, de cesser ou de reparaître ou de se prolonger sans cause appréciable, et enfin d'être indépendantes de tout travail phlegmasique local, comme c'était le cas pour cette fracture du péroné citée plus haut et rappelant le soir même une fièvre éteinte depuis de longues années.

Un dernier mot sur l'insuccès des moyens employés. Puisque la douleur vive et tenace de l'hypochondre gauche ne pouvait être rapportée à une inflammation locale, il fallait la considérer comme de nature névralgique, chose fort admissible d'ailleurs, étant connue la fréquence des névralgies traumatiques précoces. Mais alors on aurait dû obtenir du soulagement avec la révulsion et la narcotisation locales, et c'est le contraire qui était arrivé. Avec l'hypothèse d'une douleur paludique, l'échec du traitement était tout naturel. Les névralgies locales ne cèdent guère qu'aux spécifiques, quinquina ou arsenic.

En résumé, de ma longue enquête je déduisis le diagnostic suivant :

Pleurésie antérieure, compliquée de paludisme, ayant présenté comme symptôme particulier un hoquet rebelle; guérison lente des deux affections, avec création d'un lieu de moindre résistance thoracique; vingt-quatre ans plus tard, blessure légère dans une région précisément en rapport avec le diaphragme et la rate ; réveil soudain des deux propathies anciennes ; retour de la fièvre, de la douleur splénique, du hoquet et de quelques symptômes pleuro-pulmonaires légers.

Il ne restait plus qu'à soumettre à l'épreuve de la thérapeutique cette conception singulièrement compliquée que mes élèves ne m'avaient pas entendu formuler sans quelque surprise.

En conséquence, je suspendis le chloral et les révulsifs; puis, comme les voies digestives étaient actuellement en assez bon état, je prescrivis 50 centigrammes de sulfate de quinine, qui furent ingérés à trois heures de l'après-midi.

Le hoquet cessa vers cinq heures du soir et ne reparut pas de la nuit, mais il revint à quatre heures du matin et dura jusqu'à huit.

Le 27, au moment de la visite, la malade était tout à fait calme ; le côté toutefois lui faisait toujours mal.

Naturellement, je continuai la médication à la même dose. Dans la journée, le hoquet revint à plusieurs reprises, mais d'une façon très passagère et fit complètement défaut la nuit ; le matin il revint pendant un quart d'heure seulement.

Le 29, je fis prendre encore et pour la troisième fois 50 centigrammes de sulfate de quinine dans la journée. Cette fois, le hoquet fut définitivement arrêté.

Je ne continuai pas l'expérience, car les résultats me paraissaient décisifs. J'explorai de nouveau l'hypocohondre ; chose très curieuse, la douleur intercostale existait toujours et la malade continuait à s'en plaindre ; mais la douleur splénique, c'est-à-dire la sensation très pénible provoquée par la pression directe sur la rate, avait à peu près cessé.

Les autres symptômes, malaise, inappétence, constipation, avaient disparu de leur côté ; il n'était pas jusqu'aux phénomènes stéthoscopiques qui semblassent s'être fort amendés. Bref, le rétablissement était tel, qu'après avoir tenu la malade en observation jusqu'au 8 novembre, je me disposais à lui donner son exeat, lorsque survint un accident singulier.

Je voulus une dernière fois examiner la région blessée et l'hypochondre gauche. La plaie du sein était cicatrisée depuis longtemps ; l'ecchymose mammaire elle-même avait à peu près disparu ; la pression sur les dernières côtes était encore pénible ; de plus, la sensibilité splénique paraissait quelque peu reproduite. Je le fis constater à deux ou trois personnes.

Ces pressions réitérées sur la rate furent-elles nuisibles, ou faut-il admettre une simple coïncidence ? Toujours est-il qu'une demi-heure à peine après l'exploration et avant que j'eusse quitté la salle, le hoquet, qui depuis neuf grands jours avait cessé, reparut soudainement, presque aussi intense que

---

sans réserves. Mais il nous paraissait aujourd'hui nécessaire de prouver, par un exemple, que, dans le Corps médical surtout, la liberté individuelle doit être respectée, et que, si l'union fait la force, jamais la force ne doit primer ni le droit, ni surtout le bon sens.

Corps de santé militaire. — Ont été promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe : (Choix). M. Kelsch (Louis-Félix-Achille), professeur à l'École de médecine et de pharmacie militaire.

Au grade de médecin principal de 2e classe : (Choix). M. Kiéner (Paul-Louis-André).

Au grade de médecin-major de 1re classe : (Ancienneté). M. Rivet (Pierre-Auguste-Ferdinand). — (Choix). M. Baudouin (Charles-Jules-Numa).

Au grade de médecin-major de 2e classe : (Choix). M. Brousses (Jean-Marie-Joseph). — 1er tour (ancienneté). M. Pauzat (Jean-Eugène).

Société de médecine légale. — La Société vient de procéder au renouvellement de son bureau, qui, pour l'année 1885, est composé comme il suit :

Président, M. le docteur Blanche; *vice-présidents*, MM. Horteloup (magistrat) et le docteur Polaillon; *secrétaire général*, M. le docteur Gallard; *secrétaires des séances*, MM. les docteurs Le Blond et Socquet; *archiviste*, M. le docteur Ladreit de la Charrière; *trésorier*, Mayet (pharmacien).

Membres de la commission permanente chargée de répondre, dans l'intervalle des séances, aux demandes d'avis motivés, adressées à la Société : MM. Blanche, Gallard, Boudet, Brouardel, Chaudé (avocat), Foville, Grassi, Laugier, Lutaud, Polaillon et Vibert.

La Société tient ses séances le deuxième lundi de chaque mois, à quatre heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des référés. Les séances sont publiques.

le premier jour. Il était neuf heures et demie du matin, je fis administrer aussitôt 50 centigrammes de sulfate de quinine ; une heure après, vers onze heures, la contraction diaphragmatique cessa.

Le 14 novembre, il n'a pas reparu. L'état de la malade est tout à fait satisfaisant ; l'auscultation et la percussion de la poitrine ne révèlent aucun désordre. La pleurodynie elle-même est fort réduite. Je n'ose pas presser encore la rate de peur de faire renaître le hoquet.

Je viens, mon cher ami, de vous prendre presque une demi-heure pour vous dire en somme que j'ai guéri un hoquet bizarre avec 1gr,50 de sulfate de quinine.

J'accorde que mon récit aurait pu tenir en une demi-page, si j'avais supprimé les raisonnements, les hypothèses et les commentaires. Pourtant, je ne regrette ni votre temps ni le mien. En effet, vous vous intéressez vivement aux études d'étiologie et de pathogénie, sachant bien que c'est par là que pèche notre pathologie, et j'ai résolu de mon côté de consacrer une partie de l'activité scientifique qui me reste encore à aborder ces problèmes ardus.

Il est probable que nos efforts ne toucheront guère les grands charpentiers, ou pour parler plus révérencieusement, les célèbres opérateurs de l'époque. Tout porte à croire même que leurs disciples se gausseront un peu de nous, nous accusant spirituellement de nourrir nous et nos élèves de diathèses variées ; mais je crois que nous ferons bien de sourire à notre tour, et de poursuivre sans dépit et sans colère une œuvre qu'appréciera certainement la génération qui s'élève.

P. S. — Je reçois à l'instant même une nouvelle observation où le paludisme antérieur a provoqué à la fois le retour soudain de la fièvre, vingt-quatre heures après une blessure, le sphacèle de la manchette après une amputation pratiquée pourtant fort loin de la plaie contuse, et enfin une hémorrhagie périodique en nappe, tous accidents dont la médication spécifique a heureusement triomphé. On voudra bien remarquer que toutes ces complications se sont produites chez un sujet jeune et en dépit de tous les agents antiseptiques : ce qui prouve une fois de plus que l'antisepsie, pour si importante qu'elle soit, ne garantit pas les diathésiques contre tous les risques opératoires. L'observation, si elle me donne raison sur ce point, me contredit en revanche (et c'est un motif de plus pour que je la publie sans retard) sous le rapport de l'analyse des urines : le patient n'était point glycosurique.

Que M. le docteur Bories, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Arzew, province d'Oran, me permette de lui adresser publiquement mes remerciements sincères ; dans la campagne que je mène, je ne veux triompher que par les faits, n'ayant, quoi qu'on en dise, ni parti pris, ni théorie, ni système ; dès lors, et tout naturellement, je suis reconnaissant envers ceux qui me fournissent des armes, c'est-à-dire des observations bien prises et bien probantes.

Paludisme ancien, à rechutes fréquentes ; écrasement du pied droit par roue de wagon ; amputation de la jambe au lieu d'élection ; gangrène des lambeaux ; hémorrhagies graves du moignon ; guérison. — M. Pascal, laboureur, trente ans, natif d'Alicante, où il a eu à plusieurs reprises des fièvres intermittentes, habite l'Algérie depuis quatre ans, à Debrousseville, au fond de la plaine marécageuse de l'Habra, point le plus insalubre peut-être de la province d'Oran. Cette année, à la suite des pluies abondantes de l'hiver, la malaria a pris une extension telle que presque tous les habitants de la plaine ont été atteints, ce qui prouve que si le fléau du paludisme a diminué en Algérie depuis la conquête, il est encore bien loin d'être complètement éteint.

Pascal, qui pour une rechute de fièvre avait passé un mois à l'hôpital, en septembre 1882, est apporté le 22 septembre 1884, pour un écrasement complet du pied droit par une roue de wagon.

L'accident remontait à vingt-quatre heures ; le blessé avait perdu peu de sang artériel, mais il présentait ce teint particulier aux cachectiques paludéens.

Le sacrifice du membre étant indispensable, je pratique l'amputation de la jambe au lieu d'élection par la méthode circulaire. Le pansement de Lister est rigoureusement appliqué.

Une heure après l'opération, le malade est pris de frissons violents et de sueurs profuses telles que les matelas sont traversés. Sulfate de quinine et alcool à hautes doses.

L'état général s'améliore ; mais dès le troisième jour je constate que les lambeaux, d'ailleurs très suffisamment doublés de tissu cellulaire, prenaient une teinte bronzée de mauvais augure. Les jours suivants, cette teinte s'accentue et la mortification de la manchette s'achève.

La gangrène atteint également en deux points très limités la surface du moignon lui-même. Pansement à l'iodoforme et au bichlorure de mercure. On avait cru devoir renoncer aux pansements phéniqués parce que les urines étaient devenus presque noires.

Pas de trace de glycose dans les urines.

Les parties sphacélées détachées, le moignon se recouvre de beaux bourgeons charnus de bon aloi ; mais le seizième jour, malgré un état général et local très satisfaisant, le malade tombe en syncope à la suite d'une hémorrhagie en nappe venant de la région de la tibiale antérieure. La compression digitale, un tamponnement au perchlorure de fer arrêtent le sang, qui reparaît le lendemain presque à la même heure et au même niveau. Il est arrêté par les mêmes moyens, mais il s'écoule pour la troisième fois le jour suivant à la même heure également. Toutefois c'est au niveau de la tibiale postérieure que l'écoulement se fait à la surface des bourgeons charnus, en nappe et non par jet saccadé.

Je prescris à nouveau de fortes doses de sulfate de quinine ; l'hémorrhagie s'arrête et ne reparaît pas ; la plaie marche rapidement vers la cicatrisation ; les bords de la manchette, attirés progressivement vers le centre du moignon, rétrécissent de jour en jour la surface bourgeonnante ; aujourd'hui 15 novembre, la cicatrisation est à peu près complète, et j'espère que le malade marchera bien sur son pilon (1).

VERNEUIL.

Pathologie interne.

NOTE SUR QUATRE CAS DE GOMMES SCROFULO-TUBERCULEUSES HYPODERMIQUES. — Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 28 novembre 1884, par M. le docteur Maurice LETULLE, médecin des hôpitaux.

(Suite. — Voyez le numéro 49.)

OBS. II. *Abcès froids sous-cutanés multiples chez un jeune homme de dix-sept ans, scrofuleux (gommes scrofulo-tuberculeuses hypodermiques). Guérison après évacuation successive des diverses collections. Inoculations expérimentales : tuberculose bacillaire généralisée à marche rapide.* — Le 15 juillet 1884, entrait à l'Hôtel-Dieu, dans le service du docteur Gallard, que je remplaçais, un jeune garçon, P. François, dix-sept ans, imberbe, paraissant à peine quinze ans, souffrant d'une série de tumeurs sous-cutanées développées récemment, sans cause appréciable, dans les régions suivantes :

(1) M. Bories insiste en terminant sur l'intoxication phéniquée et mercurielle (stomatite) survenue chez son opéré, après trois ou quatre jours de pansements à la gaze trempée dans une solution à 1/200e dans le premier cas et sept jours de pansement avec la solution de bichlorure à 1/1000e dans le second. Il se demande si l'on doit mettre sur le compte du paludisme et de la trop grande absorption des liquides de pansement par la plaie, les accidents survenus. Le paludisme pourrait, en effet, être incriminé à cause des altérations des viscères qu'il détermine chez les vieux paludiques et qui empêchent l'élimination des médicaments par ces organes, le foie et le rein en particulier. Les accidents d'intoxication observés en pareil cas, et quelquefois l'intolérance pour le sulfate de quinine, pourraient être causés par l'accumulation dans l'organisme des médicaments non éliminés.

A la fin de février dernier, le malade remarqua qu'une grosseur se développait à la face postéro-interne de la cuisse droite; bientôt une autre apparaissait à la partie moyenne de la face externe du bras droit, puis une à la jambe gauche, à quatre travers de doigt au-dessus de la malléole externe. Ces grosseurs, indolentes, peu volumineuses, demeurèrent stationnaires pendant trois mois environ. En juin, la tumeur de la cuisse droite s'abcéda, s'ouvrit et se vida : après évacuation complète, la plaie se cicatrise peu à peu et la guérison est définitive au bout de cinq semaines.

A ce moment, premiers jours de juillet, les tumeurs de la jambe et du bras augmentent, deviennent sensibles; la peau qui les recouvre rougit, s'épaissit et le malade se décide à venir demander des soins à l'hôpital.

A son entrée, on le trouve dans l'état suivant : l'aspect général du sujet est bon; le facies est rosé, un peu bouffi; les lèvres sont volumineuses; la peau est pâle; l'appétit est excellent; les viscères sont sains, en particulier les poumons, qui respirent normalement. Les abcès froids multiples sont notés de la façon suivante (1) : tous les abcès sont sous-cutanés, mais tous, sauf un, adhèrent intimement à la peau, qu'ils ont amincie et menacent de perforer. L'abcès de la jambe gauche a le volume d'une grosse noix; celui qui occupe le bras droit est plus petit, mais manifestement fluctuant.

Deux autres gommes sous-cutanées, dont le malade n'avait pas remarqué l'existence, se sont développées, l'une à la partie moyenne de la cuisse droite, sur le trajet des vaisseaux fémoraux, au-dessus de la cicatrice du premier abcès, qui ouvrit, en mars dernier, la série actuelle; l'autre, sur le thorax même, au niveau de la partie antérieure et terminale de la septième côte droite, au voisinage de la symphyse chondro-costale. Ce dernier abcès adhère manifestement au périoste et la peau est largement mobile au-dessus de lui.

Tous les ganglions lymphatiques appréciables à la palpation sont normaux, sauf peut-être un petit ganglion sous-maxillaire gauche. Les amygdales et le pharynx ne présentent aucune altération notable. Ce jeune scrofuleux n'offre actuellement d'autre manifestation que ces gommes sous-cutanées multiples développées sans cause appréciable.

D'ailleurs ses antécédents sont bons. Il est le plus jeune des sept frères, dont six sont bien portants. Sa mère, qui a eu quinze enfants, a une excellente santé; son père est mort d'un accident à soixante-trois ans. Le jeune P... n'a pas fait de maladie dans son enfance. Jusqu'à quatorze ans, il n'a pas présenté les signes habituellement notés chez les lymphatiques (croûtes d'impétigo, ganglions engorgés, entorrhée, maux de gorges, bronchites répétées, etc.). Vers douze ans, deux furoncles à la nuque, guéris en quinze jours; peu de temps après, angine probablement diphthérique. Depuis cette époque, sa santé est moins bonne : vers quatorze ans, une conjonctivite se développe, sans cause connue, et persiste assez longtemps. Puis, chaque hiver, le jeune P... s'enrhume facilement; en particulier, l'hiver dernier, il contracte une bronchite légère, qui persiste trois mois, et qu'il s'est bien gardé de soigner. Depuis trois ans, il semble évident que la scrofule s'accuse, s'amplifie pour ainsi dire. L'hygiène du malade était bonne. Il travaillait au chemin de fer d'Orléans (employé à astiquer les fers et aciers); et cependant sa santé périclitait, car il ne grandissait pas. Il ne se développe pas, « il reste enfant, » comme on le lui a fait remarquer. Enfin, des abcès sous-cutanés se montrant, l'état scrofuleux est bien et dûment constitué : l'enfant lymphatique est devenu un adolescent scrofulo-tuberculeux.

Nous étions en présence d'un cas typique de *gommes scrofulo-tuberculeuses*. Il s'agissait de savoir si ces gommes étaient tout simplement des abcès froids enkystés, simples, non spécifiques ou si, au contraire, elles portaient dans leur intérieur les germes morbides de l'affection qui nous occupe. En d'autres termes, avions-nous affaire à une *tuberculose localisée* à foyers multiples? Pour résoudre le problème, l'examen du pus collecté et l'inoculation à des animaux furent pratiqués le 16 juillet 1881.

Nous nous entourons de toutes les précautions les plus minutieuses (lavage de la peau avec eau distillée bouillie, puis avec alcool absolu, flambage des instruments, lavage du tube récepteur avec eau distillée bouillie, puis flambage; réception rapide du pus; inoculation, hors de la salle de l'hôpital, avec instruments flambés et lavés à eau bouillie); puis nous retirons de l'abcès du bras droit, non encore incisé, 4 centimètres cubes environ d'un pus grumeleux, grisâtre, caractéristique. Le pus est mélangé par parties égales avec eau distillée bouillie et inoculé dans le péritoine de deux cobayes adultes bien portants.

L'examen du pus de cet abcès et bientôt de chacun des autres abcès, qui durent être opérés successivement, *ne nous permit pas une seule fois de trouver les bacilles de la tuberculose* (méthode d'Erlich, procédé Frankel). Ces examens réitérés du pus furent faits dans le laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté avec les réactifs qui servent à notre excellent maître le professeur Cornil. Chaque fois, d'ailleurs, que nous recherchions les bacilles de Koch dans les liquides d'abcès, nous avions soin d'examiner par le même procédé, en même temps, des crachats de tuberculeux où les bacilles existaient en grande quantité. Il nous a donc été impossible d'accuser la technique suivie. Il en fut constamment de même pour la recherche des zoogloées tuberculeuses de Malassez et Vignal. Tout autres furent les résultats de l'inoculation.

Le premier cobaye succombait vingt-deux jours après l'opération. Le péritoine était rempli de granulations tuberculeuses; on pouvait suivre à travers le diaphragme les fusées de granulation jusque dans les cavités pleurales. Le foie, la rate, la chaîne des ganglions prélombaires et préthoraciques, ainsi d'ailleurs que les ganglions péritrachéo-bronchiques, les poumons étaient remplis de masses tuberculeuses. L'examen des poumons et des ganglions nous montra la présence des bacilles de Koch (méthode d'Erlich). La tuberculose expérimentale était donc bien bacillaire. Pour plus de sécurité cependant, nous inoculâmes deux nouveaux cobayes, qui viennent d'être sacrifiés quatre-vingt-dix jours après l'inoculation, et qui sont atteints de tuberculose bacillaire généralisée.

Le second cobaye inoculé avec le pus de l'abcès froid ne succomba que quarante-trois jours après l'opération. Nous trouvâmes une tuberculose infiltrée dans le péritoine, le diaphragme, tout l'épiploon rétracté et rempli de masses caséeuses, le foie, la rate, les poumons et les ganglions du médiastin. Tous ces organes contenaient des bacilles de Koch (méthode d'Erlich). Avec ce second cobaye, deux autres cobayes furent encore inoculés et succombèrent, l'un quarante-deux jours et l'autre quarante-quatre jours après l'opération, à des lésions tuberculeuses identiques et également bacillaires.

Il était inutile de pousser plus loin l'inoculation en série. La preuve était faite : tous les animaux inoculés avaient succombé à la tuberculose bacillaire (1).

Pendant ce temps, les *animaux témoins* placés dans les mêmes cages étaient restés sains, indemnes de toute tuberculose.

Terminons l'observation du malade qui fut l'occasion de ces inoculations bacillaires. L'ouverture de ses divers abcès gommeux fut pratiquée, pendant la seconde quinzaine de juillet, par le docteur Bazy, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu. A la suite de l'opération de la gomme de la jambe gauche, un énorme abcès froid sous-cutané se développa au niveau de la cuisse du même côté, à la partie moyenne de la face externe. Cet abcès insidieux, vraie gomme diffuse, probablement d'origine lymphangitique, dut être opéré à son tour et gratté, comme les autres abcès.

Actuellement (15 novembre), le malade est guéri; toutes ses plaies sont cicatrisées. L'état général est aussi satisfaisant que possible. Il n'y a pas de trace de tuberculose viscérale apparente. Pendant les trois mois et demi de son séjour à l'hôpital, P... a été soumis au traitement par l'iode (teinture prise en potion de vingt à trente gouttes; pansement des plaies à l'iodoforme).

La troisième observation est, pour ainsi dire, identique à la précédente, pour ce qui concerne la recherche des bacilles dans le pus et la culture positive du pus inoculé.

Obs. III. *Abcès froid scrofulo-tuberculeux de la région sous-maxillaire gauche. Tuberculose pulmonaire. Incision, grattage de l'abcès, évacuation. — Guérison. — Tuberculose bacillaire expérimentale.* — Un homme de vingt-cinq ans, atteint d'un abcès froid hypodermique développé dans la région sous-maxillaire gauche, sur les confins de la région parotidienne, nous est présenté par le docteur Bazy, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu. Le malade est atteint d'une tuberculose pulmonaire encore au début et localisée au sommet du poumon gauche. Les fonc-

(1) Nous devons les détails de cette observation à M. Jaille, externe du service.

(1) Dans tous les organes nous avons eu soin de rechercher les *masses zoogloéiques* de Malassez : elles n'existaient sur aucune des préparations examinées.

tions digestives sont normales. Pâle, anémique, amaigri, il raconte que, depuis près d'un an, il se surmène, dort peu, se nourrit mal.

Le 29 août 1884, le docteur Bazy pratique l'incision et le grattage de cette gomme scrofulo-tuberculeuse. Nous recherchons aussitôt les bacilles de Koch et les zoogloées de Malassez sans en trouver traces dans le liquide sanieux, pas plus que dans plusieurs des fongosités extraites. Ce même jour, deux cobayes sont inoculés simultanément avec la même quantité de liquide puriforme délayé dans de l'eau distillée préalablement bouillie. 2 centimètres cubes environ sont injectés dans la cavité péritonéale des deux cobayes.

Le premier cobaye meurt le 7 novembre (soixante-dix jours après l'inoculation). La cavité péritonéale est remplie de sang. La rate énorme, gorgée de masses tuberculeuses, est rompue et a été la source de l'hémorrhagie interne.

Le foie est énorme, bosselé, rempli de tubercules. Le péritoine pariétal est semé de granulations tuberculeuses, les unes petites et récentes, les autres (en plus grand nombre) volumineuses et caséeuses à leur centre.

Le diaphragme est parsemé de granulations. Les poumons, peu volumineux, sont remplis de noyaux tuberculeux récents.

Adénopathies considérables, inguinales, trachéo-bronchiques, prélombaires. Gros ganglions caséeux derrière le sternum.

L'examen des granulations péritonéales et des ganglions démontre la présence des bacilles de Koch. On n'y trouve pas de zoogloées de Malassez et Vignal (procédé lent).

Le deuxième cobaye est tué le 18 novembre 1884, quatre-vingt-un jours après l'inoculation.

Le péritoine est parsemé de granulations tuberculeuses miliaires récentes. Le foie est gros, granuleux, rempli de tubercules jeunes; la rate, peu volumineuse, est farcie de petites granulations. Les deux poumons contiennent de nombreux tubercules sous-pleuraux.

Les ganglions du médiastin et quelques ganglions abdominaux sont sarcomateux, mais ils n'ont pas subi encore la dégénérescence caséeuse.

L'examen des organes montre la présence des bacilles de Koch.

Cette tuberculose expérimentale était encore au début. Contraste frappant avec la tuberculose avancée constatée sur le premier cobaye inoculé avec la même quantité d'un même liquide, identique en apparence dans les deux cas.

J'arrive au quatrième fait. C'est une simple observation clinique. On pourrait nous reprocher d'avoir ajouté aux trois autres ce cas, qui ne leur ressemble pas et qui ne paraît pas rentrer dans le sujet même de notre travail.

A cela nous répondrions, si nous avions à la défendre, que cette observation, intéressante à plus d'un titre, complète les trois précédentes. En outre, elle vient à l'appui de nos assertions en montrant la simultanéité des gommes scrofulo-tuberculeuses avec la tuberculose osseuse et viscérale. Argument en faveur de l'identité d'origine. De plus, cette observation rappelle la guérison possible par résolution d'une gomme scrofulo-tuberculeuse, alors que, dans un organisme déchu, la maladie tuberculeuse progresse et s'aggrave indéfiniment.

Tant de titres suffisaient amplement pour nous autoriser à placer ici cette curieuse observation.

Obs. IV. *Mal de Pott dorsal. Abcès migrateur de la fosse iliaque droite. Tuberculose pulmonaire. — Gomme scrofulo-tuberculeuse de la joue droite guérie sans évacuation. Traitement iodé.* — Le jeune L..., dix-sept ans, élève interne au lycée Henri IV, se présente à l'infirmerie, le 30 mars 1884, afin de se faire soigner pour une petite tumeur développée dans la joue droite depuis quelques semaines.

Cette tumeur s'est logée dans l'épaisseur de la joue, à la hauteur de la commissure labiale, dont elle est éloignée exactement de 2 centimètres. Son volume peut être comparé à celui d'une petite noisette; sa forme est arrondie et la saillie qu'elle fait à la surface des téguments est peu considérable. La peau qui la recouvre, et *qui lui adhère*, est légèrement tendue, d'une coloration rose violacé, un peu sensible à la pression. La tumeur est élastique et paraît fluctuante lorsqu'on a soin de la comprimer avec un doigt contre la face profonde de la joue et un autre à l'extérieur. La mobilité est nulle au-dessous de la peau, très accusée au-dessus de la muqueuse buccale. En faisant contracter les muscles de la joue, on sent que la tumeur est fort éloignée des couches sous-muqueuses. Elle occupe donc l'hypoderme et est entourée d'un certain empâtement peu étendu. Les ganglions sous-maxillaires correspondants sont peu volumineux, mais assez durs et bien appréciables.

Aucun traumatisme récent ou ancien, aucune lésion de la muqueuse buccale adjacente, aucune altération dentaire du voisinage ne permettait de supposer qu'un abcès sous-dermique venait de se collecter dans la joue secondairement à une lymphangite. Force nous était de rechercher dans l'état général du sujet la raison déterminante de *cet abcès froid sous-cutané isolé dans l'épaisseur de la joue*. L'idée d'une *gomme scrofulo-tuberculeuse* s'offrait dès lors à notre esprit, et l'état général du sujet nous confirmait aussitôt dans cette opinion.

L... est de grande taille pour son âge : il mesure $1^{m},75$ et pèse 63 kilogrammes, c'est dire qu'il est maigre et d'apparence chétive. Très myope, il a du nystagmus, et se tient à demi voûté par suite d'une altération ancienne de la colonne vertébrale : à l'âge de treize ans, il eut un mal de Pott dorsal, fut soigné par le professeur Verneuil, qui le condamna huit mois au lit. Un abcès migrateur glissa dans la fosse iliaque droite et disparut lentement. Jusqu'à la présente année, L... dut porter un corset-cuirasse destiné à maintenir son thorax dans une rectitude relative.

A force de soins et de toniques, la santé de l'enfant si profondément ébranlée s'était remise; bien chancelante encore, car tout l'hiver le jeune homme avait toussé et avait continué l'usage de diverses préparations toniques.

L'examen de la poitrine compléta le tableau de la maladie. Il existait au sommet du poumon droit, au-dessous de la clavicule, aussi bien que dans la fosse sus-épineuse, des signes non équivoques d'une tuberculose pulmonaire déjà avancée. Dès lors, le doute n'était plus possible, et le diagnostic de gomme scrofulo-tuberculeuse était évident.

Sans tarder, le malade fut soumis au traitement iodé; sirop de raifort iodé, ne pouvant plus supporter l'huile de foie de morue. En outre, on répéta tous les trois jours un large badigeonnage avec teinture d'iode sur la joue droite.

Peu à peu la tumeur diminua de volume, la peau, qui menaçait de se rompre, se rétracta, s'épaissit et s'affaissa. Actuellement (15 novembre) la tumeur a disparu et ne se reconnaît qu'à une cicatrice linéaire, verticale, longue de 2 à 3 centimètres, parallèle au pli naso-génien, en dehors duquel elle forme un sillon profond. Au-dessous de ce sillon, on sent encore une légère induration, indice du travail cicatriciel qui s'est produit dans l'épaisseur de la joue. Les ganglions sous-maxillaires sont à peine appréciables. Les signes de la tuberculose pulmonaire ne se sont pas modifiés. Le jeune malade a même été atteint d'une pleurésie sèche pendant les vacances de septembre.

N'est-il pas remarquable de voir une gomme scrofulo-tuberculeuse apparaître dans le cours d'une tuberculose pulmonaire et osseuse, et guérir complètement, sans évacuation, au bout de sept mois d'un traitement iodé modérément énergique?

Les cas de guérison spontanée des abcès froids scrofuleux ont été signalés par la plupart des auteurs. Bazin note ce mode de terminaison *assez rare* des écrouelles celluleuses (*loc. cit.*, p. 318) et reconnaît que la résolution « peut avoir lieu dans la période qui précède la suppuration, ou même quand la suppuration est parfaitement établie ». Brissaud et Josias ont pu observer l'arrêt de développement des gommes scrofuleuses, « voire même la résolution partielle de néoplasme ». E. Besnier et Lannelongue sont du même avis.

Nous insistons sur la guérison par résolution de ces lésions scrofulo-tuberculeuses, de ces *tuberculoses locales*, comme on les a appelées, guérison qui se produit quelquefois, comme dans le cas présent, alors même que l'état général est le plus défectueux. Ici le *terrain de culture*, bien préparé pour la germination progressive des lésions tuberculeuses, s'est, pour ainsi dire, infiltré en maints endroits. Ce terrain, cet organisme débilité a pu néanmoins rendre vite infructueux, détruire par conséquent les germes infectieux

semés, on ne sait comment, dans la peau de la joue. On voit, par cet exemple, combien sont difficiles les questions pathogéniques concernant la scrofule et la tuberculose, et combien des conclusions trop hâtives risqueraient d'être annihilées par les recherches ultérieures.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

De l'état ozonométrique de l'air pendant l'épidémie cholérique. Note de M. *Onimus*. — L'auteur appelle l'attention sur les variations qu'a présentées l'état ozonométrique de l'air pendant les épidémies de Paris et de Marseille comparé aux mêmes époques de l'année dernière. Ces variations sont caractérisées par un abaissement considérable de la moyenne : 1° à Marseille de 2,17 à 0,86 pendant le mois de juillet; 2° à Paris, de 1,82 à 0,44 pendant le mois de novembre, abaissement qui fut plus considérable encore du 31 octobre au 15 novembre, puisque la moyenne ozonométrique s'abaissa à 0,27, tandis que l'an dernier à pareille époque elle était de 2,00.

Par contre, depuis un certain nombre de jours, cette moyenne s'est un peu relevée à Paris, sans atteindre cependant le chiffre qu'elle présentait en 1883.

Les conclusions de M. Onimus sont : 1° que la diminution de l'ozone dans l'air a favorisé certainement l'éclosion du mal; 2° que la présence de l'ozone et surtout sa persistance sont d'excellentes conditions pour enrayer les progrès d'une épidémie de choléra.

Nouvelles expériences sur la transmission de la tuberculose aux grands animaux. Note de M. *G. Colin* (d'Alfort). — Les expériences faites par l'auteur, sur de grands animaux et notamment sur des animaux de la race bovine, lui ont permis de mesurer exactement la période d'incubation des éléments tuberculeux, de déterminer le temps que les tubercules passent à l'état de granulations et celui qu'ils mettent à éprouver leurs divers modes de dégénérescence.

Voici d'ailleurs quelles sont ces expériences : on introduit dans le tissu cellulaire une goutte de pulpe avec une lamelle mince de tubercule empruntée à un animal tué récemment. Bientôt on assiste à la formation et au développement d'une tumeur au point où a eu lieu l'insertion du tubercule. Au bout de moins de deux semaines cette tumeur s'ouvre et son orifice s'ulcère. Puis une caverne se forme, elle contient une matière caséeuse analogue à celle qu'on rencontre dans les cavernes du poumon. Le premier ganglion placé sur le trajet de la lymphe provenant du foyer d'inoculation se tuméfie et devient tuberculeux.

Ici deux cas peuvent se présenter : 1° ou le processus tuberculeux s'arrête dans son évolution et le point d'insertion reste seul, avec le ganglion, envahi par le tubercule, et les viscères sont indemnes; 2° ou bien, au contraire, les éléments tuberculeux évoluent, le système lymphatique est atteint dans toute la moitié qui correspond au côté où l'insertion du tubercule a été pratiquée, puis viennent les grandes séreuses, puis le foie, la rate et surtout le poumon, et déjà du deuxième au troisième mois la phthisie se trouve confirmée par l'amaigrissement, la perte des forces, l'anémie, en un mot par tous les symptômes caractéristiques de la tuberculose.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

M. le docteur *Amat*, médecin aide-major de première classe, envoie deux mémoires manuscrits, intitulés : *Recherches étiologiques sur les épidémies* de *dysentérie sévissant périodiquement sur la garnison et la population civile de Saint-Germain-en-Laye* et *Une épidémie* de *fièvre typhoïde au camp* de *Chellala* (province d'Alger) en 1881. (*Commission des épidémies.*)

M. *Alliot*, officier de santé à Meung-sur-Beuvron (Loir-et-Cher), prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un *Pli cacheté* renfermant une *Note sur le traitement de la hernie étranglée*. (*Accepté.*)

M. le docteur *Netter* (de Nancy) adresse un travail *sur le traitement du choléra par l'administration d'énormes quantités* de *boissons aqueuses*.

M. le docteur *Maurin* (de Marseille) envoie un ouvrage sur *le mucor cholérifère*.

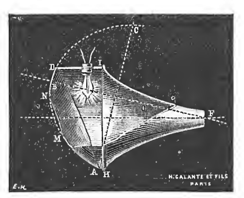
M. *Proust* présente, au nom de M. le docteur *Ph. Hauser*, deux volumes d'*Études médicales, démographiques et sociales sur la ville de Séville*.

M. *Léon Colin* dépose : 1° de la part de M. le docteur *J. Arnould* (de Lille), un travail intitulé : *Quelques traits de l'histoire du choléra à Lille* de *1832 à 1866*; 2° au nom de MM. les docteurs *Poncet* et *Torthe*, un mémoire ayant pour titre : *De la fièvre typhoïde dans les garnisons de Tunisie*. (*Commission des épidémies.*)

M. *Dujardin-Beaumetz* fait hommage : 1° au nom de M. *Émile Rivière*, d'une *Étude statistique sur le choléra* dans les *hôpitaux de Paris*; 2° de la part de M. le docteur *Kynasides* (d'Athènes), de la traduction, en langue grecque, des deux premiers fascicules du premier volume de sa *Clinique thérapeutique*.

M. *Léon Le Fort* présente un *otoscope muni d'un éclairage électrique*, inventé par M. le docteur *Ballet*.

L'appareil qui fait l'objet de cette présentation offre des dispositions qui lui sont propres dans ce qui a rapport à *la lumière* et au procédé employé pour la concentrer. Il est éclairé, en effet, par une petite lampe à incandescence, à fil de charbon fabriqué. Celle-ci est placée à l'intérieur de l'instrument, et sa puissance d'éclai-



rage est égale à deux bougies. Elle peut éclairer pendant cent heures. Un accumulateur d'une intensité de courant de treize ampères-heures l'alimente pendant six heures au minimum. Le réflecteur est représenté par une portion d'ellipse (A. M. N. D.) calculée de telle sorte que l'un des foyers correspond à la lampe, et le deuxième (F) à l'extrémité de l'instrument. Ajoutons qu'un *commutateur* appliqué sur l'otoscope permet d'établir et d'interrompre à volonté le courant qu'un *rhéostat*, ajouté à l'accumulateur, donne la possibilité de graduer à loisir la lumière, en la faisant passer par toutes les nuances comprises entre le rouge-cerise et l'incandescence; qu'enfin l'orifice (M N) par lequel regarde l'observateur est de dimensions telles, qu'il livre passage à tous les instruments nécessaires au traitement des maladies de l'oreille externe et de l'oreille moyenne.

Opérations plastiques sur le palais. — M. *Ulysse Trélat* commence une communication sur la valeur des opérations plastiques sur le palais et sur la détermination de l'âge auquel il convient de les exécuter. Il y a soixante ans que l'on pratique de telles opérations sur le voile du palais et vingt-cinq ans environ que l'on en fait de semblables sur la voûte palatine. Roux peut être considéré comme le véritable inventeur de la staphylorrhaphie; sa pratique se résumait en ces deux idées simples : âge d'opération tardif, champ opératoire borné au voile du palais; en conséquence, un bon nombre de cas n'étaient pas curables par cette opération. Bientôt il devint évident que les résultats fonctionnels en sont variables; chez quelques opérés, l'amélioration du langage est rapidement considérable; faible chez d'autres, nulle chez quelques-uns. On pensa dès lors que l'âge avancé des opérés devait empêcher ceux-ci de se plier facilement à une gymnastique phonétique nouvelle et l'on vit se manifester, parmi les chirurgiens, deux tendances ayant pour but à la fois d'a-

grandir le champ de l'opération, c'est-à-dire d'attaquer avec succès les divisions du palais osseux et d'abaisser l'âge des opérés pour les soumettre plus efficacement à l'éducation d'une articulation correcte des mots. Les bases fondamentales de la palatoplastie furent alors posées par Boizeau, Ollier et Langenbeck; l'anesthésie ne tarda pas à être appliquée à cette opération; on fit usage d'appareils suffisants pour maintenir la bouche ouverte pendant toute la durée de celle-ci et l'on ne s'arrêta plus dans l'abaissement de l'âge des opérés. Des seize à dix-huit ans fixés autrefois par Roux on descendit successivement à douze ans (Dieffenbach, Sédillot et Fergusson), sept ans (Langenbeck), quatre ans (Th. Smith), quatre semaines (Ehrmann, Otto Weber et Billroth), quinze jours (Simon) et dix-huit jours (Rouge).

D'un autre côté, les appareils prothétiques, devenus de plus en plus ingénieux et parfaits, étaient employés avec une faveur marquée par certains chirurgiens; Nélaton n'hésitait pas à enseigner la supériorité de la prothèse sur les opérations plastiques et beaucoup de médecins hésitent encore à cet égard. M. Trélat admet que la prothèse peut rendre en effet de grands services lorsque l'opération a échoué, que la destruction des parties ne laisse plus de ressources opératoires, et que l'étendue de la division ne laisse pas de matériaux à l'opération plastique; mais les appareils ne peuvent être portés que par des adultes ou des jeunes gens au moins très avancés; ils nécessitent une longue éducation, l'absence de tout état morbide du gosier et des arrière-narines, un entretien, des réparations, des modifications; leur prix élevé ne le met pas à la portée de tous. De plus, beaucoup de malades préfèrent une parole un peu irrégulière, pourvu qu'elle soit claire et intelligible avec un organe naturel et toujours disponible à une parole parfaite, chose fort rare avec un organe artificiel. Aussi M. Trélat formule-il ainsi les indications de la prothèse: 1° échecs opératoires irréparables; 2° divisions inopérables en raison de leur étendue; 3° refus de toute opération sanglante; en dehors de ces cas particuliers, il considère les opérations plastiques comme absolument supérieures; il n'a d'ailleurs aucune intention de substituer une méthode à l'autre, mais bien plutôt de chercher l'indication vraie de chacune d'elles.

Ainsi, la pratique chirurgicale en était arrivée, d'une part, à abaisser l'âge des opérés jusqu'aux premiers jours de la vie, et d'autre part, l'emploi des appareils prothétiques acquérait plus de faveur. Du reste, les opérations faites sur de si jeunes enfants ne tardèrent pas à donner des résultats désastreux; les malades mouraient rapidement après l'opération ou étaient bientôt pris de complications inflammatoires auxquelles ils succombaient peu de temps après. On espéra qu'à l'âge de trois ans, lorsque l'enfant est encore éducable, quoiqu'il ait déjà parlé, des succès pourraient être plus aisément obtenus; c'était l'opinion dominante lorsque M. Trélat eut l'occasion de commencer à faire de telles opérations. Depuis cette époque, il a exécuté quarante-six fois des opérations plastiques sur le palais membraneux et osseux et il a pu suivre plusieurs de ses opérés pendant huit, dix ou douze ans; or, quand il compare les opérations qu'il a pratiquées à trois ou quatre ans avec celles qu'il à faites à un âge plus avancé, huit, douze, seize, vingt ans, il trouve que les guérisons ont été moins communes dans le bas âge que plus tard, que des accidents étaient plus fréquents, et qu'en cas de guérison, on reste sans prise aucune sur eux pour l'éducation du langage. Ce n'est pas, il est vrai, l'opération qu'il faut changer, mais l'âge auquel on la pratique. — (M. Trélat continuera sa communication dans la prochaine séance).

Rapports de prix. — M. *Mesnet* donne lecture d'un rapport sur le concours du Prix Civrieux de 1884; le sujet choisi était : *De la sclérose en plaques.*

M. *Féréol* lit un rapport sur le concours du Prix Saint-Paul en 1883 et 1884; aucun concurrent n'a mérité ce prix de vingt-cinq mille francs, destiné à l'invention d'un traitement efficace de la diphtérie; diverses allocations sont accordées à titre d'encouragement.

M. *Gariel* donne lecture d'un rapport sur le concours du prix Buignet en 1884.

— L'Académie entend, en comité secret, la lecture du rapport de M. Bouchardat (Gustave), sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de physique et chimie médicales. La liste des candidats est établie de la manière suivante : 1° M. Schutzenberger, 2° M. Javal, 3° M. Ribau, 4° M. E. Hardy, 5° (ex æquo) MM. Hanriot et G. Pouchet; adjoint par l'Académie : M. Albert Robin.

Académie de médecine de Belgique.

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1884.

Le chlorhydrate de cocaïne dans la chirurgie oculaire.

M. *Deneffe*, membre titulaire, expose les recherches qu'il a faites à la clinique ophthalmologique de l'Université de Gand et que l'on peut résumer comme suit.

Il s'est servi d'une solution de 5 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne par gramme d'eau. De cinq en cinq minutes, il en a versé une goutte dans l'œil du patient qu'il allait opérer de la cataracte par extraction. Au bout de dix minutes, l'anesthésie de la conjonctive et de la cornée commençait; en vingt minutes, elle était complète. L'opération fut pratiquée et le malade n'éprouva aucune souffrance. Au moment où l'iris fut saisi et coupé, le patient le sentit. L'anesthésie atteint la conjonctive palpébrale et oculaire ainsi que la cornée, mais elle ne va pas jusqu'aux parties internes ou profondes. L'opération faite, le malade pansé, il déclara qu'il ne sentait rien; que l'œil opéré lui paraissait dans le même état que l'autre.

Un autre patient de la clinique et deux étudiants en médecine furent soumis à l'action du chlorhydrate de cocaïne, un seul œil fut mis en expérience; on comparait facilement ce qui se passait dans celui-ci avec ce qui existait dans l'autre. Dans ces trois cas, l'anesthésie se développa peu à peu et fut complète en vingt minutes environ. L'insensibilité persista à peu près pendant le même laps de temps.

Le chlorhydrate de cocaïne, dit M. Deneffe, est également mydriatique. La mydriase commence alors que l'anesthésie a eu le temps de se compléter, une demi-heure environ après le début de l'expérience. Trois quarts d'heure après sa production, la dilatation pupillaire diminue déjà d'une façon très appréciable. En quelques heures, elle a disparu. La mydriase ne s'accompagne pas de paralysie de l'accommodation. La cocaïne a donc une grande supériorité sur les autres mydriatiques, dont l'action sur la pupille et le muscle accommodateur dure plusieurs jours.

M. Deneffe conclut en disant que nous possédons maintenant un anesthésique local précieux pour la chirurgie oculaire et en même temps un mydriatique qui présente, au point de vue des recherches ophthalmoscopiques, une supériorité marquée sur tous ceux que l'on a employés jusqu'à présent.

La solution de cocaïne, ajoute M. Deneffe, versée dans l'œil n'y provoque aucune gêne, aucune réaction; cet organe reste blanc.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. BUCQUOY.

Enquête sur la contagiosité de la tuberculose. Instruction devant être adressée à tous les médecins de France : M. E. Vallin. — Mutations dans les services des hôpitaux.

M. *E. Vallin*, rapporteur de la commission de phthisiologie, fait connaître les conclusions de cette commission au sujet de l'enquête projetée, sur la contagion de la tuberculose, auprès de tous les médecins de France. Il rappelle que, en Angleterre, on s'est contenté d'adresser aux médecins une courte note relative à la réalité de la contagion, à sa fréquence et aux conditions dans lesquelles elle s'est opérée ; en Allemagne et en Italie, au contraire, on a cru devoir rédiger un long questionnaire renfermant de nombreuses cases à remplir. La commission de phthisiologie n'a pas cru nécessaire de suivre cet exemple, « peu de médecins devant consentir à remplir un tel questionnaire, et l'originalité des cas particuliers devant forcément disparaître sous cette nomenclature uniforme ». Il est préférable d'adresser aux divers médecins une *instruction* propre à les guider dans l'appréciation des faits qu'ils ont observés, et à provoquer dans leur esprit des rapprochements auxquels ils auraient pu ne pas songer. La commission dépouillera et classera les documents qui lui seront transmis.

Quant aux conditions matérielles de l'enquête, il a paru qu'il convenait d'adresser à chaque médecin « une circulaire imprimée sollicitant son concours et énumérant les points qui doivent particulièrement fixer son attention ». La dépense pécuniaire s'élèvera sans doute à 500 francs pour l'envoi de 10000 bulletins.

M. E. Vallin donne ensuite lecture du texte adopté par la commission pour la circulaire qui sera adressée à tous les médecins de France. (Voy. p. 851.)

M. *Bucquoy* remercie, au nom de la Société, M. E. Vallin du zèle qu'il a apporté dans ses délicates fonctions de rapporteur, et met aux voix les propositions de la commission.

— Ces propositions sont adoptées.

Mutations dans les services des hôpitaux. — M. *Bucquoy* passe à l'Hôtel-Dieu ; M. *Luys*, à la Charité ; M. *Blachez*, à Cochin ; M. *Sevestre*, aux Enfants-Assistés ; M. *Du Castel*, au Midi ; M. *Raymond*, à Saint-Antoine ; M. *Joffroy*, à la Salpêtrière ; M. *R. Moutard-Martin* et M. *Danlos*, à l'hôpital Tenon ; M. *Quinquaud*, à Ivry ; M. *Gingeot*, à Sainte-Périne ; M. *Cuffer*, à Bicêtre ; M. *A. Robin*, à l'Hospice des Ménages.

— La séance est levée à cinq heures.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

De l'ostéomyélite prolongée. Discussion : MM. Trélat, Berger, Terrier, Verneuil, Marc Sée. — Polydactylie, rapport : M. Berger.

M. *Trélat* désire présenter quelques considérations à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Verneuil. L'ostéomyélite à forme prolongée, connue déjà depuis fort longtemps, a de nouveau été fort bien étudiée, dans ces dernières années, par MM. Lannelongue et Comby. M. Trélat, de même que les autres chirurgiens, en a vu un très grand nombre de cas ; il citera plus particulièrement les deux faits suivants de malades ayant, l'un une ostéomyélite datant de trente-neuf ans, l'autre une ostéomyélite datant de quarante-trois ans. L'observation de M. Verneuil ne sort pas de la règle pour ce qui est de la lenteur de l'évolution de la maladie ; ce qui caractérise, en effet, ce genre d'affection, c'est sa longue durée, et M. Trélat a pris, dans son enseignement, l'habitude d'exprimer ce fait en disant que toujours l'ostéomyélite a une histoire. Les lésions osseuses du malade de M. Verneuil : hyperostose, abcès au niveau des trochanters, suffisent pour affirmer l'existence d'une ostéomyélite de date ancienne ; sans doute, la nécrose est souvent la conséquence de l'affection en question, mais elle n'est pas fatale, c'est un point sur lequel M. Trélat insiste beaucoup. D'après lui, les résultats ultérieurs plus ou moins retardés de l'ostéomyélite s'annoncent, en l'absence des fistules conduisant sur les séquestres, par des douleurs spontanées très vives, limitées, fixes sur une portion du squelette, tous caractères qui ne permettent pas l'hésitation sur la nature de l'affection. Quant à la question de médecine opératoire, M. Trélat ne la discutera pas. M. Verneuil a fait une amputation sus-trochantérienne, il s'en est bien trouvé ; la désarticulation coxo-fémorale aurait-elle donné le même résultat ? L'examen d'un grand nombre de faits pourrait seul nous éclairer.

M. *Berger* rapporte l'histoire d'un malade entré à la Charité, il y a deux ans, avec une ostéomyélite du fémur gauche. A l'âge de quatorze ans, cet homme avait présenté des accidents paludéens ; à dix-neuf ans, il accusa subitement des douleurs vives dans l'humérus ; deux mois après un abcès se forma, qui guérit très rapidement ; à vingt-quatre ans, il fut pris d'élancements très douloureux dans le fémur gauche ; quelque temps après se montra un abcès, qui se termina par une fistule au fond de laquelle le stylet arrivait sur un séquestre. Pendant de longues années la fistule persiste, de temps en temps des fragments de séquestre sont éliminés ; le malade continue malgré cela son métier de charretier. Au bout de quatorze ans il se fracture, dans une chute violente, le fémur malade ; il n'en guérit pas moins dans les délais ordinaires, et peut ensuite reprendre son métier. Mais quatre mois après il est pris de douleurs, un abcès se montre du côté de la cuisse malade, et il est obligé de rentrer à l'hôpital de la Charité. A ce moment il est pâle, émacié, infiltré ; tout le fémur est tuméfié ; on constate l'existence d'un séquestre de 10 à 12 centimètres de longueur, dont on pratique l'ablation. Néanmoins, l'état général ne s'améliore pas, et vers le quinzième jour après l'opération une fracture spontanée se produit. On pose alors la question de la désarticulation de la hanche ; mais, sur les conseils de M. Gosselin, on pratique l'amputation sus-trochantérienne ; l'opération a réussi, une fistule a persisté quelque temps, mais aujourd'hui le malade, admis à l'hospice de Bicêtre, peut être considéré comme guéri. L'examen de la pièce anatomique a montré qu'on avait affaire à un de ces séquestres vermoulus sur lesquels MM. Lannelongue et Comby, après Weinmann et les autres auteurs, ont attiré l'attention. Outre les caractères de ce séquestre, les points intéressants de cette observation sont la longue durée de l'affection, le balancement qui semble s'être produit au début entre l'ostéomyélite de l'humérus et celle du fémur, enfin l'influence pathogénique que peut-être a jouée l'intoxication palustre. M. Berger rappelle encore une deuxième observation d'ostéomyélite chez un vieillard de soixante-douze ans, décédé dans son service de Bicêtre, dont le début de l'affection paraît remonter à l'âge de sept ans. Il montre la pièce anatomique (tibia), et il insiste très longuement sur la terminaison des ostéomyélites par nécrose, sans oublier cependant de dire que quelquefois cette affection se termine simplement par abcès et hyperostose. Il conclut que le meilleur traitement de l'ostéomyélite prolongée est la résection des séquestres par une large incision ; la trépanation, bonne dans les ostéomyélites aiguës, ne donnerait rien dans la forme chronique.

M. *Terrier* présente l'observation d'un malade qui a été simultanément atteint de deux ostéomyélites de l'extrémité

inférieure des deux fémurs. Du côté droit, l'affection a été traitée par la trépanation de l'os; du côté gauche, on s'est contenté d'inciser le périoste soulevé par la collection purulente. La marche de la maladie a été également enrayée de l'un et de l'autre côté, et les phénomènes de septicémie que déjà présentait le malade se sont dissipés. Le pus obtenu par les deux opérations et recueilli dans des tubes stérilisés montra à M. Cornil la présence des bacilles de l'ostéomyélite, preuve irrécusable, soit dit en passant, que l'affection en question est bien d'ordre parasitaire.

M. *Verneuil* pense avec M. Terrier que l'ostéomyélite est une maladie parasitaire infectieuse; selon lui, les micro-organismes, cause des accidents, peuvent rester silencieux pendant de longues années, pour se réveiller et déterminer de nouveaux accidents à un moment donné, sous l'influence d'un choc, d'une excitation quelconque. C'est une erreur de croire que la *restitutio ad integrum* d'un tissu, d'un organe quelconque, antérieurement frappé de quelque maladie que ce soit, soit fréquente, c'est au contraire fort rare. Voilà un principe de pathologie générale qui doit toujours être présent à l'esprit des praticiens.

M. *Marc Sée*, à propos de la question d'amputation sus-trochantérienne, préférée par M. Verneuil à la désarticulation de la hanche chez son malade, rapporte que pour sa part, dans un cas de traumatisme de l'humérus chez un enfant, il a fait l'amputation au niveau du col chirurgical plutôt que la désarticulation, afin de faire courir moins de chances de mort à l'opéré, et de fournir un moignon plus solide et plus apte à supporter, par exemple, les charges sur l'épaule.

— M. *Berger* fait un rapport sur un travail de M. Houzel (de Boulogne) sur la polydactylie et la conduite à tenir dans cette affection chez les jeunes enfants. M. Houzel a cru devoir amputer les doigts surnuméraires d'un nouveau-né, et aucun accident n'est du reste survenu. Malgré cela, le rapporteur s'élève contre cette pratique; il est préférable d'attendre que l'enfant ait quelques années, afin qu'il soit plus apte à supporter les pertes de sang, qui peuvent, même lorsqu'elles sont minimes, devenir fatales dans les premiers mois de la naissance. Cependant parfois le chirurgien a la main forcée par l'insistance des parents, désireux de faire disparaître de suite la difformité de leur enfant. Dans ces cas, on doit agir.

M. *Terrier* fait observer que M. Houzel, pratiquant l'ablation des doigts surnuméraires, préfère amputer dans la continuité des phalanges que désarticuler; pour lui, la désarticulation s'impose, car l'amputation dans la continuité expose à la reproduction d'une partie de la difformité; en effet, l'os amputé s'allongeant comme les autres, il en résulte au bout de quelques années la production d'un tubercule squelettique qui peut même perforer les téguments.

Alfred Pousson.

Société de biologie.

Séance du 13 décembre 1884. — Présidence de M. P. Bert.

Procédé calorimétrique; avantages; défauts; résultats: M. Ch. Richet. — Objections à la spectroscopie cutanée: MM. A. Robin et Straus. — Spectroscopie sous-unguéale: M. Hénocque — Communications placentaires par vaisseaux capillaires: M. Currie. — Ligne primitive des poissons osseux: M. Henneguy. — Inoculabilité du pus du bubon chancreux: M. Gibier. — Bactéridie du choléra dans le sang et les organes: M. Doyen.

M. *Ch. Richet* complète sa précédente communication (voy. *Comptes rendus* du 30 novembre) sur un nouveau procédé calorimétrique. Il indique successivement les inconvénients et les avantages de son procédé et donne quelques résultats d'expérience.

L'appareil dont il se sert rayonne dans l'espace et par suite ne peut donner que des indications différentielles approximatives; il indique le sens d'une variation, mais n'en peut fournir la mesure; de plus, en raison de la disposition adoptée pour l'écoulement d'eau qui correspond au dégagement de chaleur, on ne peut avoir que des indications *positives;* si l'animal perd moins de chaleur à un moment donné, la notion de ce changement échappe à l'observateur.

Mais M. Richet trouve que la simplicité de l'appareil, la rapidité de ses indications compensent suffisamment les inconvénients signalés plus haut.

Quant aux résultats obtenus, les uns confirment ce qu'on savait déjà (par exemple le rapport direct entre le volume de l'animal et ses déperditions de calorique par rayonnement, — l'influence de la nature des téguments sur le rayonnement..); les autres résultats, plus personnels à l'auteur, sont relatifs à l'influence des lésions du cerveau sur la production et la déperdition du calorique. La piqûre ou la brûlure du cerveau (partie antérieure) exagèrent à la fois la température profonde et la déperdition par la surface: on produit ainsi une véritable fièvre nerveuse.

— MM. *A. Robin* et *Straus* adressent au procédé de spectroscopie *cutanée* (Vierordt, et non en particulier au procédé de spectroscopie sous-unguéale de M. Hénocque), une série d'objections qui peuvent être rangées sous les chefs suivants: 1° des observateurs divers apprécient d'une façon très différente le moment où disparaît la bande d'oxyhémoglobine (instant du *virage* de Hénocque); 2° les modifications du spectre ne sont pas semblables aux différents doigts; 3° une erreur est impossible à rectifier; 4° les modifications spectroscopiques sont variables pour des états physiologiques semblables.

— M. *Hénocque* fait une communication complémentaire sur l'examen spectroscopique du sang à travers l'ongle du pouce, afin de montrer qu'il faut procéder méthodiquement si l'on veut éviter les causes d'erreurs qui ont été constatées dans les recherches faites par d'autres observateurs avec des moyens dont on ne peut lui imposer la responsabilité.

1° Il a choisi le pouce parce que c'est dans ce doigt que la durée de réduction est plus facile à apprécier, que la ligature s'applique plus facilement et enfin parce que, n'observant qu'une phalange, on n'a pas à compter avec l'action des réserves de sang dans les tissus et surtout dans les os. L'expérience suivante, qu'il a pratiquée sept fois chez quatre individus différents, montre l'importance de la distance de la ligature à l'ongle observé et surtout de la quantité de tissu osseux comprise dans la ligature. En effet, si l'on enroule autour du poignet un tube de caoutchouc de façon à comprimer vigoureusement et que l'on étudie la « *durée de la réduction* », on voit que celle-ci est toujours moindre dans le pouce que dans les autres doigts; c'est ensuite à l'auriculaire que la durée est moindre que dans l'annulaire et l'index, et c'est toujours le médius qui présente la durée la plus longue. Il importe donc de mesurer la longueur du pouce qui, lorsqu'elle est maxima ou minima, peut expliquer des différences dans le chiffre normal de la durée de la réduction.

2° Il faut se servir d'un spectroscope ayant une échelle spectrométrique afin d'apprécier la largeur de la bande d'absorption principale et surtout sa position exacte par rapport aux raies C, D, E. Cette appréciation de la largeur est indispensable pour l'étude spectroscopique du sang, et celle de la position permettra d'éviter une erreur assez facile à commettre si l'on est distrait ou interrompu pendant l'examen. En effet, lorsqu'on a fait la ligature du pouce, on voit d'abord disparaître la bande principale de l'hémoglobine oxygénée; mais, si on prolonge l'examen, le spectre se modifie. Dans cette période que M. Hénocque appelle « *période de cyanose* » et

dont il démontre les caractères par une planche coloriée, on voit une bande sombre s'étendre à gauche de D vers le rouge, puis à droite vers le jaune vert, enfin le rouge devient sombre depuis la raie C jusqu'à 0,630 de l'échelle. Si on néglige d'apprécier nettement la position de cette bande diffuse qui est froissée par l'hémoglobine réduite, on peut croire que la réduction n'est pas faite alors qu'elle est complète.

3° Pour bien apprécier le moment où la réduction est faite, il faut aussi examiner le pouce en long et en large, et aussi la lunule et le bord cutané situé en son voisinage; comme il y a une différence de quelques secondes dans la disparition de la bande principale, étudiée dans ces trois parties, on est pour ainsi dire prévenu, d'une part, que la réduction va être complète dans tout l'ongle lorsque la lunule ne présente plus de bande d'absorption, et, d'autre part, qu'elle est complète à l'ongle lorsque la bande d'absorption disparaît au rebord cutané.

Ces distinctions délicates deviennent faciles avec de la pratique, et de ce que les chiffres de la durée sont variables dans maintes circonstances il ne faut pas conclure qu'on ne peut pas étudier les lois de ces variations. M. Hénocque a bien souvent rencontré des chiffres différant seulement de quelques secondes chez les mêmes individus, observés à plusieurs semaines de distance. Dans 62 observations prises chez un même individu, il a trouvé 25 fois la durée de la réduction de 40 à 50 secondes, 9 fois de 45 à 47 secondes, 7 fois de 50 secondes et 6 fois de 45 secondes.

En définitive, le pouls, la température ont aussi de nombreuses variations, ce qui n'enlève rien à l'intérêt de leur étude, et comme il s'agit de faits à observer, c'est la pratique multipliée de l'examen méthodique dont il a posé les règles qui permettra d'en apprécier l'importance.

— M. *Currie*, se fondant sur le passage d'injections colorées de la mère au fœtus et du fœtus à la mère chez des rongeurs (lapin, cobaye, admet, contrairement à l'opinion courante, qu'il existe des communications placentaires entre les deux circulations fœtale et maternelle. Le principal argument qu'il invoque contre l'objection prévue que ce passage de l'injection résulte de ruptures vasculaires produites par la trop forte pression du liquide, est que l'injection passe toujours par les mêmes vaisseaux d'une artère utéro-ovarienne à la veine ombilicale, ou de cette dernière dans le système artériel de la mère.

M. Currie explique l'absence de mélange des deux sangs par l'impossibilité où seraient les globules rouges du fœtus, plus volumineux que ceux de la mère, de franchir les capillaires trop étroits pour eux.

— M. *Henneguy* expose le résultat de ses recherches sur la ligne primitive des poissons osseux. Il est d'accord avec certains embryogénistes (Kupffer, etc.) sur ce fait que l'embryon des poissons osseux possède une ligne primitive; mais, tandis que Kupffer regarde le sillon longitudinal comme représentant cette ligne, pour M. Henneguy ce n'est que le bourgeon caudal qui peut être assimilé à cet organe primaire. La ligne primitive des téléostéens est rudimentaire et présente une franche analogie avec celle des reptiles.

— M. *Gibier*, intervenant dans la question soulevée et résolue dans le sens négatif par M. Straus sur le degré d'inoculabilité du pus du bubon chancreux, annonce qu'il a obtenu, dans deux cas mis en regard des quarante-quatre observations de M. Straus, la reproduction du chancre mou par l'inoculation du pus pris dans les bubons.

M. *Straus* se contente de répondre qu'il aura prochainement l'occasion de présenter à la Société une nouvelle étude sur ce sujet.

— M. *Doyen*. Nous avons examiné, durant la récente épidémie, le contenu intestinal et les viscères d'un certain nombre de cholériques. Les pièces ont été recueillies peu de temps après la mort. Dans toutes nos autopsies nous avons trouvé, dans le contenu et les tuniques de l'intestin, des bacilles-virgules. Ces bacilles dans les cas fréquents, existaient, à l'état de culture pure, dans le duodénum et la partie supérieure du jéjunum. Dans les cas lents, nous ne les trouvons que dans l'iléon, mêlés à d'autres bactéries. Nous noterons cette migration des bacilles-virgules de haut en bas le long du tube digestif. Notre attention fut attirée spécialement sur l'examen du foie, du rein, de la rate. Le poumon doit être écarté, comme pouvant donner lieu à trop de causes d'erreur. Des petits fragments de ces viscères, provenant de trois sujets différents, furent inoculés dans la gélatine. Dans ces trois cas, nous avons obtenu des résultats positifs. Mais les cultures présentaient à la fois plusieurs espèces de bactéries : des bacilles-virgules, des diplocoques, des microcoques en chaînettes, et des bâtonnets volumineux. D'autres tubes, où nous avions déposé des fragments de viscères sains, restaient stériles. Nous avons alors recherché si nous pouvions découvrir, sur les coupes, les divers microbes que nous présentaient les cultures.

Dans les sept cas que nous avons examinés, nous avons observé, sur les coupes du foie et du rein, diverses bactéries se rapportant à des types distincts : 1° des bâtonnets volumineux ; 2° des diplocoques formés par la réunion de deux éléments ovalaires; 3° des microcoques en chaînettes; 4° des bacilles droits ou plus souvent contournés en C, en S, ou en tire-bouchon, présentant les mêmes caractères que les bacilles-virgules dans les coupes de l'intestin. La rate se prête moins bien que le rein et le foie à cette investigation. Ces diverses bactéries se rencontrent dans l'intérieur des vaisseaux, c'est-à-dire dans le sang: soit à l'état libre, entre les globules rouges, soit, plus souvent, au milieu d'amas de leucocytes, et dans l'épaisseur de ces derniers. Nous les avons aussi observés dans les capillaires. L'examen comparatif des coupes et des cultures du rein et du foie démontre l'identité des microbes observés dans ces deux cas. La température froide de la saison, le peu d'intervalle qui séparait l'autopsie de la mort, la présence des bactéries dans l'épaisseur des leucocytes, permettent de rejeter leur origine cadavérique. D'ailleurs ces bactéries sont les mêmes que celles qu'on rencontre dans le mucus intestinal et dans les coupes de l'intestin. De là à leur pénétration dans les vaisseaux, il n'y a qu'un pas. Nous déduisons donc des faits que nous venons de signaler, l'existence, dans le choléra, d'une septicémie complète, d'origine intestinale, développée par suite de la chute de l'épithélium. Toutes les bactéries contenues dans l'intestin peuvent pénétrer dans l'épaisseur de ses tuniques, durant la vie, et de là dans le sang. C'est ainsi que nous avons rencontré, chez les cholériques, dans les viscères où les bactéries s'accumulent de préférence au cours des septicémies pathologiques et expérimentales, des bacilles-virgules, mêlés à des bacilles variés et à des microcoques. L'existence de ces bactéries dans le sang nous semble un fait capital et de nature à éclairer la marche du choléra et certains symptômes inexplicables par la présence exclusive des bactéries dans l'intestin. Nous ajouterons qu'après MM. Koch et Nicati nous avons réussi à déterminer le choléra chez le cobaye et le chien. La culture du foie, du rein, de la rate d'un de ces animaux, mort le 11 décembre dernier, a déterminé sur la gélatine le développement de nombreux bacilles-virgules et de quelques autres bactéries. Nous continuons actuellement ces expériences, et nous reviendrons sur ces derniers faits, que nous n'avons d'ailleurs constatés qu'après la séance du 13 décembre.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. DELPECH.

Médicaments d'importation danoise : M. C. Paul. — Antipyrine. Nomination d'une commission. — Cascara sagrada : M. Limousin. — Élections.

M. *C. Paul* a rapporté de Copenhague divers médicaments analogues à l'iridin, à l'euonymin, etc.; il en montrera des échantillons à la prochaine séance et les remettra à ses collègues pour qu'ils puissent expérimenter leur action. Il se propose également de faire une communication sur les succédanés de la digitale.

— M. *Huchard*, au sujet d'une Note qu'il a lue dans la dernière séance sur l'action de l'*antipyrine*, et dont la Société a refusé la publication, considérant que l'antipyrine est jusqu'à ce jour un *remède secret*, fait savoir que, des informations qu'il a prises en Allemagne, il résulte que ce n'est point un médicament secret : c'est un produit dérivé de la quinoléine, auquel on a donné le nom de diméthyloxychinizine, et dont le mode de préparation a été publié, paraît-il, dans un journal allemand. Il avoue n'être pas beaucoup plus édifié par la dénomination sonore de cette substance, et ne pouvoir donner de plus amples renseignements sur sa nature.

— Une discussion s'engage à ce sujet, d'où il résulte que, si l'antipyrine, fabriquée en Allemagne, n'est pas, à proprement parler, un remède secret, du moins son mode de préparation est inconnu en France, et qu'il est impossible ou peu s'en faut de s'en procurer. La Société nomme une commission, composée de son président et de son secrétaire général, pour adresser au ministre du commerce une demande tendant à l'introduction de l'antipyrine en France et à l'autorisation de sa préparation industrielle.

— M. *Limousin* donne lecture d'une Note sur la *Cascara sagrada*. Il exprime, à ce propos, le regret qu'il soit impossible de se procurer des échantillons complets des diverses plantes américaines dont l'emploi en thérapeutique devient chaque jour plus fréquent. Il serait, pour le moins, intéressant de pouvoir les comparer à nos espèces indigènes, et de déterminer si ces dernières n'auraient pas des propriétés analogues.

Il a reçu de New-York de l'écorce de *Cascara sagrada*, arbuste de la famille des rhamnées, qui tient une place importante dans la pharmacopée américaine. Cette plante, décrite dès 1814 par le botaniste allemand Kurch, avait reçu tout d'abord le nom de *Cascara Kurchiana*. Son écorce présente une coloration jaune rougeâtre à sa face profonde; réduite en poudre, elle offre un aspect analogue à celui de la rhubarbe pulvérisée; elle renferme du tannin, de l'acide oxalique, de l'amidon, une huile fixe possédant une odeur nauséeuse prononcée, enfin quatre corps solubles dans l'alcool, l'éther et le sulfure de carbone, qui, pour M. Limousin, ne seraient autres que l'acide chrysophanique ou ses dérivés.

En effet, si l'on verse à la surface de l'écorce grattée une goutte d'ammoniaque ou de soude caustique, on voit apparaître une coloration rouge très nette, caractéristique de la présence de l'acide chrysophanique. Avec une goutte de perchlorure de fer, on obtient, au contraire, une tache d'un noir foncé, révélant une proportion considérable de tannin : le même procédé ne donne avec la rhubarbe qu'une teinte gris noirâtre. La *Cascara sagrada*, expérimentée par M. Landowsky, s'est montrée laxative à la dose de 25 centigrammes, en cachet. On peut obtenir un véritable effet purgatif en répétant cette dose deux à trois fois dans la journée.

M. Limousin a remis à M. Dujardin-Beaumetz diverses préparations obtenues avec l'écorce de *Cascara sagrada*; les résultats de l'expérimentation thérapeutique ont été consignés dans la thèse du docteur Hémery. En Amérique, on se sert surtout de l'extrait fluide préparé par déplacement et distillation, de telle façon qu'un poids donné d'extrait corresponde exactement au même poids de la substance employée; cet extrait fluide n'a fourni en France que des résultats peu satisfaisants, principalement à cause de son goût nauséeux très prononcé. La teinture au cinquième présente le même inconvénient, mais à un moindre degré. M. Limousin présente, en terminant, à la Société divers échantillons des préparations pharmaceutiques de *Cascara sagrada*.

— ÉLECTIONS. — MM. *Hallopeau* et *Monin* sont nommés membres titulaires de la Société dans la section de médecine; M. *Wurtz* est nommé dans la section de pharmacie.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André PETIT.

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

DE L'EXPLORATION OBSTÉTRICALE; SIGNES ET DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE, par le docteur H. GAFÉ, ancien interne de la Maternité de Nantes. Paris, 1884. A. Coccoz. — Cet ouvrage, qui offre un caractère essentiellement pratique, se divise en deux parties. La première est consacrée à l'exploration obstétricale, et renferme la description des différents procédés d'examen qui permettent d'arriver à établir le diagnostic de la grossesse; ces moyens d'exploration sont les suivants : interrogation; inspection par la vue, inspection chimique, inspection microscopique; le toucher; le palper; l'auscultation. La seconde partie contient l'étude des signes de la grossesse, que l'auteur divise, à l'exemple de P. Dubois et de Pajot, en 1° signes de présomption, généraux ou accidentels; 2° signes de probabilité, tirés de l'état des mamelles, du ventre, de l'état du corps et du col utérin, enfin de la constatation de la kyestéine, du souffle utérin, des contractions de la matrice, des parties fœtales au palper; 3° signes de certitude fournis par le double bruit du cœur fœtal, par les mouvements actifs du fœtus, par la perception des mouvements passifs de ballottement, des bruits résultant des mouvements actifs, et aussi par la constatation directe de la présence de l'œuf dans l'utérus au moyen du doigt. Ce signe peut être précieux lorsque le fœtus est mort, mais on doit toujours le rechercher avec une extrême prudence.

DU MEILLEUR MODE DE TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE PURULENTE, par le docteur Aimé GUINARD, ancien interne des hôpitaux. Thèse de Paris, 1884. Alex. Coccoz. — Après avoir étudié les terminaisons spontanées de la pleurésie purulente, et avoir montré que le pus constituant l'épanchement doit être évacué au dehors si l'on ne veut le voir se faire jour dans les bronches ou au niveau d'un espace intercostal, l'auteur établit la nécessité d'une intervention active immédiate. L'opération de la pleurotomie, pratiquée avec toutes les précautions de la méthode antiseptique rigoureuse, et suivie de lavages antiseptiques et de pansements exécutés avec les mêmes précautions prises au moment de l'opération, donne des résultats de beaucoup préférables à ceux que l'on a pu obtenir jusqu'ici au moyen des ponctions et du lavage par le siphon. Inciser largement, le plus tôt possible; évacuer complètement l'épanchement; faire un lavage antiseptique abondant, suivi d'une injection au chlorure de zinc ou au sublimé, et appliquer un pansement de Lister, telles sont les indications du traitement. On peut ainsi éviter les accidents redoutables de la septicémie et obtenir une guérison rapide, parfois même complète, après un seul lavage; c'est là cependant le cas le plus rare, et l'on devra, le plus souvent, recourir à de nouveaux lavages, toujours accompagnés du pansement antiseptique. Dans tous les cas, d'ailleurs, la durée de la maladie se trouve, par cette méthode, considérablement abrégée.

VARIÉTÉS

Société médicale des hopitaux de Paris

Enquête sur la transmission de la phthisie.

Monsieur et honoré confrère,

La Société médicale des hôpitaux entreprend, à l'imitation de ce qui se fait dans les pays voisins, une enquête auprès de tous les médecins de France sur la transmissibilité de la tuberculose par les malades atteints de phthisie.

La possibilité de la transmission n'est plus guère aujourd'hui contestée; mais il importe de savoir dans quelles conditions, exceptionnelles sans doute, cette transmission s'effectue.

A la suite d'un rapport (1) présenté par une commission composée de MM. Villemin, Millard, Constantin Paul, Grancher, Debove et Vallin, rapporteur, la même commission a été chargée de recueillir et coordonner toutes les observations positives ou négatives, toutes les histoires de malades qu'on voudra bien lui adresser. Les praticiens qui connaissent, parfois depuis plusieurs générations, la santé de tous les membres d'une famille, les médecins des petites localités, sont admirablement placés pour discerner la part de l'hérédité et celle de la transmission directe par la vie en commun.

L'attention commence aussi à s'éveiller sur la possibilité de la propagation de la tuberculose par la consommation du lait et de la viande des bêtes bovines atteintes de phthisie du bétail ou pommelière; la question est nouvelle, elle est encore obscure, mais elle a une grande importance au point de vue de l'hygiène publique, et pour la résoudre le concours de tous est nécessaire.

La commission de phthisiologie vous serait reconnaissante, très honoré confrère, si vous vouliez bien adresser, avant le 1er avril, un exposé sommaire des faits qui vous auraient paru concluants dans le cours de votre pratique, en insistant sur les points mentionnés dans l'instruction ci-jointe.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'assurance de notre considération distinguée.

Le Rapporteur, Dr Vallin. *Le Président de la commission,* Dr Villemin.

Instruction.

Age, sexe, profession, conditions hygiéniques générales et santé antérieure.

Antécédents héréditaires. — Les spécifier aussi bien dans les cas négatifs que dans les cas positifs.

Indiquer le degré de parenté avec les ascendants ou les collatéraux suspects.

Distinguer les cas où le malade partageait le lit, la chambre, l'appartement du parent (père, mère, frère, sœur, etc.) tuberculeux, de telle sorte que la vie en commun aurait pu par elle seule favoriser la transmission directe.

Conjoints. — Dans le cas de transmission entre époux, insister sur les antécédents héréditaires et la santé antérieure de part et d'autre.

Le survivant devenu malade à son tour a-t-il partagé le lit, la chambre du conjoint phthisique à une époque avancée de la maladie? dans ce cas, le sol de la chambre, la literie, l'alcôve étaient-ils souillés par les produits de l'expectoration?

Quelle part faut-il faire aux fatigues, aux émotions, à la vie confinée, à la prédisposition, dans le développement de la tuberculose chez l'époux survivant?

(1) *La contagion de la tuberculose et sa prophylaxie*, par M. le Dr E. Vallin. Rapport présenté à la Société médicale des hôpitaux, dans sa séance du 11 juillet 1884 (*Bulletins et mémoires de la Société*, p. 262-288).

Indiquer les dates du début de la vie en commun, du décès, du début de la tuberculose transmise.

Etrangers. — Dans le cas de transmission à des personnes qui n'étaient ni parents ni conjoints, énumérer les conditions de la vie en commun, dans une habitation particulière, un hôpital, un atelier, une école, une caserne, une prison.

Ces personnes partageaient-elles la même chambre, le même lit? les crachats étaient-ils projetés sur le sol? à quelles dates les accidents se sont-ils produits chez les deux malades, et après combien de temps de contact?

Connaissez-vous des cas de transmission par l'usage de vêtements, de literie, ayant servi à un phthisique?

Connaissez-vous des cas où une personne, en dehors de toute parenté, aurait contracté la tuberculose après avoir remplacé un phthisique dans une chambre d'hôtel, un appartement garni non désinfectés?

Quelle vous a paru être la fréquence relative des cas de transmission?

Les malades atteints de phthisie laryngée, buccale, linguale ou pharyngée, semblent-ils transmettre plus facilement la tuberculose autour d'eux?

La tuberculose transmise a-t-elle une marche plus rapide que d'ordinaire?

Connaissez-vous des cas où un enfant, né de parents non suspects, aurait contracté la tuberculose (abdominale ou autre), après avoir été allaité par une nourrice phthisique? Quels étaient en ce cas le régime alimentaire, l'hygiène générale de l'enfant, les autres causes auxquelles on pourrait attribuer la tuberculose?

Connaissez-vous des cas où un groupe de personnes aurait fait un usage prolongé de viande et de lait provenant de vaches phthisiques, atteintes notoirement de pommelière? La tuberculose (pulmonaire ou abdominale) a-t-elle été constatée plus tard, chez les personnes qui ont consommé ces aliments? Quelles étaient dans ces cas les conditions héréditaires et hygiéniques des individus atteints?

Les chiens dans le culte d'Esculape.

Nous avons plusieurs fois exprimé la pensée que les fouilles exécutées depuis 1882, dans le temple d'Esculape à Epidaure, éclaireraient de quelque jour nouveau l'histoire du culte voué au dieu de la médecine, comme l'avaient déjà fait les recherches entreprises sur l'Asclépiéion d'Athènes. Cet espoir s'est réalisé, et le résultat à peu près certain d'une des récentes découvertes au temple d'Epidaure est : 1° que le chien était, comme le serpent (probablement avant lui), un animal sacré d'Esculape; 2° qu'il avait pour fonction, dans le temple, de lécher les plaies des malades, opération à laquelle le caractère sacré de l'animal prêtait une vertu surnaturelle.

On savait bien que le chien n'était pas étranger au culte d'Esculape; on le retrouvait quelquefois avec le serpent dans la représentation du dieu; mais sa signification restait fort problématique. Une stèle peinte en caractères phéniciens, découverte il y a quelques années à Citium (Chypre), fournit une première interprétation. Dans le mot *Klbm* pour *Kelabim*, pluriel de chien, les uns virent ou des *Cinèdes*, des *Scorta* (prostitués) masculins, ou des parasites *fidèles comme des chiens;* les autres de véritables chiens destinés à la garde du temple. Or, voilà que deux inscriptions grecques trouvées par M. Cavvadias, à Epidaure, viennent d'établir clairement l'intervention directe des chiens du temple dans le traitement des maladies. En voici la traduction :

1° *Thyson d'Hermione, enfant aveugle. Cet enfant, à l'état de veille* (ὕπαρ), *fut soigné aux yeux par un des chiens du temple, et sortit guéri.*

2° *Un des chiens sacrés soigna* avec sa langue *un enfant ayant une tumeur à la tête.*

Ce n'est pas le lieu d'entrer dans plus de détails; nous ajouterons seulement que ce texte est accompagné, dans la *Revue archéologique* (numéros de septembre et octobre), de savants commentaires dus à M. Salomon Reinach d'abord, puis à M. H. Gaidoz. Celui-ci confirme par de nouveaux témoignages l'interprétation qui ressort en toute évidence des textes épigraphiques rappelés ci-dessus. Ces témoignages consistent à établir que la croyance populaire en la vertu curative de la langue du chien remonte à la plus haute antiquité et s'est perpétuée jusqu'à nos jours. On a admis l'existence dans la langue canine d'une *ambroisie* (Inde), d'un *baume* (Vénétie); et l'ancienne littérature arménienne parle de personnages mythiques, dont le nom, *Aralèz* ou *Arlèz*, signifie léchant *continuellement*, *complètement*. « Ce nom, dit M. Dulaurier, paraît avoir désigné une classe d'êtres surnaturels ou de divinités *nés d'un chien*, et dont les fonctions étaient *de lécher les blessures* des guerriers tombés sur le champ de bataille et de les rappeler à la vie. » (*Journal asiatique*, 4e série, t. XIX, p. 31.) A. D.

COSTE ET LA FÉCONDITÉ ARTIFICIELLE DE LA FEMME. — M. le docteur Rougon, médecin consultant aux eaux de Pougues, veut bien nous communiquer une lettre de Coste, à lui écrite en 1869, et de laquelle il résulte que la question récemment traitée dans la *Gazette hebdomadaire* préoccupait l'illustre embryologiste. « Vous avez raison, écrivait-il, il y a un intéressant travail à faire sur la génération artificielle de l'espèce humaine... Je pars pour Arcachon; mais je serai bientôt de retour à Paris; nous aviserons sur le meilleur parti à prendre. »

Nous profiterons de l'occasion pour faire au sujet de notre article les corrections suivantes : au lieu de *Bart*, *Hégard* et *Kaltenbuch*, lire : *Bar*, *Hégar* et *Kattenbach*.

CONFÉRENCE « SCIENTIA ».

I. — Les membres de la presse scientifique et les amis des sciences se réunissent dans une Conférence qui prend le titre de *Scientia*.

II. — La Conférence se réunit environ tous les deux mois dans un banquet auquel seront conviés les savants ayant accompli une œuvre mémorable ou fait une grande découverte.

III. — Le président de chaque banquet est désigné, dans la précédente réunion, par les membres présents.

IV. — Font partie de droit de la Conférence les personnes qui ont assisté au premier banquet du 11 décembre 1884. Il leur est délivré une carte de membre titulaire.

V. — Toutes les personnes qui désirent faire partie de la Conférence devront être présentées par deux membres.

Leur carte d'admission sera signée par les trois secrétaires-administrateurs de la Conférence, MM. Max de Nansouty, directeur du *Génie civil*, Charles Richet, directeur de la *Revue scientifique*, Gaston Tissandier, directeur de la *Nature*, sous réserve de l'approbation de la Société.

VI. — La présidence d'honneur est attribuée au savant auquel la Société offre le banquet.

VII. — Il n'y a pas de cotisation annuelle ni mensuelle. Le prix du banquet est fixé à 15 francs.

VIII. — Les savants étrangers peuvent faire partie de la Conférence et être invités comme présidents d'honneur.

IX. — Le président du banquet dirige les discussions, les conférences, les discours, les toasts, et règle l'ordre du jour de la réunion.

X. — Les secrétaires-administrateurs sont chargés des invitations, des lettres de convocation, de la délivrance des cartes et de l'organisation générale.

XI. — Toute modification aux statuts devra être soumise à la Société et ratifiée par un vote.

N. B. — La correspondance et les demandes de renseignements doivent être adressées à M. Talansier, secrétaire-trésorier, 6, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris.

HÔPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. le docteur de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital, reprendra ses leçons cliniques le jeudi 18 décembre, à neuf heures. — Il traitera spécialement cette année des affections oculaires chez les enfants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 26 décembre). — *Ordre du jour :* Notices biographiques sur Oulmont et sur Moreau (de Tours), par M. Desnos, secrétaire général. — De l'artérite rhumatismale, par M. Raymond. — De l'infection tuberculeuse par la voie génitale, par M. Fernet. — Elections.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Bureau pour l'année 1885 : M. de Beauvais, *président;* M. Gillebert d'Hercourt père, *vice-président ;* M. Thorens, *secrétaire général;* M. Perrin, *trésorier ;* M. Rougon, *archiviste;* MM. Christian et Deligny, *secrétaires annuels;* MM. Polaillon et Richelot fils, *membres du conseil d'administration.*

PRIX DE L'INTERNAT. — Le concours des prix de l'internat des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé le 1er décembre.

Première division. — (Médaille d'or) : M. Richardière (Henri-Alphonse) (Enfants-Malades). — Accessit. (Médaille d'argent) : M. Babinski (Joseph-François) (hôpital Cochin). — Première mention : M. Charrin (Benoît-Jérôme) (hôpital Lariboisière). — Deuxième mention : M. Darier (Ferdinand-Jean) (hôpital Saint-Antoine).

Deuxième division. — (Médaille d'argent) : Prix, M. Hallé (Adrien-Joseph) (hôpital Beaujon). — Accessit (Livres) : M. Hartmann (Henri-Albert) (hôpital Trousseau). — Première mention : M. Roger (Georges-Eugène) (hôpital Trousseau). — Deuxième mention : M. Dubreuilh (William-Auguste) (hôpital Saint-Louis).

MORTALITÉ A PARIS (50e semaine, du 7 au 13 décembre 1884). — Fièvre typhoïde, 24. — Variole, 2. — Rougeole, 32. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 31. — Choléra, 7. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 0. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 37. — Phthisie pulmonaire, 173. — Autres tuberculoses, 17. — Autres affections générales, 67. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 49. — Bronchite aiguë, 49. — Pneumonie, 93. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 29; au sein et mixte, 14; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 95; de l'appareil circulatoire, 56; de l'appareil respiratoire, 81; de l'appareil digestif, 46; de l'appareil génito-urinaire, 21; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 3. — Morts violentes, 18. — Causes non classées, 8. — Total : 979.

AVIS

MM. les Abonnés de la France à la **Gazette hebdomadaire** qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire, une quittance leur sera présentée à partir du 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, *sans frais de présentation quand la somme atteindra* 50 *francs*, sera présenté à la même date à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

Les abonnés à la *Gazette hebdomadaire* ont droit :

Moyennant un supplément de prix de 8 francs au BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, publié le dimanche de chaque semaine.

Moyennant un supplément de 5 francs aux BULLETINS et MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX paraissant deux fois par mois.

Moyennant un supplément de 5 francs aux COMPTES RENDUS HEBDOMADAIRES DES SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, paraissant tous les vendredis.

G. MASSON. *Propriétaire-Gérant.*

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

THÉRAPEUTIQUE

Guérison de l'épilepsie en Angleterre,

par M. le docteur A.-W. Tharewards.

Au dernier Congrès qui s'est tenu à Copenhague, il a été beaucoup plus question du traitement actuel de l'épilepsie en dehors des séances que dans les séances elles-mêmes. J'ai pu rapprocher de la sorte les opinions émises par quelques praticiens éminents d'Europe des faits qui se passent tous les jours sous nos yeux en Angleterre, et j'en ai conclu aisément que l'accord n'était point encore une chose faite. Or, d'après les entretiens scientifiques auxquels j'ai assisté, c'est un simple malentendu qui divise les médecins. Ce malentendu peut cesser demain.

Les médecins anglais, dès 1858, ont commencé les premiers à préconiser le bromure de potassium dans l'épilepsie. De 1862 à 1864, ils ont publié des mémoires extrêmement concluants et bien propres à encourager les recherches et les expérimentations.

Vers 1866 ou 1867, à Paris, les médecins de l'hospice de Bicêtre étudièrent la médication bromurée dans les névroses convulsives avec autant de distinction que de persévérance. Leurs travaux sont restés des modèles de thérapeutique expérimentale. Presque aussitôt après, l'Amérique, l'Allemagne et l'Italie marchèrent sur les traces de la France. La réputation universelle du bromure de potassium passait à l'état de fait accompli.

En 1870, les résultats acquis et proclamés partout se résumaient dans ces deux propositions :

1° L'épilepsie, à la suite d'un traitement bromuré progressif et non discontinué, est guérie dans un tiers des cas, elle est sensiblement améliorée dans un autre tiers.

2° Le bromure de potassium doit être d'une grande pureté chimique et il ne doit être associé à aucun autre médicament.

Nous sommes restés en Angleterre les partisans convaincus du traitement que nous avions introduit et vulgarisé il y a vingt-cinq ou vingt-six ans, mais que nous avons perfectionné toutefois depuis les travaux des médecins de l'hospice de Bicêtre. Les succès que nous obtenions avec le bromure de potassium, nous les obtenons toujours. Ils s'accentuent même chaque jour davantage.

A l'étranger, la fantaisie s'est malheureusement introduite dans la thérapeutique de l'épilepsie. On s'est mis, par exemple, sous le prétexte que le bromure de potassium réussissait très bien, à imaginer des associations malencontreuses du bromure de potassium avec la belladone, le camphre, le zinc, le fer, la picrotoxine, l'arsenic, ou le chloral ; on a substitué au bromure de potassium primitif le bromure de sodium, le bromure de cadmium, le bromure d'ammonium ou le bromure de lithium, et l'on a enfin imaginé une association de trois bromures alcalins, une sorte de tribromure ou de polybromure !

Le plus grand désordre règne dans tous ces travestissements d'un médicament hors ligne, si justement appelé par Gubler « le sulfate de quinine des névroses convulsives ».

Il est bien démontré aujourd'hui que le bromure de potassium est d'autant plus actif, qu'il est adminis seul, et qu'il est d'autant moins efficace, qu'il est associé à un autre médicament, même à un autre bromure alcalin. Que l'on prescrive, en effet, du bromure de sodium ou d'ammonium à un épileptique, et l'on n'arrive qu'à un résultat absolument négatif.

A quoi bon alors annexer deux substances inertes à un médicament des plus actifs?

On affaiblit notablement son action, les mécomptes arrivent et les malades se plaignent. Les partisans des bromures multiples donnent alors une dose trois fois plus forte, de façon que le bromure de potassium puisse continuer à exercer sa sédation accoutumée.

Ce procédé, on en conviendra, est absurde. Puisque les bromures de sodium sont inefficaces, à quoi bon les ordonner et donner lieu, en saturant les malades de sels médicamenteux, à de véritables irritations gastriques ?

Ainsi que nous le constatons sans cesse, rien n'est changé dans les résultats heureux que l'on obtient chez les épileptiques, les convulsifs, les vertigineux ou les névropathes. Mais c'est à la condition formelle de rester dans la tradition et de ne point frayer avec les arlequinades thérapeutiques.

Le sulfate de quinine se prescrit seul, les sels mercuriques se prescrivent seuls, et tous les médicaments héroïques se prescrivent seuls. Les associations laissent une prise énorme au hasard et à l'inconnu et constituent des produits bâtards et sans sanction.

Pour ne pas quitter l'épilepsie, croit-on que le sirop de Henry Mure serait parvenu à un succès aussi considérable dans le monde entier, s'il eût été capricieusement composé d'agents divers? En aucune façon.

Les médecins de tous les pays savent que le sirop de Henry Mure est composé d'un bromure de potassium exceptionnellement pur, que chaque cuillerée à bouche renferme mathématiquement 2 grammes de sel, que cette préparation a déterminé des guérisons un peu partout, et ils le prescrivent avec une entière confiance. Tout le secret est là.

Les médecins n'ont donc point à douter, encore bien moins à expérimenter d'inintelligentes nouveautés.

Le grand fait de la guérison possible de l'épilepsie par le bromure de potassium subsiste en Angleterre et subsistera toujours. Ici l'on ne fait point de révolution.

(Gazette des hôpitaux.)

THÉRAPEUTIQUE

Emploi du charbon en thérapeutique.

I. — *Préparation.*

Le charbon végétal est un de ces médicaments qui ont tour à tour été l'objet de faveur et de discrédit au point de vue thérapeutique.

Après avoir, pendant longtemps, joui d'un crédit peut-être immodéré, il était tombé, par la suite, dans un oubli que l'on ne peut s'expliquer que par l'abus qu'on en avait fait en l'appliquant sans discernement à un grand nombre de maladies et surtout par la mauvaise qualité du produit employé, qui expliquait le plus souvent les insuccès des expérimentateurs.

C'est alors que le docteur Belloc, qui avait expérimenté sur lui-même les bons effets du charbon végétal, fit une étude spéciale des divers charbons végétaux, de leurs propriétés, ainsi que de leur mode de préparation, et après de nombreuses expériences, présenta sur ce sujet un mémoire des plus intéressants à l'Académie de médecine de Paris, qui lui vota une lettre de remerciements sur les conclusions du rapport de MM. Récamier, Caventou et Patissier.

M. le docteur Belloc donne la préférence au charbon de peuplier sur tous les autres produits similaires, et, pour assurer la valeur et la pureté du produit, il en entoure la préparation des précautions et des soins les plus grands.

Voici, du reste, ce mode de préparation tel qu'il est exposé dans le rapport de l'Académie de médecine :

« Je me sers, dit M. le docteur Belloc, du bois de peuplier, dont la végétation si rapide fournit un bois très blanc et très léger; je ne me sers pas du corps de l'arbre, parce que le charbon fait avec ce bois trop vieux irrite l'estomac. Je prends les pousses de trois ou quatre ans, très vertes, qui n'ont jamais été émondées et dont l'écorce n'a pas souffert. Je n'emploie pas le peuplier qui croît dans un terrain bas et humide, peu exposé au soleil : son bois est trop compact, son écorce est couverte de mousse et le charbon qu'il fournit impressionne désagréablement la bouche et irrite l'estomac. Le bois coupé au moment de la rosée est aussi préférable. Je fais placer ces branches de peuplier, coupées et dépouillées de leur enveloppe, dans des vases de fonte bien clos que l'on fait chauffer jusqu'au rouge blanc; on en extrait un charbon léger, brillant, sans formation de cendres; on le place dans des vases plein d'eau, pendant trois ou quatre jours, en ayant soin de changer l'eau plusieurs fois; on le fait sécher, puis on le broie avant qu'il soit parfaitement sec. »

Toutes ces précautions si minutieuses et que l'on pourrait trouver exagérées ont essentiellement pour but d'obtenir un charbon d'une pureté aussi grande que possible et d'une porosité extrême, supérieure à celle de tous les autres charbons végétaux. Ce qui lui donne la propriété de fixer une plus grande quantité de fluides gazeux et d'augmenter par conséquent l'action pour laquelle cet agent tient une place si intéressante dans la pratique médicale, c'est que le charbon de Belloc n'est pas en poudre, mais pour ainsi dire granulé.

II. — *Propriétés.*

L'efficacité du charbon de Belloc et des pastilles de charbon de Belloc, dont nous avons, dans un précédent article, rapporté la préparation, est véritablement merveilleuse contre les gastralgies, gastro-entéralgies, dyspepsies, pyrosis, contre la plupart des affections nerveuses de l'estomac et des intestins, les digestions pénibles et la constipation. Nous ne pouvons relater ici les nombreuses observations si concluantes qui sont insérées dans le rapport de l'Académie de médecine sur le charbon de Belloc; mais toutes mettent hors de doute l'efficacité de ce médicament.

Chez les malheureux gastralgiques dont l'estomac s'insurge contre toute espèce de nourriture et chez lesquels une simple cuillerée de lait détermine d'atroces souffrances, le charbon de Belloc rend, presque dès le premier jour, l'estomac apte à recevoir et à digérer un aliment réparateur. C'est donc, en quelque sorte, comme adjuvant des moyens toniques et réparateurs que le charbon de Belloc doit être employé contre les gastralgies.

Dans les cas de constipation, le charbon de Belloc est réellement le remède souverain; il régularise la digestion et rétablit les selles à leur état normal.

Citons, en terminant, les conclusions du rapport de MM. Récamier, Caventou et Patissier à l'Académie de médecine :

« 1° Tous les charbons de bois n'ont pas le même mode d'action; l'acide azotique ne leur retire pas leur action nuisible et irritante; le charbon de bois de peuplier, tel que nous recommandons de le préparer, nous a donné seul des résultats satisfaisants.

» 2° Le meilleur mode d'administration de ce charbon est la poudre rendue humide au moyen d'eau fraîche bien pure; sa dose ordinaire est de trois à quatre cuillerées à bouche par jour, avant ou après le repas; elle peut être augmentée avec avantage.

» 3° Cette poudre produit une sensation agréable dans l'estomac, augmente l'appétit et accélère la digestion.

» 4° Dans les affections nerveuses de l'estomac et des intestins, dans ces indispositions si communes qui ne condamnent pas le malade à garder le lit, mais qui cependant font beaucoup souffrir, telles que les pesanteurs d'estomac après le repas, les migraines résultant de digestions laborieuses, la dyspepsie, la cardialgie, le pyrosis, etc., dans tous ces cas, la poudre de charbon est le meilleur moyen de faire cesser les douleurs, de rétablir la digestion, de faire renaître l'appétit, de faire supporter les aliments.

» 5° Outre ces avantages, la poudre de charbon rend l'estomac apte à supporter une médication active qui n'avait pu être employée avant son usage. »

Nous prévenons MM. les médecins que le Charbon et les Pastilles de charbon de Belloc ne se détaillent pas et ne se vendent pas au poids, mais seulement en flacons et en boîtes, la signature du docteur Belloc étant la garantie de la pureté du produit.

THÉRAPEUTIQUE

Dans un précédent article (voy. *Union médicale*, 30 mars 1884), nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur la place importante qu'occupait la digitale dans la thérapeutique; nous avons démontré que, lorsqu'elle avait été obtenue dans des conditions normales et loyales, c'était un des médicaments les plus actifs et les plus sûrs tout à la fois.

Nous venons prouver aujourd'hui que sa pureté chimique est la condition indispensable de la certitude de ses effets.

Une récente communication de M. le docteur Laborde à la Société de biologie sur la digitaline, nous donne des détails très intéressants sur la valeur de ce médicament d'après les expériences faites par MM. Laborde et Duquesnel.

Ces deux savants ont soumis aux épreuves suivantes deux échantillons de digitaline : l'un d'origine allemande, l'autre de fabrication française, d'aspect absolument semblable. Voici ce qu'ils ont observé :

La digitaline allemande, en présence d'une petite quantité d'acide chlorhydrique et sous l'influence d'une légère élévation de température, ne prend pas la coloration vert-émeraude caractéristique de la digitaline ordinaire; traitée par le chloroforme, elle laisse un résidu abondant, tandis que la digitaline française se dissout entièrement dans le chloroforme, sans résidu; enfin elle n'a qu'une légère amertume, tandis que la digitaline française est fortement amère.

Ces différences profondes, au point de vue chimique, faisaient présumer une différence corrélative dans l'activité physiologique, et l'expérience a démontré qu'il en était effectivement ainsi : Injectée aux pattes postérieures d'une grenouille, la digitaline produit l'arrêt définitif du cœur en systole forcée en moins de cinq minutes ; la digitaline allemande, injectée dans les mêmes conditions, ne commence à agir qu'au bout de quatre heures, et n'amène l'arrêt définitif du cœur qu'au bout de douze heures.

Cette expérience, répétée sur des cobayes, a produit des résultats complètement identiques.

D'où il faut conclure que, si l'action de la digitaline allemande n'est pas absolument nulle, elle est inférieure à celle de la digitaline française, comme cinq minutes sont à douze heures.

Mais, s'il y a une différence aussi considérable entre les deux produits, eu égard à leur activité physiologique et partant à leur pureté de composition chimique, il y aura nécessairement une différence corrélative au point de vue des effets thérapeutiques.

Le mérite de la vraie digitaline, c'est d'agir régulièrement et énergiquement; elle ralentit immédiatement les battements du cœur, les régularise, et fait succéder l'amplitude et la fermeté à l'agitation désordonnée de ces battements. Elle doit n'être employée qu'avec prudence et à très petites doses en raison de l'énergie de ses effets.

Qu'obtiendra-t-on de la fausse digitaline? Des effets très lents et par suite une prolongation des souffrances, et de plus des effets incertains, car il n'est pas possible de doser avec certitude un médicament impur et dont la valeur réelle est problématique.

Après les expériences de MM. Laborde et Duquesnel, le médecin, ne pouvant pas toujours contrôler l'origine de la digitaline fournie à son malade, hésitera sur les doses à prescrire, puisque, suivant la qualité du médicament, ces doses pourront être ou trop fortes ou insuffisantes. Dans ces conditions, il ne devra prescrire la digitale que sous une forme ayant déjà fait ses preuves et non susceptible d'adultération.

Le sirop de digitale de Labélonye lui offrira toutes les garanties qu'il peut désirer. Ce produit, dont la réputation n'est plus à faire, lui donnera des résultats toujours constants parce que son dosage est toujours rigoureux; ce n'est jamais sans un succès immédiat qu'il emploiera cette préparation dans la plupart des affections du cœur.

(Extr. de l'*Union médicale.*)

CORRESPONDANCE

La lettre suivante a été adressée à la *Tribune médicale :*

« Monsieur le rédacteur en chef,

» Permettez-moi de répondre à une lettre publiée dans le numéro du 23 novembre de la *Tribune médicale,* puisque cette lettre me vise directement.

» Je prépare, en effet, de l'*acide orthoxyphénylsulfureux* ou *aseptol*, que moi et des collaborateurs avons introduit dans la pratique médicale courante en 1883. Il a même été publié par nous (octobre 1883) une brochure constituant une étude complète sur l'acide orthoxyphénylsulfureux ou aseptol au point de vue *chimique, physiologique* et *thérapeutique.*

» A la suite de notre publication, différents journaux en ont spontanément publié des extraits, entre autres le *Journal de pharmacie d'Anvers,* février 1884; le *Répertoire de pharmacie de Paris*, juin 1884; le *Journal de pharmacie et de chimie,* juillet 1884, etc. Enfin des praticiens distingués et dont l'autorité est indiscutable, les docteurs Leroy, Van den Schrieck, Janssens, Wangermée, Caeymaex, etc., publiaient déjà, en février 1884, des observations très intéressantes concernant les applications thérapeutiques de l'aseptol et les résultats de son emploi.

» La question de priorité en notre faveur est donc bien établie, puisque c'est seulement en juillet 1884 qu'il a été présenté d'autre part à la Société de biologie un travail sur l'acide orthoxyphénylsulfureux au point de vue purement physiologique.

» Et nous avions donné à l'acide orthoxyphénylsulfureux la dénomination pratique d'*aseptol* (de *a* privatif et *septon*, pourriture) — ce qui indique bien ses propriétés — plus d'un an avant que d'autres eussent l'idée de trouver un nom différent.

» L'aseptol a été employé tout d'abord en Belgique, c'est vrai; mais ce n'est pas la première fois qu'on aura vu une invention ou découverte toute française obtenir d'abord sa sanction à l'étranger. Par contre, nous voyons en ce moment un produit allemand (véritable remède secret) obtenir ici un réel succès, et donner lieu à de longues et savantes observations cliniques, alors que *personne* n'en connaît ni la composition, ni la formule, ni le mode de préparation !

» Évidemment l'aseptol est connu depuis longtemps dans le domaine de la chimie pure; mais les premiers nous en avons fait connaître les précieuses propriétés et les vastes applications.

» Ces simples explications, *avec toutes preuves à l'appui*, nous dispenseront d'insister davantage.

» Il est toutefois un point sur lequel nous sommes d'accord avec notre contradicteur, c'est qu'en effet les propriétés *antiseptiques, antifermentescibles* et *antiputrides* de l'acide orthoxyphénylsulfureux ou aseptol sont indéniables.

» Nous le savions, et précisément l'avions démontré longtemps avant qu'il en fût question à la Société de biologie.

» Quant à la valeur de notre produit (l'aseptol), nous serons toujours à la disposition des médecins qui, ne l'ayant pas encore employé, voudront en faire l'essai.

» Veuillez agréer, etc.

» E. Gautrelet. »

Nous ajouterons encore que, si un concurrent s'est donné la peine de soulever la contestation de priorité sur l'acide orthoxyphénylsulfureux dans la *Tribune médicale* du 23 novembre, nous avions pris les devants et hautement protesté dès le 10 septembre à la Société d'hygiène de Vichy, par une communication insérée aux procès-verbaux et publiée dans le *Bulletin* de ladite Société.

E. G.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur **A. DECHAMBRE**

MEMBRES : MM. les docteurs **BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS**

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Voir page 2 de la Couverture l'indication des ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Thèses, examens, cours, etc.) **et divers documents intéressant le public médical.**

Paris, 25 décembre 1884.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — PHYSIOLOGIE DE LA VESSIE.

Académie de médecine.

La dernière séance a été presque tout entière consacrée à des élections. En premier lieu, élection de M. le professeur Schutzenberger comme membre titulaire dans la section de chimie et de physique, en remplacement de M. Wurtz. Puis élection d'un *vice-président* de l'Académie. M. Bergeron, récemment élu en la même qualité pour remplacer Fauvel, devant passer immédiatement à la présidence, il y avait lieu de lui donner à lui-même un successeur, et ce successeur est M. U. Trélat. Élu à la presque unanimité, il a remercié l'Académie en excellents termes. Il a fait savoir au cours de son allocution qu'*un membre éminent* de la section de chirurgie avait décliné l'honneur qu'il vient lui-même de recevoir : tout le monde a reconnu M. Verneuil. MM. Proust et Caventon ont été maintenus par acclamation : l'un comme *secrétaire annuel*, l'autre comme *trésorier*. Enfin on a élu *membres du conseil* MM. Rochard et Villemin.

Il ne restait que peu de temps à M. Trélat pour terminer la communication commencée dans la précédente séance; il a usé du procédé qui lui avait si bien réussi mardi dernier, et formulé ses conclusions sur les conditions d'âge et d'éducation qui peuvent assurer le succès de l'uranoplastie.

Physiologie de la vessie.

Nous désirons étudier ici la physiologie de la vessie à un point de vue purement clinique et à l'aide de la clinique. Nous traduirons aussi fidèlement que possible les enseignements que l'observation nous a fournis, en ayant pour seul objectif de donner un guide à la pratique. Nous aurons, par cela même, à faire une part très large à la physiologie pathologique. Et, bien que nous pensions que l'observation clinique puisse apporter à la physiologie pure un très précieux concours, nous ne chercherons pas à écrire sur la physiologie de la vessie un chapitre didactique et complet.

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

L'exercice de la médecine aux États-Unis. Les éclectiques. Le Collège médical éclectique de New-York devant la justice. Deux éclectiques dans un cas de dystocie : mensuration barométrique de la température. Ses oscillations. Dispositions particulières prises dans différents États à propos du droit à la pratique. — Un épilogue tardif de l'assassinat du président Lincoln. — Plus de nez rouges.

L'exercice de la médecine aux Etats-Unis, au lieu d'être réglé comme en Europe, par une législation unique applicable à tout le territoire de l'Union, est assujetti à des dispositions nombreuses et parfois contradictoires. Chaque administration locale a ses règles particulières, destinées à égaliser autant que possible les valeurs des diplômes délivrés par les différentes écoles et surtout à mettre le public en garde contre les fraudes. Le trafic des titres est malgré tout si florissant, qu'il sera probablement difficile de le faire complètement disparaître. Au commencement de l'année 1884, l'attorney général de New-York poursuivait devant la Cour suprême un établissement d'enseignement supérieur fondé en 1865, le Collège médical éclectique de New-York. Cette école a une existence légale basée sur une charte délivrée au moment de sa fondation, revisée et confirmée en 1869. Le magistrat réclamait, sur les instances de la Société médicale du Comté, l'annulation de cette charte et voici pour quels motifs. L'établissement a délivré un grand nombre de diplômes portant la signature de son président, de son secrétaire, avec le sceau de la corporation sans désignation nominative du porteur. On laisse un blanc à la place du nom, et on en donne contre argent comptant un certain nombre à des intermédiaires qui les placent; de cette façon le grade de docteur est conféré non seulement à des ignorants, qui n'ont jamais fait d'études, qui ne savent même

C'est ainsi que déjà nous avons eu l'occasion de traiter de l'absorption exercée, dans certaines conditions pathologiques, par la muqueuse vésicale, sans fournir l'exposé de toutes les expériences qui la démontrent. Nous ne reviendrons pas sur ce sujet parce que nous croyons suffisant d'avoir montré que la vessie ne saurait rien absorber à l'état normal, et qu'elle peut permettre l'absorption quand son épithélium est détruit par un traumatisme ou altéré par la maladie. C'est dans ce même esprit que nous abordons l'étude des autres questions de physiologie utiles à connaître.

I

L'étude de la sensibilité de la vessie doit d'abord arrêter et retenir notre attention. C'est, en effet, sa propriété maîtresse ; elle mérite d'inaugurer et de dominer notre étude. Ce n'est pas seulement parce que le phénomène douleur est celui dont les malades viennent avant tout se plaindre, et que, dans la très grande majorité des cas, les douleurs dont souffrent les urinaires, ont la vessie pour siège. C'est aussi et surtout parce que la sensibilité tient directement et étroitement sous sa dépendance la contractilité, c'est-à-dire les fonctions mêmes de la vessie. Elles ne peuvent, en effet, se manifester que sous son influence, car elles sont d'ordre réflexe. La contractilité n'intervient-elle qu'à propos, c'est-à-dire physiologiquement, le réservoir de l'urine laissera s'opérer graduellement l'accumulation due à l'incessant apport de la sécrétion rénale. Il ne demandera à se vider qu'à des intervalles suffisants pour assurer la prolongation du sommeil et la facile exécution des divers actes de l'existence. La vessie subira même volontiers une accumulation exceptionnelle et demeurera complaisante, tant que n'interviendra pas une influence pathologique. Mais alors la contractilité se manifestera dans de tout autres conditions dont les malades ne tarderont pas à vous parler. Car, s'ils viennent vous consulter pour leurs souffrances, ils se plaignent presque aussi souvent de trop fréquents besoins d'uriner.

On a cherché à définir et à étudier dans ses détails le mécanisme de la contraction. Nous dirons ce que nos observations nous ont appris. Mais, quel que soit l'intérêt de cette étude, singulièrement exagéré d'ailleurs pour le besoin de certaines théories pathologiques, il est d'une bien autre importance pour le clinicien de savoir : quelles sont les conditions physiologiques et pathologiques qui mettent en jeu la contractilité ou l'exagèrent. C'est, en effet, de la contractilité de la vessie qu'on a à se préoccuper, aussi bien dans l'étude et l'interprétation des symptômes que pendant les opérations. Nous chercherons donc surtout à savoir pourquoi la vessie se contracte ; nous aurons beaucoup moins d'intérêt à apprendre comment elle se contracte.

Pour aborder cette importante partie de l'étude de la contractilité, il nous faut nécessairement revenir à celle de la sensibilité. A l'état normal, nous ne sentons notre vessie que lorsque le besoin d'uriner se manifeste. Pendant toute la durée des intervalles qui séparent les mictions, aucune sensation, si petite qu'elle soit, ne nous avertit que nous sommes en possession d'un réservoir où s'accumule un liquide excrémentitiel, qui, pour toute autre muqueuse que celle de la vessie, aurait, même à l'état normal, une action irritante (1). Nous n'avons pas à tenir compte de ces qualités spéciales de l'urine ; la vessie est naturellement appelée à ne pas les percevoir. Mais nous devons constater que la muqueuse vésicale ne perçoit pas davantage le contact physique qu'exerce continuellement sur elle son contenu. Alors même que les mouvements d'une marche précipitée, de la course, du saut, de la danse, du cahotement de la voiture interviennent, rien ne nous avertit de l'exagération de ce contact.

Il est donc permis de dire que physiologiquement la vessie est insensible au contact de l'urine.

Et cependant, même à l'état le plus physiologique, le besoin d'uriner est vivement perçu et deviendra douloureux s'il est trop retardé. A quelle influence faut-il donc attribuer cette manifestation si nette d'une sensibilité jusque-là si latente ? On en a la démonstration expérimentale toutes les fois que l'on urine, car on constate invariablement que, dans l'état normal, une quantité d'urine presque toujours la même, mais en tous cas assez abondante, est expulsée dans chaque miction. On peut donc conclure et penser que si ce même liquide, dont la présence n'a pas été perçue tant que sa quantité a été inférieure à celle que la vessie a l'habitude de contenir, a déterminé un besoin si net d'expulsion lorsque la vessie a été remplie, c'est que la muqueuse, que le contact laissait indifférente, a vu sa sensibilité mise en éveil par la distension.

(1) La vessie est cependant très sensible à l'action des solutions médicamenteuses, pour peu qu'elles soient irritantes ; cela oblige même à très exactement doser les substances que l'on introduit dans sa cavité, et limite singulièrement le nombre de celles qui peuvent être utilisées en injections. Les sensations de température, sont aussi très nettement perçues. C'est donc une propriété toute spéciale exactement en rapport avec le rôle physiologique qu'elle a à remplir, que cette absence de sensibilité au contact, lorsqu'une action particulière ne s'exerce pas par l'intermédiaire d'un agent chimique ou physique capable de modifier ou d'impressionner trop vivement ses tissus. On ne saurait, d'ailleurs, confondre de semblables notions avec celle du contact simple.

---

pas lire et écrire correctement l'anglais, mais à des individus notoirement tarés, parfois frappés par la justice ; on comprend que l'attorney réclame énergiquement la fermeture d'une école qui se rend complice de pareilles choses. La qualification d'éclectique inconnue chez nous a joui pendant un certain temps d'une grande faveur près du public américain ; elle est aujourd'hui tombée dans un discrédit si parfait, que tout établissement qui la garde est tenu en suspicion. Le Collège médical éclectique de Cincinnati est-il une institution respectable ? demande-t-on au *New-York medical Record*. Sans doute, répond le journal, puisque ses diplômes sont reconnus par l'administration médicale de l'Illinois, pourvu que les porteurs produisent en même temps l'attestation écrite du Doyen qu'ils ont étudié la médecine pendant trois ans et suivi deux cours complets ayant duré au moins seize mois.

Malgré tout, les praticiens éclectiques jouissent d'une mauvaise réputation. Il faut avouer que certains d'entre eux la justifient. Le docteur B. Smiley, de Middletown, rapporte, dans le journal que nous avons cité, une anecdote peu propre à relever leur considération : « Deux éclectiques de la ville entreprirent récemment de délivrer une parturiente et réussirent dans l'espace d'un quart d'heure. Ils saisirent la tête du fœtus avec le forceps, passèrent une alèse autour du cou et tous les deux tirèrent... mais tirèrent si bien que la tête vint seule ; on fit la version pour le reste du corps. Le vagin et le périnée furent positivement réduits en lambeaux ; cette personne succomba le lendemain. Une enquête eut lieu, nos sujets avouèrent qu'ils n'avaient même pas songé à sonder la malade bien qu'elle n'eût point uriné depuis vingt-quatre heures. Un d'eux déclara que la température prise *avec le doigt* était de 33°,8 à 34°,4 ; d'après lui, la température normale du corps variait ordinairement entre 24°,4 et 26°,6, mais dans certains cas rares elle s'élèverait jusqu'à 60 degrés. L'autre n'était pas parfaitement fixé sur ce point ; il supposait seulement que les oscillations thermiques nor-

Physiologiquement, la vessie qui est insensible au contact est donc sensible et très sensible à la distension.

La constatation d'un semblable résultat ne saurait vous étonner. C'est, en effet, la condition nécessaire du fonctionnement normal du réservoir de l'urine. Il n'est pas besoin d'insister pour vous le faire comprendre et admettre.

Cette distinction, que nous croyons fondamentale, n'a cependant, que nous sachions, jamais été faite. Elle avait depuis longtemps forcé notre attention, car nous y avons fait plus d'une allusion dans la première édition de nos *Leçons* et nous y avons même écrit en étudiant les effets de la chloroformisation sur la vessie: « Au point de vue physiologique, le résultat que nous vous signalons établit une différence très nette entre les effets de la distension et ceux des contacts, sur la production des contractions de la vessie (p. 693) (1). »

C'est, en effet, aux contractions de la vessie qu'aboutissent les contacts et la distension; ce que nous observons à l'état normal se retrouve et s'exagère à l'état pathologique. Les contractions n'entrent donc en jeu que sous l'influence d'un agent qui tout d'abord provoque la manifestation de la sensibilité. A l'état normal comme à l'état pathologique, les preuves de la sensibilité toute spéciale de la vessie à la distension ressortent de tout ce que l'observation met à tout instant sous nos yeux. Ce sont, en effet, des faits d'observation et de pratique journalière. On a sans cesse à les utiliser pour poser des indications ou des contre-indications à l'intervention, pour préciser ses règles, ou pour interpréter les faits pathologiques qui vous sont soumis.

Observons ce qui se passe dans un cathétérisme explorateur bien fait, chez un sujet dont la vessie n'est pas enflammée. La traversée de l'urèthre, l'entrée dans la vessie, ont été quelque peu senties; le contact de l'instrument sur les parois de la vessie ne détermine aucune sensation pénible. Ce n'est que lorsque l'on se rapproche du col, qu'on le titille, qu'on le touche, que le contact détermine un certain degré de sensibilité douloureuse; on peut manœuvrer sans faire souffrir, sans même déterminer le besoin d'uriner si l'on ne prolonge pas trop ces manœuvres. C'est même ce qui, si longtemps, a permis de faire la lithotritie à courtes séances sans le secours du chloroforme. Ne voit-on pas chaque jour des malades auxquels on pratique la dilatation pour un rétrécissement ne pas percevoir la sensation du contact exercé par la bougie dans leur vessie? Et cependant, lorsqu'on les fait pénétrer complètement jusqu'à affleurement du méat, ainsi qu'il est d'usage, on en place une bonne partie au contact de la muqueuse. Quand, à l'exemple de Maisonneuve, on fait le cathétérisme à la suite, et que la bougie conductrice s'enroule dans la vessie, on ne voit jamais le malade accuser la moindre sensation, même celle du chatouillement, qu'il semblerait cependant si naturel de provoquer par cette manœuvre.

(1) Nous avons récemment pris ce sujet pour texte d'une leçon clinique publiée dans les *Annales des maladies des organes génitaux urinaires: De la sensibilité de la vessie au contact et à la distension dans l'état physiologique et pathologique.* Février 1884.

La sensibilité au contact est donc très obtuse. Mais on en a une démonstration peut-être plus saisissante dans l'observation des calculeux. Contrairement à l'opinion la plus générale, qui fait de la pierre une affection des plus douloureuses, on aura le plus souvent l'occasion de constater avec quelle indifférence la vessie peut supporter un calcul. Les calculeux ne souffrent vivement que lorsqu'ils ont de la cystite, et chez les calculeux uriques la cystite est rare, ou ne se produit que par accès. Nous l'avons souvent fait constater à nos élèves. Sous l'influence de la cystite, la douleur peut, il est vrai, devenir excessive, et nous chercherons tout à l'heure à analyser la part qui revient au contact et celle qui appartient à la distension, dans ces conditions particulières. Mais en dehors de la cystite, lorsque la pierre n'exerce que des contacts, alors même qu'elle en exerce d'assez prononcés pour que la vessie saigne, les calculeux ne souffrent pas ou souffrent peu. Ils ne souffrent que lorsque la locomotion du calcul le porte contre le col, et surtout lorsqu'il tend à s'y insinuer; ils souffrent à la fin de la miction et lorsque des secousses répétées ou vives dans la station debout ou assise, portent leur pierre en avant. Aussi ces mêmes malades qui souffrent le jour, qui souffrent en urinant debout, cessent-ils d'éprouver de la douleur lorsqu'ils sont au lit, lorsqu'ils urinent dans la position horizontale. Ils ne sont calculeux que le jour. La pratique l'apprendra, ce n'est que tardivement que les calculeux se décident à consulter et surtout à se faire opérer. Il nous est arrivé de ne revoir qu'après deux, trois et quatre ans des malades que nous avions dûment prévenus, sur l'exposé des symptômes, qu'ils avaient la pierre. Auraient-ils aussi longtemps attendu s'ils avaient beaucoup souffert? Heureux encore lorsque le trop grand volume du calcul ne rend pas la lithotritie impossible. On aura, d'ailleurs, fréquemment la surprise de trouver un très gros calcul chez un malade qui n'aura que très peu souffert. Le peu de sensibilité au contact, si précieux dans la vie habi-

---

males allaient de 21°,1 à 26°,6, qu'elles étaient naturellement plus fortes dans les Etats du Sud. Cet estimable empirique se servait pour la mensuration d'un instrument qu'il appelait un *baromètre*. Sur le certificat il indique comme cause de mort la paralysie utérine. Le jury d'enquête mentionna dans son verdict la prolongation du travail et la pratique défectueuse du médecin traitant. « Ce médecin qui obtient des résultats aussi surprenants avec le baromètre a été enregistré comme diplômé de la Société médicale éclectique de New-York, le 12 octobre 1877. Il serait intéressant de savoir quels examens fait subir cette Société et si l'usage du baromètre est très répandu parmi les éclectiques et par quel moyen ils arrivent à l'aide de cet instrument à savoir si le malade a de la fièvre. »

En présence de pareils faits les Etats prennent naturellement des mesures pour se défendre contre l'invasion des charlatans de toute nature auxquels un diplôme acheté on acquis on ne sait comment sert de passeport près du public et des administrations; nous avons vu quelles conditions supplémentaires imposent le Board of Heath de l'Illinois aux gradués du Collège de Cincinnati; elle fait partie d'une série de dispositions prises par la même administration à l'égard des docteurs de toute provenance. Nul ne peut exercer la médecine sur le territoire de cet Etat sans avoir passé un examen complémentaire devant un jury local sur l'hygiène et la médecine légale, ou produit un certificat constatant qu'il l'a subi ailleurs, mais devant un jury sérieux. « Un docteur de Philadelphie, dit M. Leffmann, dans un mémoire lu à la Société médicale du comté, qui a subi ses examens probatoires avec honneur ne peut pratiquer dans la prairie de l'Ouest sans avoir subi des épreuves complémentaires. Quel soufflet pour notre enseignement médical! Nos gradués sont assez bons pour Philadelphie, ils sont insuffisant pour l'Illinois. C'est humiliant à coup sûr, mais pas pour cet Etat. »

Du reste l'exemple n'est pas resté unique; d'ici peu d'au-

tuelle, puisqu'il nous permet de rester pendant plusieurs heures sans uriner et sans souffrir, peut avoir l'inconvénient de laisser la vessie beaucoup trop facilement tolérer un corps étranger, dont le malade a toujours avantage à se faire débarrasser de bonne heure.

Opposons à ces faits les observations que l'on fait dans l'état normal sur soi-même. Rappelons-nous les angoisses qu'on a pu subir lorsque de malencontreuses circonstances ont contraint à retenir un besoin pressant d'uriner et l'on aura la notion du degré qui sépare les manifestations de la sensibilité vésicale au contact ou à la distension. Le plus profond sommeil n'est-il pas interrompu par le besoin d'uriner et la première sensation, au réveil, n'est-elle pas due à la réplétion de la vessie ? Nous avons soigné un jeune garçon qui, dans le désir très légitime de se réveiller assez tôt pour étudier ses leçons, buvait chaque soir. Il proportionnait le nombre de ses verres d'eau au moment où il désirait être tiré du sommeil et arrivait ainsi à calculer l'heure de son lever, grâce à ce réveille-matin d'un nouveau genre.

Mais ce n'est pas seulement pendant le sommeil physiologique que la sensibilité de la vessie provoquée par la distension est perçue. Pendant l'anesthésie elle-même, alors que le sujet est dans la résolution la plus complète, on ne peut remplir la vessie sans que sa distension soit perçue. Ce malade, qui tout à l'heure était immobile, dans la vessie duquel on avait pu multiplier à l'infini les contacts du lithotriteur et des fragments de calcul, qui avait supporté sans les sentir les manœuvres difficiles que nécessitent certaines déformations du col, les encellulements de la pierre retenue par les contractions partielles dont nous aurons longuement à parler; ce même malade, lorsque l'on arrive au dernier temps de l'opération et que l'on remplit sa vessie pour faire l'évacuation des fragments, s'agite, pousse, se plaint, et l'on est souvent obligé, pour pouvoir convenablement manœuvrer l'aspirateur, de prescrire, à l'aide chargé du chloroforme, d'augmenter la dose des vapeurs. Quoi de plus démonstratif? Quelle est l'expérience de laboratoire qui pourrait mieux mettre en lumière le fait important et intéressant que nous cherchons à démontrer. L'expérience clinique est d'autant plus probante, que les faits que nous signalons se reproduisent avec la même netteté dans les cas où la vessie est enflammée. Alors encore elle supporte le contact et se refuse à la distension. C'est à peine si l'on peut y injecter quelques grammes de liquide et il est cependant possible d'y manœuvrer le lithotriteur. Combien sont instructives de telles démonstrations et quel profit ne peut-on pas en tirer dans la pratique ! Aussi accumulons-nous les preuves, parce que nous désirons que la conviction soit bien faite et que l'on n'oublie pas les enseignements si nombreux qui découlent de ces faits.

Nous aurons soin d'y insister dans les leçons suivantes, leçons où nous dirons quelles sont les règles de l'intervention, quels sont les principes auxquels l'on doit obéir pendant les opérations. Mais nous devons encore quelques détails qui seront dès à présent de mise. Déjà nous avons dit que ces différences dans les manifestations de la sensibilité de la vessie s'accentuaient encore dans l'état pathologique.

La sensibilité à la distension devient telle dans les cystites graves, qu'elles soient anciennes ou récentes, que la moindre quantité d'urine ne saurait être tolérée. Aussi ces malheureux malades sont-ils obligés d'obéir à tout instant au besoin d'uriner, et chaque miction est l'occasion d'une crise douloureuse; cette crise prend des proportions extrêmes lorsque la vessie est puissamment contractile, ou lorsqu'elle ne peut se complètement débarrasser, soit de l'urine qu'elle contient, soit d'un corps étranger qu'elle renferme.

Les contractions qui naissent de l'action réflexe provoquée par la sensibilité normale ou pathologique sont, en effet, douloureuses par elles-mêmes, et cela aussi bien à l'état physiologique qu'à l'état pathologique. Chacun sait quelles sont les douleurs que provoquent les contractions intestinales, et c'est sous le nom de douleurs que l'on apprend à étudier et à désigner les contractions de l'utérus pendant l'accouchement. Nous pourrions facilement multiplier les exemples qui démontrent comment, à la contraction tonique et non perçue des muscles à fibres lisses, peut se substituer la contraction particulièrement douloureuse de ces mêmes muscles. Nous nous bornerons à faire constater que ces contractions peuvent être douloureuses, même en l'absence de lésions.

Mais il est incontestable que l'état pathologique et surtout l'inflammation déterminent un maximum de douleur dont la contraction est l'occasion la plus habituelle et la plus pénible. Plus que jamais, dans ces conditions, l'on devra donc faire une part prépondérante à la distension. C'est elle, en effet, qui provoquera le plus sûrement et le plus énergiquement les contractions. Mais, si l'on doit en combattre les causes, si l'on doit, par exemple, par des manœuvres ou par des opérations appropriées, soustraire la vessie à toute cause de distension, l'empêcher au besoin de remplir pendant le

---

nées, l'Amérique, regardée chez nous comme la terre classique de la liberté, aura fait prévaloir dans ses institutions intérieures l'esprit de protection étroite qui domine depuis longtemps dans ses rapports de commerce internationaux. A partir du 1er janvier 1885, nul ne pourra s'établir médecin dans le territoire de la Virginie sans avoir passé un examen probatoire devant une commission formée par le Board of Health. Et ce n'est point là une interdiction platonique : les contrevenants seront frappés pour la première fois d'une amende de 5500 dollars. Dans le Missouri, même tendance ; il faut dire toutefois que les tentatives faites par les administrations ne seront pas partout bien accueillies, que certaines dispositions rencontrent même dans le Corps médical une opposition mal dissimulée, parce qu'elles vont à l'inverse du but qu'elles visent, ne protègent ni les médecins ni le public et laissent la porte grande ouverte aux charlatans.

« Ceux qui, depuis quelques années, dit le *Saint Louis medical Journal*, se sont occupés d'élaborer un règlement relatif à l'exercice de la profession dans le Missouri, espéraient que l'acte aujourd'hui en vigueur, obtenu par d'honorables praticiens à force d'énergie et de persévérance, protégerait la communauté contre les manœuvres de tous les charlatans ambulants ou fixes, contre ces praticiens à trafics inavouables qu'on rencontre partout ; qu'il contribuerait à lui assurer le respect et la considération dont elle a besoin. On supposait que son influence serait sensible surtout dans les grandes villes ; c'est le contraire qui est arrivé. On a aujourd'hui beaucoup moins de moyens de répression du charlatanisme qu'avant la création du Bureau de santé et des Censeurs chargés de surveiller l'exercice de la médecine. On n'eût pu réussir à faire passer le bill sans l'insertion de la clause qui permet l'inscription d'office comme praticiens réguliers de tous ceux qui exercent depuis cinq ans. Il en résulte que des individus qu'on avait refusé d'enregistrer jusqu'ici, soit parce qu'ils ne peuvent offrir la

temps voulu ses fonctions de réservoir, l'on a encore plus le devoir de ne rien faire qui puisse aggraver les douleurs du patient.

Aussi dirons-nous, en parlant des injections intravésicales, que ce moyen de traitement est formellement contre-indiqué toutes les fois que la vessie est douloureuse ; et nous ferons voir en même temps que, si l'on est privé des moyens thérapeutiques qui pourraient déterminer la distension, on peut en toute sûreté recourir à ceux qui ne produiront que le contact. C'est ainsi que l'on pourra faire des instillations là où des injections ne seraient pas tolérées, que l'on pourra ne pas craindre le contact d'un lithotriteur qui débarrassera la vessie d'une pierre ou de fragments de pierre, tandis que l'on devra redouter des injections qui, sous prétexte de calmer l'inflammation par leurs vertus émollientes ou narcotiques, ou préparer la vessie en l'élargissant, ne feront qu'exaspérer la douleur et préparer de nouveaux accidents.

La distension de la vessie a, en effet, sur la vessie et même sur les reins, une influence toute spéciale qu'il nous reste à faire connaître. Nous voulons cependant répondre d'abord à un reproche que l'on pourrait nous faire en nous accusant à juste titre de trop laisser dans l'ombre la sensibilité au contact que développe l'état pathologique.

Il n'est pas douteux, en effet, que sous l'influence de la cystite, la sensibilité au contact, si obtuse dans l'état physiologique, ne devienne vive et souvent très vive. Ce serait méconnaître tous les enseignements de la clinique que de chercher à le nier. Et cette sensibilité pathologique est tout naturellement exagérée au niveau du col.

C'est un fait d'observation vulgaire que l'on voit partout consigné, dont nous avons parlé et dont nous reparlerons souvent dans ces leçons, que cette sensibilité particulière de l'entrée de la vessie. Il est facile d'en donner une très nette démonstration expérimentale et nous la fournirons en étudiant les instillations de nitrate d'argent ; mais la clinique se charge de la faire connaître. En l'absence de toute cystite, qu'un corps étranger touche le col et surtout qu'il cherche à s'y introduire, à en forcer le passage, et l'on verra se manifester des angoisses aussi prononcées que celles que détermine la distension. Sous l'influence de ces provocations, la vessie se contracte, ses contractions se répètent, s'exagèrent et deviennent par cela même douloureuses comme il est de règle quand l'action des fibres lisses est exagérée. Pour peu que la vessie soit enflammée, la douleur devient des plus vives et sert d'incitant nouveau à la contraction. C'est dans ces cas que la vessie arrive à un état d'éréthisme qui rend la douleur constante, même dans l'intervalle de ses grandes contractions. Elle est d'ailleurs dans une contraction permanente. On a quelquefois qualifié cet état du nom de *contracture ;* on peut l'accepter, à la condition de n'y voir qu'une manifestation symptomatique dont on a à chercher la cause, et non une entité morbide qu'il faut directement combattre. La contraction, comme la contracture, comme le spasme, est un phénomène d'ordre réflexe et toujours symptomatique. Dans les cas auxquels nous faisons allusion, la crise cesse avec la disparition de sa cause, c'est-à-dire du corps étranger, et comme l'on est obligé de directement intervenir dans la plupart des cas, il est bien important de savoir que, malgré cet état d'éréthisme, le contact des instruments sera toléré et qu'il le sera d'autant mieux que l'on n'aura pas ajouté à l'incitation pathologique du contact celle de la distension (1).

Ces crises peuvent, d'ailleurs, succéder à la distension ; on les provoque presque fatalement si l'on fait trop rapidement passer la vessie de l'état de plénitude exagérée à celui de vacuité. C'est un fait clinique sur lequel nous avons attiré l'attention en faisant l'histoire des rétentions d'urine. Nous le rappelons ici pour prouver qu'il n'est pas besoin de l'excitation directe du col pour déterminer des contractions vésicales.

La constatation de ce fait sert encore à prouver que le besoin d'uriner, sur lequel on a beaucoup discuté, est dû à la mise en action des fibres musculaires lisses. Il en est de même pour l'intestin, qui demande à s'exonérer, non quand les matières fécales viennent au contact du sphincter, mais lorsque ses parties inférieures ont été suffisamment remplies. Il est probable que le tiraillement des fibres lisses du col est la cause déterminante du besoin d'uriner ; ce n'est certainement pas au simple contact de l'urine sur la muqueuse du col qu'est dû ce sentiment. S'il en était ainsi, on ne comprendrait guère comment le besoin d'uriner ne serait

(1) Ces phénomènes peuvent se produire quelle que soit la nature du corps étranger, il suffit qu'il cherche à franchir le col sans y parvenir. Un gros caillot de sang, un peloton de mucosités volumineux peuvent déterminer les mêmes angoisses. — En est-il de même pour les urines ammoniarales ? Leur passage dans l'urèthre est certainement douloureux ; mais la sensibilité du canal est bien différente de celle de la vessie, et dans la vessie il est bien difficile de faire la part de la lésion qui rend la transformation ammoniacale possible et celte du contact de l'urine altérée. Tout en admettant l'influence de ce contact, nous n'hésitons pas à faire la plus grande place à la lésion.

---

preuve d'études sincères, soit pour des raisons d'une autre nature, ont mis le Commissaire de santé en demeure de les inscrire. Quelques-uns de ces misérables se moquent cordialement de l'ancienne Commission dont ils n'avaient essuyé que des refus et lui mettent sous les yeux le certificat de la nouvelle administration. L'acte est tellement défectueux, que, si le certificat délivré grâce aux cinq ans de pratique est révoqué pour défaut d'honorabilité professionnelle, même pour provocation d'avortement démontrée, cette révocation n'oblige pas l'individu à cesser sa pratique ; son nom est simplement rayé du registre officiel. »

— Les journaux médicaux de l'armée renferment le récit d'un certain nombre de catastrophes relatives à des aliénés. Les médecins internes d'un asile public sont servis à table par des pensionnaires regardés comme tranquilles ; un d'eux, pris subitement d'un accès, frappe le docteur Walsh à coups de couteau : heureusement que les blessures sont superficielles. Le docteur Woodward, sous la direction duquel a été publiée la partie médicale de l'histoire de la guerre de la sécession, s'est suicidé : suicide de cause mentale. Un des plus sinistres épisodes de ce malheureux temps a eu son épilogue dernièrement : à côté du président Lincoln se trouvait, lorsqu'il fut assassiné par Booth, le colonel Rathbone ; l'événement fit une impression profonde sur son esprit ; ce militaire, un peu bizarre dans ses façons, n'avait jamais donné de signes manifestes d'aliénation mentale ; par suite de quelle circonstance la manie homicide, restée vingt ans latente, éclata-t-elle brusquement, c'est ce que nous ne savons pas. Toujours est-il que le colonel a tué sa femme d'un coup de revolver ; détail curieux, il a choisi le moment, l'heure et la situation, de manière à reproduire aussi exactement que possible la scène de l'assassinat de Lincoln.

— L'amateur d'archéologie littéraire ou philosophique trouverait matière à une dissertation curieuse sur l'intempé-

pas permanent dans l'état normal et comment il ne succéderait pas d'une façon inévitable à tout changement brusque de position, à la marche rapide, au saut, à la danse, etc. Ce qui ne se produit pas à l'état normal se montre, il est vrai, avec une grande netteté, à l'état pathologique. Nous n'en connaissons pas de preuve plus convaincante que celle que nous fournit l'observation des cystites tuberculeuses.

F. Guyon.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Note sur quatre cas de gommes scrofulo-tuberculeuses hypodermiques. — Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 28 novembre 1884, par M. le docteur Maurice Letulle, médecin des hôpitaux.

(Fin. — Voyez les numéros 49 et 51.)

II. — *Considérations générales.*

Pour résumer les traits caractéristiques communs aux observations précédentes, nous pouvons dire :

Dans trois cas de gommes scrofulo-tuberculeuses hypodermiques, ramollies, le plus examiné à de fréquentes reprises ne contenait ni bacilles de Koch ni zoogloées de Malassez (1), visibles avec les procédés actuels de recherches.

Inoculé dans la cavité péritonéale de cobayes avec toutes les précautions usitées (2), ce liquide a donné naissance, chaque fois, à une tuberculose généralisée, infectieuse et bacillaire.

Il est rationnel d'admettre, avec tous les auteurs compétents, que le liquide ainsi inoculé contenait, soit une minime quantité de bacilles, soit les spores mêmes (non colorables par la méthode d'Erlich) des micro-organismes de la tuberculose.

Après cet exposé, deux questions se présentent d'elles-mêmes, constituant un double problème que nous devons aborder :

A. *Les résultats obtenus concordent-ils*, au point de vue expérimental et anatomo-pathologique, avec les données scientifiques actuelles ?

B. La scrofule doit-elle être définitivement dépossédée des abcès froids caséeux, et, pour généraliser davantage, de toutes ses manifestations caséo-ulcéreuses ? En un mot, *faut-il rayer la scrofule de la pathologie* par cela même qu'on lui enlève ses manifestations dites tuberculeuses externes ?

A. Pour le premier point, la réponse affirmative s'impose à l'esprit, si l'on veut bien parcourir le court aperçu historique qui va suivre, et dans lequel nous résumons les travaux contemporains ayant trait au même sujet.

Dans son article si remarquable, E. Besnier (*loc. cit.*), il y a quelques mois à peine, ne craignait pas de remarquer qu' « aujourd'hui même, en ce qui concerne la scrofule (le » lupus et les gommes), les expérimentations n'ont pas été » faites avec l'étendue et la maturité nécessaires à un juge- » ment précis ». Il ajoutait que ce ne sont pas les produits anciens et rétrogradés qu'il faudra inoculer, mais bien « les produits jeunes, les nodules initiaux ».

En effet, les nombreuses inoculations antérieures à la découverte de Koch, alors même qu'elles étaient faites en séries, selon les principes bien établis depuis le mémoire de H. Martin, pouvaient laisser planer un doute, ou du moins ne pas entraîner une entière conviction, dans cette question si grave des rapports de la scrofule et de la tuberculose.

D'ailleurs, il faut bien le reconnaître, il répugnait à bon nombre d'observateurs d'admettre l'*inoculabilité* et, par suite, la *contagiosité possible* de la maladie scrofuleuse. Les expériences dérisoires de Kortum, qui frotte avec « la matière qui s'écoule des ulcérations de la *scrofule bénigne* », la peau intacte du cou d'un enfant bien portant (Kortum, *De morbo scrophuloso*, 1879) ; les tentatives d'Hébréard, qui s'efforce, en pure perte, d'inoculer du pus scrofuleux à un chien, les essais encore bien insuffisants de Lepelletier (1), qui s'adresse à quatre cobayes, mais ne donne pas de renseignements complémentaires sur les deux seuls animaux ayant survécu assez longtemps pour pouvoir servir de terrain de culture au pus scrofuleux ; tous ces essais, avec leur apparence d'épreuve expérimentale, suffisaient pour endormir les esprits dans une fausse sécurité. On était si loin de la contagiosité de la tuberculose ! A plus forte raison la scrofule, cette parente éloignée, devait-elle être à l'abri de tout soupçon...

La période expérimentale de l'histoire de la scrofule commence à Villemin, qui inocule deux fois la matière caséeuse provenant d'adénites scrofuleuses et obtient une fois une tu-

(1) La recherche des zooglées de Malassez et Vignal n'a été pratiquée que pour les obs. II et III ; le procédé lent indiqué par ces auteurs (*Arch. de physiol.*, 1884, n° 6, p. 85) a été suivi.

(2) Nous nous étions entourés de toutes les garanties exigées : animaux sains ; isolement dans des cages propres ; lavage antiseptique et flambage des instruments ; précautions minutieuses pour la récolte du pus scrofuleux. Dans la même pièce, cinq cobayes sains vécurent avec les opérés ; ils viennent d'être sacrifiés, au bout d'un an de séjour, et *tous les cinq étaient parfaitement sains.*

(1) Lepelletier, *Traité complet sur la maladie scrofuleuse*, Paris, 1830... « Les deux autres (cochons d'Inde) ont été conservés pendant deux mois et demi et n'ont éprouvé aucune altération dans leur santé. »

---

rance aux différentes époques de l'histoire. Les Juifs l'excusaient, les Grecs la divinisèrent, ce fut le péché mignon du moyen âge. Les Templiers, dit-on, buvaient sec, et jamais preux n'ont reculé sans forfaiture devant force hanaps. Les gentilshommes plus policés de la Renaissance n'étaient guère plus sobres. Ces gens au moins avaient deux qualités, la bonne humeur et la franche gaieté. Gargantua ne connaissait point l'ivresse maussade, la misanthropie avinée des buveurs de notre temps. Le vigneron de maître Adam Billault, qui

... Commence sa carrière
Par visiter ses tonneaux,

trébuche peut-être le soir en regagnant son logis, mais il chante et ne songe point à injurier, dans un monologue à bâtons rompus, ses voisins et l'humanité. Le progrès a changé tout cela, les grandes beuveries sont devenues des orgies bêtes et ignobles comme celles de la fête de Gervaise ; on a tué le dieu des ivrognes, et son maître, le vieux Silène, serait aujourd'hui un dangereux alcoolique qu'on enverrait vite rejoindre Coupeau dans un asile d'aliénés. Du même coup, tous les signes extérieurs de l'intempérance sont devenus de honteux stigmates. On hasardait un jour, devant César, une accusation contre Marc-Antoine. « Je ne me défie, répondit-il, que des gens au regard sombre et au teint pâle. » Or Marc-Antoine était un vieux soldat floride, qu'une longue expérience avait rendu habile dans l'art de distinguer le Falerne du vin de Chypre. Le dictateur avait raison, l'homme aux pommettes rosées et au nez rouge ne pouvait être qu'un joyeux compère, incapable de passer ses nuits à recruter des sicaires et à fourbir des poignards. On l'a longtemps compris de la sorte. Olivier Basselin, l'ouvrier Foulon, amusait ses compagnons et les entraînait à l'occasion contre l'Anglais, qui défonçait les tonneaux et vidait les caves. C'était un bon enfant, sans souci et sans morgue ; il n'était fier que d'une chose au monde, de son nez, qu'il a chanté :

berculose généralisée. De ce jour, la question de la nature tuberculeuse des lésions scrofuleuses était ouverte, et les recherches allaient se multiplier (V. Bouley, *De la nature vivante de la contagion. Contagiosité de la tuberculose*. Asselin, 1884).

Pour rester sur le terrain des abcès scrofuleux, je ne ferai que rappeler les tentatives de Kiener et Poulet (*De la tuberculose et des affections dites scrofuleuses qui doivent y être rattachées*, in *Bull. Soc. méd. hôp.*, Paris, 1884, p. 59), qui trois fois obtinrent une inoculation positive avec le pus provenant d'abcès froids de l'homme, et celles de Colas (*De la nature des adénites externes dites scrofuleuses*, Lille, 1884, p. 91 et suiv.), dont deux expériences ont trait, l'une à un abcès scrofuleux de l'angle de la mâchoire chez un enfant, et l'autre à un abcès par congestion (enfant de cinq ans). Dans ces deux faits, les cobayes succombèrent spontanément, l'un le cinquante-sixième jour et l'autre le *cent treizième jour*, à une tuberculisation généralisée.

Puis Cohnheim et Salomosen obtiennent des inoculations positives avec des adénopathies caséeuses et des arthrites fongueuses.

Ici même, après la communication de Kiener, dans cette discussion mémorable sur la scrofule, où il y a tant à puiser, mon excellent maître le docteur Grancher prend fait et cause pour la scrofulo-tuberculose et accepte, sans conteste, que « les abcès froids sont démontrés tuberculeux par l'inoculation (*Scrofule et tuberculose*, in *Bull. Soc. méd. hôp.*, Paris, 1884, p. 130).

A ce moment, la question de la tuberculose expérimentale entrait franchement, grâce aux recherches de H. Martin, dans une phase nouvelle, dans une seconde période qu'on peut appeler la période des inoculations en séries. H. Martin (1) en profite pour réclamer l'inoculation en séries des scrofulo-tubercules, et il donne l'exemple : deux cas d'inoculations positives sont publiés par lui (1° pus d'un abcès caséeux ganglionnaire, et 2° ulcération fongueuse d'un doigt).

Enfin, dans un travail tout récent paru dans la *Revue de chirurgie* (*De la tuberculose chirurgicale*, in *Revue de chirurgie*, mai, juin, août et septembre 1884. Voy. obs. 11, p. 749), le docteur Charvot, étudiant la tuberculose chirurgicale, accepte avec Lannelongue, Kiener, Poulet, Trélat, Bouilly, que les abcès froids sont le plus souvent, sinon toujours, tuberculeux. Il rapporte un cas remarquable de gommes tuberculeuses multiples de la peau ayant envahi le cou, l'avant-bras, le thorax, le gros orteil et l'aine, et s'étant

(1) H. Martin, *Des rapports qui paraissent exister entre la tuberculose et la scrofule* (*Rev. de médecine*, avril 1882). — Dans la 1re obs., les inoculations sont poussées jusqu'à la 4e série (mort des cobayes aux 66e, 69e, 61e jours et enfin au 187e (le cobaye de la 4e série).

compliquées de tubercules des voies séminales droites. Le pus et les fongosités provenant de l'une des gommes ulcérées du gros orteil furent inoculés à un cobaye qui mourut tuberculeux (1).

Presque simultanément, une découverte capitale se faisait jour en Allemagne : Koch isolait et découvrait le bacille tuberculeux. C'était une voie nouvelle ouverte aux recherches de la scrofule : le parasite que Koch isole, cultive et inocule (reproduisant ainsi sur les animaux en expérience la tuberculose avec tous ses caractères), existe-t-il dans les lésions scrofulo-tuberculeuses de l'homme et peut-il, là encore, s'inoculer et se cultiver ? Telle était la question.

Dans son second mémoire, Koch rapporte une inoculation du pus provenant d'un abcès par congestion (*étiologie de la tuberculose*, inocul. n° 16), cinq cobayes furent mis en expérience, et tous furent trouvés tuberculeux (péritoine, rate, poumons). Cette tuberculose était très évidemment bacillaire.

Les expérimentateurs suivirent bientôt cet exemple. Demme (*Vingtième rapport de l'hôp. des Enf. malades de Berne*, 1882, p. 50) trouve, comme Koch, des bacilles dans les ganglions scrofuleux, dans les fongosités des tumeurs blanches, où il obtient quinze cas positifs sur dix-sept expériences. L'année suivante, paraît l'important travail de Karl Schuchardt et de Fédor Krause (*Fortch. der Medic.*, mai 1883), où quarante lésions diverses, scrofuleuses ou tuberculeuses, contenaient *toujours* des bacilles de Koch. Pour ce qui a trait aux abcès froids, quatorze faits cités par eux d'abcès froids tuberculeux présentèrent des bacilles. Ces observateurs notèrent que les bacilles se montraient *toujours très rares ;* ils siégaient au voisinage d'une cellule géante ou dans son intérieur. En outre, dans quatre cas d'abcès froid où le bacille put être décelé dans la membrane pyogénique, on ne parvint pas à le rencontrer dans le pus.

D'ailleurs cette rareté des bacilles dans les lésions scrofulo-tuberculeuses a été, depuis Koch, signalée par tous les observateurs (Cornil et Babès, Debove, Bouilly).

Bientôt Bouilly (2) relate, dans son Mémoire court mais substantiel, quatre observations, dont trois nous intéressent :

(1) Voy. aussi l'obs. X du même mémoire, p. 756, dont le titre à lui seul est des plus intéressants (contusion de la face interne du tibia droit ; bosse sanguine ; périostite phlegmoneuse en ce point ; son passage à la forme tuberculeuse. Abcès froid développé sur le haut de la jambe gauche et symptomatique d'un gros tubercule caséeux de la tubérosité externe du tibia. Aggravation de l'état général. Apparition d'une série de gommes tuberculeuses sur la branche montante du maxillaire droit, sur l'os malaire, sur le périoste des côtes. Première poussée de péritonite tuberculeuse. Amélioration passagère, puis mort par péritonite tuberculeuse et perforation intestinale. Tuberculose pulmonaire. Homme de trente-six ans).

(2) Bouilly, *Note sur la présence des bacilles dans les lésions chirurgicales tuberculeuses* (*Revue de chirurgie*, 1883, p. 887). — Voy. aussi L. Petitot, *De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose externe*. Thèse, Paris, 1884, faite sous l'inspiration du docteur Bouilly.

Beau nez dont les rubis ont coûté mainte pipe
D'un vin blanc et clairet,
Et duquel la couleur richement participe
Du rouge et du violet.
Gros nez, qui te regarde à travers un grand verre
Te juge encore plus beau.
Tu ne ressembles point au nez de quelque hère
Qui ne boit que de l'eau!

Il y a, paraît-il, de l'autre côté de l'Atlantique nombre de gens dont le nez soutiendrait avantageusement la comparaison avec celui du chansonnier de Vire, s'il vivait encore. Il est peu probable toutefois que, même dans le pays classique de l'imprévu et de l'excentricité, on songe à organiser un concours entre les *red noses* les mieux nuancés. Le Yankee, qui porte un appendice facial coloré, n'en est pas fier, tant s'en faut; il fait ce qu'il peut pour atténuer les tons. Les teintures préconisées dans ce but sont innombrables; elles ont toutes l'inconvénient de ne produire que des effets temporaires. Un journal, qui s'appelle *le Soleil*, a fini par s'émouvoir du concert d'imprécations dirigé quotidiennement contre son patron. On croit, dans ce pays, que c'est le soleil qui fait rougir le nez! Il a donc ouvert ses colonnes à tous ceux qui voudraient bien lui communiquer une recette contre la difformité. Des réponses sont arrivées de différents côtés. Voici celle d'un lecteur qui a expérimenté sur lui-même avec avantage : Prenez une once de vaseline, deux drachmes de soufre précipité, mêlez bien et frottez-vous le soir, la rougeur disparaîtra après quinze jours de traitement; un autre conseille les lotions à la saumure.

Mais ce sont là des procédés d'une application difficile. Un correspondant, né malin, a trouvé quelque chose de meilleur : « Vous ne voulez plus que votre nez soit rouge, c'est bien simple, continuez de boire, il deviendra violet. » On a de sérieuses raisons de croire que la méthode fera fortune.

Dr L. Thomas.

un abcès froid d'origine osseuse, un abcès froid de la paroi thoracique antérieure, et enfin une synovite fongueuse des tendons extenseurs des orteils qui semble bien rentrer dans le groupe des gommes scrofulo-tuberculeuses péritendineuses isolées par E. Besnier (Mém. cité de Brissaud et Josias, et art. Gommes scrof. tub. du *Dict. encyclop.*). Dans ces trois faits, le docteur Debove a rencontré des bacilles tuberculeux, mais en nombre minime.

Actuellement donc, la présence des bacilles de Koch dans les abcès froids scrofuleux semble à peu près constante. Le docteur F. Aguet, dans une thèse récente (1), en rapporte encore quatre cas (deux abcès coxalgiques, un abcès froid périlaryngien, un abcès froid costal). Dans les *Annales de dermatologie* (juin 1884), A. Siredey traduit un Mémoire de Pellizari (*Bull. de la Soc. des sc. méd. de Sienne*, 26 avril 1884), où la présence des bacilles est constatée dans des gommes scrofuleuses. Pour cette observation (enfant de neuf ans), sur *soixante préparations* on trouva *deux* fois le bacille (2).

Il est regrettable néanmoins que la plupart des faits rapportés plus haut n'aient pas été complétés par l'inoculation : elle fournit une véritable preuve qu'on est en droit de demander aujourd'hui aux observations, quelque détaillées qu'elles puissent paraître. C'est ce qu'a fait Albrecht (de Neuchâtel) (3), qui inocula des fongosités purulentes du genou d'un enfant à deux cobayes, et obtint deux faits positifs.

C'est encore ce qu'a fait notre collègue A. Chauffard, qui, avec le pus provenant d'un abcès froid de la paroi thoracique (chez un homme tuberculeux cavitaire), obtint une inoculation positive et bacillaire sur un cobaye (comm. orale).

C'est aussi ce que nous avons répété dans les trois observations qui servent de base à ce Mémoire.

Enfin cette année, au Congrès de Copenhague, le docteur Grancher déclare qu'il a *toujours* obtenu des inoculations positives avec les ulcères tuberculeux de la peau, des muqueuses, et avec les ganglions caséeux et les gommes scrofuleuses. De plus, toutes les autres lésions superficielles, *bénignes*, ces lésions qu'on a pu appeler les *manifestations indifférentes* de la scrofule, ne sont en aucune façon inoculables. H. Martin (4) confirme ces résultats.

B. *Que devient alors la scrofule* en présence de toutes ces recherches et de tant de résultats concordants ? La question en est là : les bacilles de la tuberculose (ou leurs spores) sont décelés, le plus souvent, dans les lésions qui, jadis, semblaient appartenir à un groupe morbide si distinct, et constituaient les *manifestations caséo-ulcéreuses externes* de la scrofule.

Avec tous les faits positifs qui précèdent et qui sont indiscutables, que va-t-il arriver ? Est-ce à l'*identité absolue* des deux maladies, autrement dit à la suppression radicale de la scrofule, que conduisent aujourd'hui la notion bacillaire et l'expérimentation positive ? Ce serait aller trop loin. Et je reste confiné, pour le moment, dans la question étroite et bien circonscrite de la nature bacillaire et de l'inoculabilité des produits caséo-ulcéreux de la scrofule. Rien que dans ce petit côté du grand problème, un certain nombre d'observateurs et des plus consciencieux, j'oserai dire des plus convaincus, signalent déjà des différences. Koch le premier (5)

(1) F. Aguet, *Bacilles de la tuberculose dans les produits autres que ceux de l'expectoration*. Thèse, Paris, 1884, n° 357. Voy. obs., p. 38 (Obs. dues au docteur Cochez; on trouva quelques *rares* bacilles dans le pus de ces quatre observations).

(2) Dans une préparation, *un* bacille ; *deux* bacilles dans une cellule géante, deuxième préparation.

(3) *Revue médicale de la Suisse romande*, 15 janv. 1884. La scrofule et son traitement envisagés conformément à la découverte du bacille de la tuberculose.

(4) *Revue de médecine*, 1884. L'inoculation de gommes syphilitiques développée chez des enfants à la mamelle a *toujours* donné à H. Martin des résultats négatifs.

(5) *Etiologie de la tuberculose*. « La substance caséeuse est généralement très pauvre en bacilles... Dans le cas seulement où la mort des cellules et leur transformation en masse caséeuse dépourvue de noyaux sont survenues très rapidement, les bacilles sont encore quelque temps visibles en grandes masses ; mais bientôt ils meurent également, ou bien ils se transforment en spores et perdent la propriété de se laisser colorer... Leur présence n'est plus décelée que *par les propriétés infectieuse de la substance qui les contient,* » et *passim*. (Trad. française, dont nous devons la communication à l'obligeance de notre cher maître, le docteur Constantin Paul.)

note explicitement la rareté habituelle, souvent extrême, des bacilles dans les produits scrofuleux. K. Schuchardt et F. Krause insistent de même sur le petit nombre de bacilles découverts dans les lésions scrofulo-tuberculeuses externes qu'ils ont étudiées. Il en est de même pour les recherches de Debove et Bouilly, et pour celles plus récentes de notre excellent maître le docteur Grancher. Partout enfin la rareté du bacille tuberculeux dans les manifestations scrofuleuses est signalée, confirmée, interprétée. Mais allons plus loin : il existe même des cas négatifs, absolument bien observés. Je ne m'occuperai pas des lésions scrofuleuses autres que les abcès froids. La question du lupus scrofuleux, par exemple, ne paraît pas encore vidée. Nous n'avons pas oublié les inoculations négatives publiées par Kiener, Auspitz, Pick, par Vidal (*Scrofule et tuberculeuse*, in *Bull. Soc. méd. hôp.*, 1881), par Cornil et Leloir (*Arch. de physiol. norm. et path.*, n° 3, 1884. Rech. exp. et hist. sur la nature du lupus). Ce dernier auteur n'est pas loin, in *Progrès médical*, 1884) d'accepter l'existence d'un lupus non tuberculeux. Pour en rester aux abcès froids, les cas négatifs au point de vue histologique ne sont pas aussi exceptionnels qu'il semblerait au premier abord. On en pourrait relever de nombreux exemples un peu partout, même dans les travaux des partisans les plus déclarés de la nature tuberculeuse des lésions scrofuleuses. Koch, par exemple, ne peut pas trouver de bacilles dans le pus d'un abcès froid de carie vertébrale (Mém. cité). Il est vrai que ce pus, inoculé, donna des résultats positifs. C'est ainsi également que notre maître, le professeur Cornil, qui, au congrès de Copenhague, disait : « *Toutes* les lésions bien caractérisées et spécifiques rapportées naguère à la scrofule se rangent dans l'histoire des tubercules », a écrit (1) : « Les bacilles sont en général très rares et *même ne peuvent pas être mis en évidence* dans les ganglions scrofuleux du cou. » En outre, lors de sa communication à l'Académie de médecine (*Bull. Acad. méd.*, 1883 et *Journal des conn. méd.*, mai 1883), il rapporte trois cas d'abcès froids, l'un de la mamelle, les deux autres de la peau, où ce savant observateur ne put rencontrer de bacilles.

L'inoculation expérimentale, beaucoup plus positive, puisqu'elle décèle la nature tuberculeuse de certains liquides ou tissus pathologiques où le microscope n'a pu reconnaître les bacilles caractéristiques (2), a fourni de son côté un argument d'une grande valeur en faveur de la nature parasitaire des lésions scrofuleuses, ou, pour être plus exact, des lésions scrofulo-tuberculeuses. Sans doute, elle prouve que les animaux en expérience succombent à une tuberculose bacillaire, qui ne nécessite pas, selon la judicieuse remarque de Gombault et Chauffard, de nouvelles inoculations en séries ; mais elle montre aussi que cette tuberculose expérimentale est *souvent tardive, lente à se produire*, alors même que la voie péritonéale, si largement ouverte aux lésions infectieuses, a été la voie suivie.

Koch (*loc. cit.*, expériences XVIII et XIX), inocule des

(1) Cornil et Babès, *Journal de l'Anat.*, 1883. Note sur la présence des bacilles, etc. « Dans les *tumeurs blanches* des grandes articulations, la recherche des bacilles est loin de donner toujours un résultat positif. » Et, plus loin, ces auteurs ont observé « plusieurs cas de fongosités provenant de trajets fistuleux en rapport avec des caries scrofuleuses des os ou avec des fongosités des synoviales tendineuses, sans y rencontrer de bacilles ». Enfin l'absence de bacilles est encore relevée dans un cas d'ulcération tuberculeuse de l'amygdale, un cas de pneumonie caséeuse lobaire...

(2) Voy. A. Gombault et A. Chauffard, *Etude expérimentale sur la virulence tuberculeuse de certains épanchements de la plèvre et du péritoine* (*Bull. Soc. méd. hôp*, 8 août 1884). — Voy. aussi Grancher, Congrès de Copenhague, 1884 (analyse in *Compte rendu général des Académies et Sociétés médicales*, août 1884).

ganglions scrofuleux à des cobayes et à des lapins et remarque que la tuberculose expérimentale « évolua bien plus lentement » que lorsqu'il s'agissait de lésions manifestement tuberculeuses. Dans une observation encore inédite, notre collègue et ami A. Gombault (1) inocula le pus d'un ganglion scrofuleux de l'aisselle à un cobaye, qui ne succomba qu'au bout de 13 mois 20 jours, à une tuberculose généralisée bacillaire et manifestement expérimentale. Nous avons cité plus haut une observation de Colas (2) où le cobaye inoculé succombait le 113e jour à une tuberculisation généralisée. Dans un autre cas du même auteur, le cobaye mettait 115 jours à mourir. Ces inoculations lentes, lorsque les faits ont été rigoureusement observés, et lorsqu'on a laissé mourir spontanément les animaux en expérience, ont une valeur réelle. Dans nos faits, la survie de nos animaux inoculés a varié pour ceux que nous avons laissés succomber, entre 22 et 340 jours.

Donc, lenteur relative et parfois extrême (3) de la tuberculose expérimentale chez les animaux inoculés avec les débris provenant des abcès froids scrofuleux.

Peut-on, doit-on, comme le veut Koch (4), établir une corrélation évidente entre le petit nombre de bacilles contenus dans les lésions scrofuleuses et la lenteur du développement de la tuberculose expérimentale? Quoi qu'on en pense, deux données positives restent à l'actif de la scrofule : la *rareté des bacilles* et la *lenteur d'évolution* de la tuberculose expérimentale.

Ces deux caractères distinctifs, bien peu importants en apparence, ont à nos yeux une valeur considérable. Le dernier mot n'est pas dit sur l'histoire naturelle, les évolutions et transformations successives, les conditions de développement, le rôle pathogénique des micro-organismes propres à la tuberculose. Il y aurait en outre bien des particularités à relever dans l'anatomie pathologique des gommes scrofuleuses et, d'une façon générale, des lésions caséo-ulcéreuses rattachées jadis à la scrofule, reversées aujourd'hui dans la tuberculose. L'étude des germes pathogènes de la tuberculose commence à peine...

Que conclure de tout ce qui précède ? Ceci, je pense : un jour, prochain sans doute, le rôle pathogénique des micro-organismes de la tuberculose sera, de par l'histologie, positivement délimitée. Ce jour-là on saura exactement ce qui appartient de fait à tous ces microbes dans les divers processus de caséification, de sclérose, de travail ulcératif, admis par nos prédécesseurs comme communs à la scrofule et à la tuberculose. La part qui revient aux obstructions vasculaires et aux altérations dégénératives des éléments organiques (transformation vitreuse, granuleuse, granulo-graisseuse, nécrose de coagulation), cette part sera faite. On saura en quoi diffèrent les lésions scrofuleuses et les altérations tuberculeuses.

A un autre point de vue, l'importance des lésions circonscrites antérieures (traumatismes, affections inflammatoires, hyperhémies localisées), sera fixée et donnera la raison des déterminations *locales*, extérieures, de la scrofule, de ce qu'on a pu appeler la *tuberculose chirurgicale* (Charvot, Mémoire cité, *Rev. chirurg.*, 1884).

On aura ainsi rendu à la tuberculose, affection parasitaire, tout ce qui lui appartient.

Alors, sur ce terrain déblayé, les adversaires et les partisans de la scrofule se mettront d'accord. On reconnaîtra que plus les faits démontrent la nature parasitaire de la tuberculose, et plus il est nécessaire d'accepter l'idée, l'hypothèse si l'on veut, d'un état pathologique, propathique, prédisposant l'homme à la tuberculose, le rendant apte, surtout aux deux extrêmes de la vie, à recevoir les germes parasitaires, infectieux, du tubercule et à les cultiver.

Cette idée d'un état morbide qui confine dans ses formes les plus atténuées au *tempérament lymphatique*, a pris corps en France et s'impose mieux chaque jour. L'état scrofuleux, le *scrofulisme* (Villemin), cette diathèse (Damaschino), ce *terrain*, comme l'a si bien dit Rendu (*Scrofule et tuberculose*, in *Bull. Soc. méd. hôp.*, 1881, et discussion sur la tuberculose et la scrofule, 1881), sur lequel germeront les *graines* de la tuberculose bacillaire, est accepté par la plupart des auteurs contemporains.

Donc, que l'on supprime de l'ancienne scrofule toutes les *vraies* tuberculisations et ce sera justice ; il n'en restera pas moins, en clinique, une série, variée à l'infini et toujours vraie, de malades typiques, aisément reconnaissables. Rayez la scrofule, nous n'en rencontrerons pas moins toujours ces *scrofuleux*, dont je trouve les descriptions les plus saisissantes et les plus heureuses à chaque page de la collection des travaux communiqués ici même, lors de la discussion d'il y a trois ans (*Discussion sur la tuberculose et la scrofule*. Collection des travaux, etc. Asselin et Cie, 1881, et *Bull. Soc. méd. hôp.*, 1881, *passim*).

Il restera en outre acquis aux débats que le scrofuleux *localise* plus ou moins longtemps ses lésions à la surface du corps (gommes, abcès froids, adénites, etc.). Qu'il s'agisse, dans cet état dystrophique, d'un travail éliminateur comparable aux exanthèmes des maladies infectieuses, ou d'une toute autre cause, il importe peu pour la thèse que nous allons soutenir. Dans une seconde phase, dont l'ordre chronologique n'est pas toujours évident, s'il est même réel, les os et les séreuses articulaires s'effondrent, envahis par les micro-organismes. Alors la déchéance organique où tombe le scrofuleux est une porte ouverte *à toutes les tuberculisations*...

Et maintenant, j'ose aller plus loin, et je me demande si l'on peut, si l'on doit réellement *faire table rase* de tout ce que nos prédécesseurs ont dit et édifié sur ce vaste terrain de la scrofule, eux qui étaient avant tout des cliniciens et souvent de si merveilleux observateurs. Ne serait-il pas possible, même au point de vue parasitaire, qui est le grand écueil de la question scrofulo-tuberculeuse, d'accepter une idée qui n'a rien d'illogique et qui, hypothèse pour hypothèse, satisfait, je pense, toutes les opinions, aplanit même bien des difficultés ?

Acceptons que les affections scrofuleuses et tuberculeuses, qui ont pour caractère commun l'existence de micro-organismes pathogènes, constituent une classe spéciale en Nosologie, à laquelle on pourrait donner, en attendant mieux, le nom de *bacillose* (Vulpian) ou de *phymatozymose* (de φῦμα, tumeur, et de ζύμη, ferment, d'où ζύμωσις, action de fermenter).

Ces deux termes d'une même série auraient pour caractère clinique différentiel l'innocuité relative de l'une (la scrofule), sa *localisation externe* fréquente, sa curabilité fréquente aussi ; tandis que l'autre, la tuberculose, plus essentiellement grave, *plus viscérale* pour ainsi dire, représenterait le type complet, parfait de la maladie.

La *lenteur d'évolution* des micro-organismes scrofuleux pour devenir tuberculeux (la culture expérimentale en est la preuve éclatante), ne semble-t-elle pas indiquer qu'il s'opère, *même sur l'homme*, une modification quelconque dans leur manière d'être ? Le scrofuleux demande un certain temps, certaines conditions morbides pour se tuberculiser. Quel contraste, même au point de vue de la pathologie expérimentale, avec la rapidité habituelle, que mettent pour se déve-

(1) Communication orale. Nous ne saurions trop remercier le docteur A. Gombault, pour ses bons conseils, qui nous ont grandement servi, lors de nos recherches au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté.

(2) Expérience IV. Abcès par congestion provenant d'un enfant de cinq ans, et expérience V, bourgeon charnu et carie d'un métacarpien, p. 92 et 93 (*loc. cit.*).

(3) Voy. aussi H. Martin (*Rev. méd.*, 1882), cité plus haut, un abcès caséeux ganglionnaire tuant au bout de 66, 69, 61, 137 jours les cobayes inoculés en séries.

(4) Koch, *loc. cit.* « Dans tous les processus, à marche lente, la *scrofule* par exemple, l'arthrite fongueuse, etc., les bacilles ne sont qu'en petit nombre. On les trouve presque exclusivement dans les cellules géantes, et alors aussi un seul ou quelques-uns au plus par cellule géante. »

lopper tant de micro-organismes les plus différents, transportés d'un sujet sur un autre par inoculation? Et d'autre part, par les expériences de M. Pasteur, dont les détails sont connus et classiques, ne voit-on pas qu'un virus, qu'un microbe modérément virulent chez un sujet infecté, peut acquérir une intensité virulente extrême lorsqu'il est inoculé à un autre sujet, c'est-à-dire par le fait même de son passage à travers un organisme vivant? Ne pourrait-il pas se passer des phénomènes analogues dans la scrofule inoculée aux animaux en expérience, et même dans la *scrofule humaine compliquée de tuberculose*, qui semble, parfois, n'être qu'une auto-infection, une *auto-inoculation devenue tuberculeuse?*

D'ailleurs, au point de vue clinique comme au point de vue thérapeutique, nous le répétons après bien des maîtres, la différence entre la scrofulose et la tuberculose persiste. En vérité, le scrofulome ne se comporte pas comme le tubercule banal.

Et pour ne parler que de l'action thérapeutique de certains médicaments, que de différences! Prenez de la scrofule, de l'ancienne scrofule des auteurs, vous pourrez *souvent* arriver à la guérir par un traitement approprié. S'il s'agit, par exemple, de scrofulomes cutanés, le succès est fréquent par de simples applications de teinture d'iode (voy. mon observation IV).

Prenez, au contraire, du tubercule, combien vous serez souvent désarmés! Ce que je dis n'a pas trait seulement à la phthisie classique, mais même aux manifestations cutanées franchement tuberculeuses : ici, l'application de teinture d'iode sera loin de donner des résultats satisfaisants, si même elle n'en amène pas de nuisibles, comme cela est arrivé à notre vénéré maître, le professeur Vulpian (1), dans une observation encore inédite.

J'oserai donc, pour terminer, énoncer, sous toutes réserves bien entendu, que la scrofulose et la tuberculose constituent *deux* maladies qui ne sont pas absolument identiques, *même au point de vue parasitaire et expérimental*, mais qui marchent en se tenant par la main ; la scrofule *peut devenir le germe* de la tuberculose, mais il n'y a pas là une loi fatale, inéluctable.

Du reste, les *lésions macroscopiques* ne *sont pas absolument les mêmes*, ce qui semble bien démontrer qu'il y a une différence très sensible dans l'*énergie virulente* des micro-organismes de l'une et de l'autre maladie.

J'admets donc que la scrofule est caractérisée par des micro-organismes pathogènes ; ces *micro-organismes scrofuleux*, spores *peut-être* des bacilles tuberculeux, se trouvent dans un état spécial que je ne puis déterminer, mais tel que leur nocuité est en réalité peu considérable.

Au contraire, les micro-organismes de la tuberculose, développés sous l'influence de l'inoculation de la matière scrofuleuse, deviennent par le fait seul de leur culture, le plus souvent extrêmement virulents.

En résumé, à part quelques exceptions qu'on voudra bien m'accorder, un sujet imprégné de micro-organismes scrofuleux est curable. Un autre patient, ou le même malade ayant fait les frais de la culture scrofuleuse par auto-inoculation, est-il imprégné de bacilles tuberculeux, il est incurable, ou tout au moins les sources de la vie sont chez lui gravement compromises.

Je termine : les travaux les plus récents sur la tuberculose et sur les lésions scrofulo-tuberculeuses, loin de détruire la conception théorique d'une maladie générale appelée scrofule, l'ont rajeunie, au contraire, en lui accordant les bases scientifiques qui lui manquaient encore.

La *scrofule*, maladie générale dyscrasique, diathèse, état constitutionnel, ou mieux encore *maladie parasitaire*, constitue un terrain de prédilection pour la tuberculose, en un mot, pour la culture des parasites de la scrofule et leur transformation en micro-organismes tuberculeux.

Fort des données cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentales acquises aux débats, je conclus : si la scrofule (ainsi comprise) n'existait pas en pathologie, il faudrait la créer; et j'ajoute, pour paraphraser un aphorisme célèbre : *le plus grand danger qui menace un scrofuleux, c'est de se tuberculiser.*

(1) Communication orale du professeur Vulpian, à qui nous adressons tous nos remerciments et l'expression de notre gratitude pour les précieux conseils qu'il nous a prodigués à l'occasion de ce mémoire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

Influence des variations de la composition centésimale de l'air sur l'intensité des échanges respiratoires. Note de M. *L. Frédéricq*. — L'auteur a étudié, sur lui et sur des lapins, l'influence qu'exercent sur l'intensité des échanges respiratoires les trois phénomènes suivants:

1° *Augmentation de la proportion centésimale d'oxygène:* cette augmentation dans l'air respiré ne modifie en rien l'intensité de l'absorption de ce gaz dans la respiration.

2° *Diminution dans la proportion centésimale d'oxygène :* quand le sujet respire une atmosphère pauvre en oxygène, l'absorption de ce gaz diminue; de là une dyspnée plus ou moins intense.

3° *Augmentation dans la proportion centésimale de l'acide carbonique :* lorsque l'homme respire pendant assez longtemps un mélange riche en oxygène, mais contenant 5 à 6 pour 100 ou même davantage d'acide carbonique, il éprouve une forme de dyspnée caractérisée par une respiration anxieuse plus ou moins convulsive et une céphalalgie qui rappelle la migraine. De plus, l'acide carbonique à petite dose agit en excitant puissamment les combustions respiratoires.

M. Frédéricq fait remarquer que ces résultats sont diamétralement opposés à ceux des expérimentateurs qui l'ont précédé dans ce genre de recherches. Cela tient, dit-il, à ce que les doses d'acide carbonique employées par eux étaient plus considérables que dans ses propres expériences, et qu'il s'agissait bien plutôt dans leur cas, d'un empoisonnement par l'acide carbonique que d'une dyspnée.

Action anesthésique cutanée du chlorhydrate de cocaïne. Note de M. *J. Grasset*. — Dans sa première communication du 1er de ce mois, M. *J. Grasset* concluait, des expériences qu'il avait entreprises sur des chiens et des singes, que la cocaïne anesthésie non seulement les muqueuses, mais encore la peau.

Cette démonstration ne pouvait se faire complète et concluante que sur l'homme, c'est sur lui qu'ont été poursuivies les recherches dont l'auteur résume dans les quelques lignes suivantes les résultats :

1° Il paraît démontré que l'injection hypodermique de 0gr,01 de chlorhydrate de cocaïne produit, *chez l'homme*, une *zone d'anesthésie cutanée* très nette, sans phénomènes généraux et avec des suites locales insignifiantes.

2° Cette anesthésie dure un temps suffisant pour qu'on puisse faire un certain nombre d'opérations chirurgicales.

3° Si l'on veut appliquer ce moyen pour l'anesthésie locale, il sera bon d'injecter 0gr,01 ou 0gr,02 au moins, de faire arriver le liquide juste au-dessus de la région que l'on veut inciser et d'opérer cinq à dix minutes après l'injection.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1884.— PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

M. le docteur *Rullier*, médecin-major de 2e classe, envoie un mémoire manuscrit ayant pour titre : *La dysenterie à Vesoul en* 1884. (*Commission des épidémies.*)

M. le docteur *Brottet* (à Vienne, Isère) adresse un mémoire manuscrit sur *la culture artificielle du vaccin.* (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *Bourgeois*, médecin-major, envoie des *États nominatifs des revaccinations qu'il a pratiquées au 7e régiment de cuirassiers.* (*Commission de vaccine.*)

M. *Alphonse Guérin* présente, au nom de M. le docteur *Le Bec*, un *Précis de manuel opératoire.*

M. *Bourdon* dépose, de la part de M. le docteur *Niepce*, un mémoire sur *l'action antithermique de l'antipyrine chez les tuberculeux.*

M. *Fournier* fait hommage de ses *Leçons sur la période préataxique du tabès d'origine syphilitique.*

M. *Dechambre* présente, de la part de M. le docteur *Coriveaud* (de Blaye), une brochure ayant pour titre : *Fonssagrives, étude sur son œuvre.*

M. *Richet* offre, de la part de MM. les docteurs *Galezowski* et *Daguenet*, un volume intitulé : *Diagnostic et traitement des affections oculaires.*

M. *Léon Labbé* dépose, au nom de M. le docteur *Jules Bœckel*, un mémoire imprimé sur le *pansement à l'iodoforme* et une *Note sur* 85 *cas de trachéotomies pratiquées à l'aide du thermo-cautère de Paquelin.*

ÉLECTION. — Par 59 voix sur 76 votants, M. *Paul Schutzenberger* est élu membre titulaire dans la dixième section (physique et chimie médicales), en remplacement de M. Dumas, décédé.— M. Albert Robin obtient 8 voix ; M. Javal, 5 ; M. Ernest Hardy, 4.

BUREAU POUR 1885.— Par 68 voix sur 77 votants. M. Ulysse Trélat est élu vice-président pour 1885; M. Proust est réélu, par acclamation, secrétaire annuel. MM. Rochard et Villemin sont nommés membres du Conseil et M. Caventou est réélu, par acclamation, trésorier pour la période quinquennale 1885-1889.

FERMENTS GLYCOGÉNIQUES. — M. *Husson* (de Toul), correspondant national, dans une Note lue par M. Chatin, s'occupe des ferments employés pour faciliter la digestion de la matière amylacée du pain; il examine successivement la maltine allemande, le malt, la diastase et la pancréatine, au point de vue pharmacologique et thérapeutique ; il donne la préférence à la dernière, en raison de son action à température faible et de ses effets également sur les matières protéiques.

OPÉRATIONS PLASTIQUES SUR LE PALAIS. — M. *Ulysse Trélat* continue et achève sa communication concernant les opérations plastiques sur le palais et la détermination de l'âge auquel il convient de les pratiquer. Il cite un certain nombre d'observations à l'appui de son opinion, résumée dans les propositions suivantes : 1° il ne faut pas faire d'opérations plastiques sur le palais avant l'âge de sept ans au minimum; avant cet âge, elles sont dangereuses, compromises ou inutiles ; 2° il faut soumettre les futurs opérés à une éducation attentive depuis le moment où ils essayent leurs premiers mots jusqu'à l'opération et reprendre ensuite l'éducation post-opératoire ; c'est le moyen assuré d'éviter les déceptions et de hâter le moment de la guérison fonctionnelle. — Quelle que soit à la naissance l'étendue de la division palatine, il faut attendre et surveiller l'éducation ; on aura le temps de prendre plus tard des conseils éclairés pour savoir si le cas particulier ressortit à la prothèse ou à l'anaplastie ; il n'en est pas de même d'ailleurs pour le bec-de-lièvre s'il existe en même temps que la division palatine, car il y a tout avantage à l'opérer dans le premier mois ou dans les six premiers mois après la naissance. Quant aux diverses alternatives qui se présentent, il faut reconnaître qu'on peut parler intelligiblement avec un organe très défectueux ; que si l'éducation antérieure à l'opération a été nulle ou très mauvaise, le résultat fonctionnel sera, provisoirement au moins, nul ou très mauvais ; et que si l'éducation antérieure a été bonne, si elle est suivie d'une éducation ultérieure attentive, on obtient d'excellents résultats définitifs. Car on apprend à se servir d'un palais rétabli par la suture comme on apprend à se servir d'un palais artificiel ; l'éducation organique est toutefois plus facile que l'éducation instrumentale.

M. Trélat termine par quelques considérations de technique opératoire : il fait remarquer que, lorsque le bord alvéolaire est atteint par la division portant d'ailleurs sur la voûte et le voile, l'opération est possible, mais aussi passible d'échec ; il ne faut pas opérer lorsque les parties latérales de la division n'ont pas une largeur suffisante pour permettre d'y tailler des lambeaux convenables ; la prothèse est alors préférable. Les opérations plastiques sur le palais ne donnent aucune chance de mort ; M. Trélat n'a perdu aucun de ses 46 opérés. Il opère dans la position horizontale, la tête renversée en arrière sur le bord du lit, avant que le sang tombe dans les narines et que les bronches et l'œsophage soient en grande partie préservées de son accès. L'anesthésie doit être totale ; la bouche est maintenue ouverte par un baillon écartant les dents de chaque côté et déprimant la langue ; l'opération ne réclame pas plus de trente à quarante minutes. La suture étant solide et les parties affrontées bien simples, on peut nourrir les opérés dès le soir même, à l'aide d'aliments plus ou moins épais et continués pendant dix à douze jours ; la guérison a lieu d'ordinaire en quatre à huit jours.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

A propos de l'ostéomyélite : M. Largsr. – Rupturs de l'urèthrs, infiltration d'urine, fistuls urinairs. Rapport : M. Tsrrisr. – Amputation tibio-tarsisnne ostèoplastiqus. Rapport . M. Terrisr. — Traitsment dss fistulss uréthropéniennss. Rapport : M. Tillaux ; discussion : MM. Vsrneuil, Berger, Anger, Richslot, Gillstte. — Hydarthross tuberculeuss ; subluxation en avant des cinq métacarpiens. Rapport : M Chauvel. – Cancsr du corps thyroïde : M. Marchand. — Commission dss prix.

M. *Larger* trouve dans tout ce qui a été dit dans la dernière séance, à propos de l'ostéomyélite, la justification de la conduite qu'il a tenue dans le cas suivant. Un jeune homme était atteint d'ostéomyélite aiguë, M. Larger pratiqua, suivant les préceptes posés par M. Lannelongue, la trépanation et l'évidement, aussitôt tous les accidents cessèrent. Pendant le cours de cette opération, le chirurgien a pu se rendre compte de la facilité des manœuvres, grâce à l'application de la bande d'Esmarch. On doit intervenir le plus tôt possible ; tous les phénomènes inflammatoires cessent aussitôt, et rapidement se font la réparation et la guérison de la plaie osseuse.

Pour M. Larger, l'ostéomyélite est une maladie infectieuse, à généralisation rapide, à réaction typhoïde, survenant sur les os avec ou sans canal médullaire; elle rappelle le phlegmon diffus des parties molles, d'où le nom de phlegmon diffus osseux qu'il propose.

— M. *Terrier* fait un rapport sur une observation de M. le docteur Cabadet intitulée : « Rupture de l'uréthre, infiltration d'urine, fistule urinaire. »

— M. *Terrier* lit un second rapport sur un travail de M. Villeneuve (de Marseille) à propos d'une observation d'une amputation ostéoplastique. Une femme de cinquante-deux ans, d'une bonne constitution, sans antécédents héréditaires, voyait depuis des mois se succéder de nombreux abcès au niveau du tarse gauche. Elle entre à l'hôtel-Dieu de Marseille, et, malgré le repos et un traitement approprié, aucune amélioration ne survient. M. Villeneuve se décide alors à pratiquer l'amputation tibio-tarsienne suivant le procédé ostéoplastique de M. Le Fort. L'opération est pratiquée le 15 mars, avec toutes les précautions de la méthode antiseptique ; le calcanéum sectionné est suturé au tibia à l'aide d'une tige

d'acier; drain; pansement de Lister. Tout marche sans incident; la cicatrisation des parties molles se fait rapidement; mais les os ne se réunissent pas et restent mobiles l'un sur l'autre. Le 4 avril, la tige d'acier est enlevée; les os sont maintenus en contact au moyen de bandelettes de diachylon; le moignon a bon aspect et est parfaitement rembourré. Cependant la consolidation osseuse ne se fait pas; il persiste même un petit trajet fistuleux; malgré cela la malade peut marcher, et elle quitte l'hôpital au mois de septembre. Ce fait est intéressant surtout parce qu'il prouve combien est sans danger la transfixion des os par des tiges métalliques, procédé de suture osseuse préconisé par M. Le Fort.

— M. *Tillaux* lit un mémoire de M. Robert (du Val-de-Grâce) intitulé : « Fistule uréthro-pénienne consécutive à une constriction circulaire de la verge. » M. Robert rapporte trois observations : l'une provient du service de M. Duplay, l'autre a été recueillie à l'hôpital Trousseau, la troisième est personnelle à l'auteur. Il s'agit d'un Arabe vagabond et en grande partie privé de ses facultés mentales, qui fut observé à l'hôpital d'Aumale (Algérie). Cet homme introduisit sa verge dans un anneau métallique; congestion de l'organe, rétention d'urine, puis infiltration d'urine, finalement sphacèle et formation d'une fistule uréthro-pénienne en arrière de l'anneau. M. Robert s'empresse de faire la section de la pièce métallique en protégeant les téguments, pendant les manœuvres nécessaires, au moyen de la sonde de Blandin. Les accidents inflammatoires et d'infiltration cessent aussitôt, mais la fistule persiste. Quelque temps après, M. Robert tente de guérir la fistule en pratiquant l'uréthroplastie par le procédé à double lambeau avec sonde à demeure; le quatrième jour les sutures lâchent. Le chirurgien attribue son insuccès aux difficultés d'obtenir une antisepsie rigoureuse, à l'irritation causée par la présence de l'urine, et surtout à l'existence d'un rétrécissement de l'urèthre en aval de la fistule. M. Tillaux fait remarquer, à propos de ce cas, que, dans les pertes de substance un peu larges des parois de l'urèthre, il est préférable d'avoir recours à l'uréthroplastie qu'à l'uréthrorrhaphie. L'obstacle à la cicatrisation des lambeaux est le contact de l'urine. Pour y obvier, l'emploi de la sonde à demeure ne vaut rien; ce moyen n'empêche pas l'urine de venir baigner la plaie, et il expose à des accidents, tels que la suppuration des lambeaux, l'uréthrite suppurative, etc. On a conseillé la création d'une boutonnière périnéale en amont de la fistule; cette boutonnière ne met pas complètement à l'abri du contact de l'urine, une certaine quantité pouvant suivre la paroi supérieure du canal; de plus il faut veiller avec soin à la cicatrisation du trajet dérivatif. Le rapporteur préfère à tous autres procédés le cathétérisme de l'urèthre avec une sonde molle pratiqué à intervalles le plus éloignés possible, ou bien la ponction sus-pubienne de la vessie, petite opération considérée comme tout à fait inoffensive lorsqu'on la pratique avec un appareil aspirateur, par exemple celui de Dieulafoy.

M. *Verneuil* dit que l'uréthroplastie, belle opération sur le cadavre, réussit très rarement sur le vivant. Huit fois sur dix elle échoue. Pour lui, il préfère de beaucoup l'uréthrorrhaphie, aujourd'hui surtout que l'emploi des sutures métalliques permet de faire des rapprochements si exacts. Il reconnaît tous les inconvénients de la sonde à demeure ordinaire, mais il sait aussi qu'une petite sonde molle de caoutchouc rouge peut rester impunément dans l'urèthre dix à douze jours. Relativement à la production des accidents déterminés par le contact de l'urine, il importe de distinguer la qualité des urines : on sait aujourd'hui qu'une urine saine ne présente aucun danger pour les tissus normaux. Il y a longtemps que Simon, Spencer Wells, Hergott n'emploient plus la sonde à demeure.

Dernièrement, M. Verneuil ayant pratiqué une uréthroplastie chez un goutteux, fut étonné de voir sourdre quelques gouttes d'urine par le trajet d'un des fils enlevés; il eut bientôt l'explication du phénomène par la constatation de la présence de cinq ou six petits cristaux d'acide urique, qui s'étaient déposés le long du fil et entretenaient l'existence d'une fistulette.

M. *Berger* trouve l'idée de vider la vessie par la ponction hypogastrique ingénieuse, mais peu pratique. En effet, pour pratiquer efficacement cette ponction, il faut que la vessie soit distendue, et que par conséquent le malade se soumette à une rétention volontaire des urines; or il ne consentira jamais à s'exposer aux vives douleurs de cette rétention lorsqu'il sait qu'il peut uriner sans secours extérieur.

M. *Anger* condamne l'usage de la sonde à demeure dans l'uréthroplastie. Il cite quelques cas plaidant en faveur de cette opinion. Chez un premier malade, la sonde à demeure détermina de la cystite et une orchite. Chez un autre, bien qu'elle ne fût maintenue que trois jours, elle produisit des accidents très douloureux de dysurie. Chez un troisième on dut la supprimer, l'opéré (enfant de trois ans) ayant été pris de rétention absolue de l'urine; le petit malade urina dans un bain ; s'il ne l'eût pas fait, M. Anger aurait encore hésité avant de pratiquer la ponction de la vessie.

M. *Richelot* présente quelques considérations sur la physiologie pathologique des fistules et insiste sur l'influence mécanique de l'urine qui entretient la fistule pour son écoulement à chaque miction.

M. *Gillette* a fait trois uréthrorrhaphies. Dans le premier cas, il s'agissait d'une fistule de la portion pénienne de l'urèthre; le chirurgien mit une grosse sonde et fit trois points de suture. Le troisième jour, le malade ayant fait un effort et dérangé sa sonde, les sutures se désunirent et l'insuccès fut complet. Dans les deux autres cas, on ne mit pas de sonde à demeure et la guérison parfaite fut obtenue. M. Gillette croit la ponction vésicale une bonne opération, mais il doute que l'on trouve toujours la vessie suffisamment distendue.

M. *Tillaux* dit qu'il ne conseille pas de faire toujours et quand même la ponction de la vessie, mais alors seulement que le cathétérisme est impossible. En tout cas il la préfère à la sonde à demeure ou à la boutonnière périnéale. Il répond à M. Verneuil que, comme lui, il préfère l'uréthroplastie, mais que souvent la première est impraticable à cause de l'étendue de la portion de la paroi de l'urèthre qui a disparu. Il n'est pas partisan de la sonde molle mise à demeure, parce qu'il arrive souvent qu'elle se replie dans le canal sans qu'on le sache. Si l'urine saine n'est pas nuisible, ainsi que l'ont démontré Muron Gosselin et Robin, il arrive que trop souvent chez les malades en question, ce liquide est altéré, et par conséquent il y a intérêt majeur à l'empêcher de baigner la plaie. On pourra toujours chez un malade adulte et raisonnable obtenir la contention des urines par un effort de la volonté, afin de permettre à la vessie de se distendre suffisamment pour la ponction. La fréquence de ces ponctions ne présente aucun inconvénient; deux des membres de la Société ont dernièrement pratiqué vingt-cinq ponctions consécutives chez un jeune homme pour laisser cicatriser une déchirure de l'urèthre. D'ailleurs, en diminuant la quantité des boissons ingérées par le malade, on peut se contenter d'une seule ponction par vingt-quatre heures.

—M. *Chauvel* lit deux rapports sur deux travaux présentés par M. Poulet, professeur agrégé du Val-de-Grâce; l'un est relatif à l'hydarthrose tuberculeuse, l'autre traite d'un cas de subluxation en avant de cinq métacarpiens sur le carpe.

— M. *Marchand* lit l'observation d'un cancer du corps thyroïde intéressante à cause de la rareté du fait et de quelques particularités dans la marche et les signes auquel il a donné lieu.

Il s'agit d'une Parisienne, âgée de trente-deux ans, mariée à dix-huit ans, mère de trois enfants, le dernier âgé de

cinq ans, ne présentant aucun antécédent héréditaire. Elle a toujours eu le cou gros. Quand elle vint trouver M. Marchand, elle présentait sur la ligne médiane et un peu à droite une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, dont le début remontait à dix-huit mois.

Contrairement aux cas publiés jusqu'à ce jour, dans lesquels on relève la marche rapide accompagnée d'accidents dus à la compression de l'œsophage, la tumeur se développa lentement et se manifesta d'abord par des phénomènes de compression des organes respiratoires seulement. La dyspnée d'abord temporaire, survenant quand la malade faisait un mouvement brusque, montait un escalier, devint permanente au bout de six mois, et s'accompagna de cornage deux mois avant que la malade fût prise d'abcès de suffocation avec perte de connaissance.

M. Marchand crut à un goitre avec un prolongement rétro-sternal; la tumeur dure ne déterminait pas de phénomènes douloureux locaux ni généraux. Elle ne dépassait pas le bord supérieur du canal thyroïdien et le bord antérieur du sterno-mastoïdien. Par la pression on déterminait une véritable sthénose des voies respiratoires rendant impossible un examen prolongé.

Le traitement iodé employé au début n'avait donné qu'une amélioration temporaire.

En présence des accidents graves de suffocation, M. Marchand résolut de faire la thyroïdectomie, de préférence à la trachéotomie, le 18 août 1884, avec l'aide de MM. Monod et Henriet. Par une incision longitudinale descendant jusqu'à la fourchette sternale il arriva sur une tumeur d'aspect blanc rosâtre parcourue de vaisseaux volumineux, parfaitement circonscrite, mais englobée dans un tissu fibreux dense au milieu duquel il était difficile d'isoler les vaisseaux. Il fit à la partie supérieure deux pédicules, un seul à la partie inférieure et les coupa entre deux ligatures. La tumeur enlevée, il trouva la trachée de forme normale, avec ses anneaux intacts. Il réunit ensuite avec des sutures métalliques; mit un gros drain. L'opération avait duré une heure trois quarts, ses suites furent très simples, la malade put quitter l'hôpital au bout de trois semaines. Les fils des pédicules ne tombèrent qu'au bout de huit à neuf semaines. La malade guérit parfaitement avec une cicatrice qui s'élargit plus tard, mais sans s'indurer. La tumeur, assez volumineuse, de neuf centimètres de haut sur quatre-vingts centimètres de large, était formée d'une couche superficielle molle de tissu thyroïdien et d'une portion centrale riche en suc cancéreux. La malade, opérée depuis seize mois, ne présentait le 23 novembre dernier aucune trace de récidive locale ni générale. En 1879, Rose ne pouvait rapporter que trois cas de thyroïdectomie, suivis tous les trois de mort. Depuis, Billroth a eu trois guérisons, deux temporaires d'une durée de deux ans; dans l'autre cas (femme de vingt-trois ans), il n'y avait pas encore de récidive au bout de deux ans.

— Sont nommés membres de la commission pour le prix Laborie : MM. *Le Dentu*, *Marchand*, *Terrillon*, *Delens*, *Chauvel*.

Membres de la commission pour le prix Duval : MM. *Marjolin*, *Nicaise*, *Berger*, *Bouilly*, *Pozzi*.

Alf. Pousson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1884. — PRÉSIDENCE DE M. FRANÇOIS-FRANCK, VICE-PRÉSIDENT.

Conservation de la force musculaire dans l'intoxication par les poisons dits musculaires : M. Quinquaud. — Méthode générale des injections intraveineuses; effets de la créosote, de la résorcine, de l'antipyrine : M. Bouchard. — Pression pour les injections utéro-placentaires : M. Currie. — Non-inoculabilité du pus du bubon chancreux : M. Straus. — Résistance d'une pile secondaire contre les dangers des extra-courants de rupture : M. d'Arsonval. — Somnambulisme d'emblée : M. Brémaud. — Action physiologique des sels de cocaïne : M. Laborde.

M. *Quinquaud*, en faisant exercer des tractions à un muscle dont le tendon était mis en rapport avec un dynamomètre, avant et après l'empoisonnement par les poisons dits musculaires, est arrivé aux conclusions suivantes : 1° le sulfocyanure de potassium ne diminue pas la force musculaire : ainsi un chien pesant 12 kilogrammes possède, au moment de la mort produite par le sulfocyanure, une force de traction de 8 kilogrammes 1/2, la normale étant de 9. Mêmes résultats pour le *nitrate de plomb :* sur un chien de 10 kilogrammes empoisonné par ce toxique, on note 9 kilogrammes, 9 kilogrammes 1/2 immédiatement après la mort, tandis que la normale était de 10 kilogrammes. Le *chlorure de baryum* n'abolit pas la force musculaire : avant l'injection de cet agent, la force dynamométrique était de 7 kilogrammes et de 6 kilogrammes 1/2 après l'intoxication par ce poison. Dans l'empoisonnement par la *vératrine*, la force musculaire reste à peu près la même qu'à l'état physiologique. Sur un chien pesant 15 kilogrammes, le dynamomètre marque 10 kilogrammes 1/2 avant l'injection du poison, et aussitôt après la mort l'aiguille donne 9 kilogrammes 1/2.

Enfin le *venin de crapaud* peut tuer sans déterminer une diminution de la force musculaire : sur un chien du poids de 11 kilogrammes on injecte une petite quantité de ce venin dans la veine saphène, l'animal meurt en vingt-cinq minutes : avant l'injection la force dynamométrique était de 14 kilogrammes, après l'injection et immédiatement après la mort la force musculaire était de 12 à 13 kilogrammes 1/2.

— M. *Bouchard* a eu recours à la méthode des injections intraveineuses pour déterminer les équivalents thérapeutiques des médicaments et pour l'étude de la toxicité des urines normales. Cette méthode, dans l'étude physiologique des substances toxiques, et surtout dans l'estimation du poids de chaque substance qui, par kilogramme d'animal, peut produire soit la mort, soit un trouble fonctionnel déterminé, est extrêmement précieuse; elle doit être employée dans les recherches expérimentales, mais elle n'est pas actuellement applicable à la thérapeutique, sauf dans des cas exceptionnels. Elle est supérieure, au point de vue des recherches expérimentales, à la méthode sous-cutanée, surtout en ce qu'elle permet d'estimer la quantité de matière toxique actuellement agissante, du moins autant qu'il se peut faire, puisqu'il est évident que les accidents dépendent de la quantité de poison que le sang a déjà livrée aux tissus; l'injection intraveineuse se rapproche donc de la rigueur idéale sans en atteindre cependant les dernières limites. Pour appliquer l'injection intraveineuse à l'étude des substances toxiques, il faut savoir au préalable ce que peuvent produire les liquides dans lesquels sont dissous les principes actifs et fixer la quantité de ces excipients qui peuvent être introduits dans les veines sans provoquer aucun accident. Cette étude préliminaire a été faite par l'auteur pour les véhicules ordinaires, l'eau, l'alcool et la glycérine. Ce n'est qu'après avoir fixé ces conditions premières qu'il a abordé la recherche des effets toxiques.

Parmi les nombreuses substances dont il a déjà fait l'étude suivant cette méthode, M. Bouchard signale seulement quelques médicaments en raison des effets physiologiques nou-

veaux que ce mode d'administration lui a permis de constater.

La *créosote*, à partir de 4 centigrammes par kilogramme, produit la lenteur de la respiration; à 12 centigrammes, on observe des pauses de quatre à huit secondes, et, en dehors de ces arrêts, la fréquence des mouvements respiratoires n'est que de seize par minute au lieu de cinquante-quatre.

La *résorcine*, à partir de 4 centigrammes par kilogramme, produit des convulsions vibratoires partielles d'abord, puis universelles, et la mort survient quand l'animal a reçu 11 centigrammes par kilogramme.

L'*antipyrine*, à partir de 7 centigrammes, provoque un état singulier des muscles, une rigidité générale qui a été vue partiellement par M. Hénocque et comparée par lui à l'état cataleptique. Cette rigidité permet aux mouvements respiratoires et aux mouvements volontaires de s'exécuter en toute liberté. Dès que la volonté actionne un muscle, la rigidité disparaît pour recommencer dès que le mouvement volontaire a été exécuté. Cette raideur musculaire est due à l'action de l'antipyrine sur le système nerveux et non sur le système musculaire.

— M. *Currie* adresse une Note complémentaire sur les communications vasculaires de la mère au fœtus dans le placenta des rongeurs. Il s'est préoccupé surtout dans ses nouvelles expériences de la valeur de la pression employée pour faire pénétrer la matière à injection dans les vaisseaux; en effet, l'objection qui a été faite aux résultats de ces recherches repose sur la crainte qu'on n'ait produit des ruptures vasculaires. Or, dans des expériences faites au laboratoire de M. Mathias Duval, la pression employée n'a pas dépassé celle qui existe normalement dans la carotide du lapin, 110 millimètres Hg; il est, d'autre part, nécessaire d'employer une pression sensiblement aussi haute que la pression normale, sous peine de voir échouer l'expérience.

— M. *Straus* revient, pour la compléter, sur sa communication du 20 novembre. Il avait conclu que le pus du bubon chancreux n'est pas inoculable par lui-même. Depuis cette époque, seize nouveaux cas lui ont fourni les mêmes résultats négatifs. Il ne peut donc que maintenir ses conclusions, même en présence des quelques oppositions qui ont déjà commencé à se produire. Il fait, en passant, allusion à la communication de M. Gibier, qui, sur deux cas, a eu deux succès d'inoculation; l'auteur avait cependant, a-t-il dit, pris des précautions antiseptiques plus que suffisantes, et cela en février 1883, alors que l'inoculabilité propre du pus chancreux n'était pas en question : M. Gibier « a eu la main heureuse ». M. Straus cite encore le cas indiqué par M. Horteloup à la Société de chirurgie; mais, tout en rendant justice au talent et à la conscience avec laquelle a opéré M. Horteloup, il ne veut pas entreprendre de discuter les conditions des expériences qui lui sont opposées; il annonce que les médecins actuels de l'hôpital du Midi vont reprendre ses expériences d'une façon régulière et suivie, et qu'il tiendra la Société au courant des résultats.

— M. *d'Arsonval*, en déposant sur le bureau un recueil d'articles de M. L. Couty (revues économiques et biologiques), annonce la mort prématurée de ce jeune travailleur qui occupait à Rio-Janeiro une haute position dans l'enseignement. Le président se fait l'interprète de la Société en exprimant les vifs regrets que lui cause la perte qu'elle éprouve en la personne de M. Couty, membre correspondant.

— M. *d'Arsonval* indique un procédé pour éviter aux personnes qui manœuvrent les piles à haute tension les dangers des extra-courants de rupture : il propose d'interposer en dérivation un circuit fourni par une pile secondaire qui oppose au courant une résistance insurmontable quand le circuit est fermé et se laisse traverser par l'extra-courant si le circuit de la pile vient d'être accidentellement rompu.

— M. *Brémaud* dépose une note sur la « Provocation du somnambulisme d'emblée (les yeux ouverts) ».

— M. *Laborde* expose les résultats de ses expériences sur l'action physiologique des sels de cocaïne (chlorhydrate et bromhydrate). Il insiste surtout sur les troubles généraux d'hyperexcitabilité neuro-musculaire au début et sur l'analgésie avec conservation des réflexes dans la période d'action. Les effets respiratoires, circulatoires, thermiques et sécrétoires ont successivement fixé son attention.

1° La respiration, anhélante pendant la grande période d'agitation, devient ensuite accélérée et irrégulière, et se modifie de plus en plus dans ce sens jusqu'à la période convulsive pendant laquelle elle s'arrête d'une façon définitive, le cœur continuant à battre : la mort arrive donc par asphyxie.

2° La pression artérielle (dont il n'a pas constaté, comme M. Vulpian, la chute initiale) subit une ascension progressive jusqu'à une valeur de beaucoup supérieure à sa normale. A mesure que s'accentuent ces effets d'ordre vaso-moteur, l'action modératrice du pneumogastrique devient beaucoup plus facile à provoquer par l'excitation du bout périphérique du nerf.

3° La température centrale s'élève indépendamment des convulsions.

4° Les sécrétions ne sont pas modifiées d'une façon notable; elles seraient plutôt diminuées (secrétion urinaire), sauf la secrétion salivaire qui est notablement augmentée.

Société allemande des médecins de Prague.

SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1884.

Ténotomie du muscle interne du marteau — Peptonurie puerpérale.

Le docteur *Habermann* relate une ténotomie du muscle interne du marteau chez une femme de trente-trois ans qui était atteinte de spasmes cloniques de ce muscle, en même temps que de spasmes semblables du muscle orbiculaire des paupières. Ces contractions déterminaient, en outre d'un bruit perçant dans l'oreille et d'une diminution de l'acuité auditive, du vertige, de la lourdeur de tête, de l'affaiblissement des facultés intellectuelles que l'auteur attribue à l'ébranlement du labyrinthe par les contractions musculaires. Insuccès de l'électricité. Ténotomie facile; une perforation antérieure du tympan mettant à découvert le tendon du muscle. Huit jours après l'opération, bruit de claquement dans les deux oreilles perceptible à 40 centimètres de distance, isochrone aux mouvements de déglutition. Ce bruit est attribué au déplissement des parois enflammées de la trompe d'Eustache. L'emploi de l'électricité et le traitement direct du catarrhe de la trompe firent disparaître ce bruit, et la malade fut désormais guérie.

Le docteur *Fischel* fait une communication sur la *peptonurie puerpérale*. On admet que l'involution de l'utérus se produit par dégénérescence graisseuse des muscles et résorption des éléments granuleux. On pouvait admettre à priori que les albumines provenant de cette régression apparaîtraient dans l'urine sous forme de peptones. Les recherches faites par l'auteur démontrent qu'en effet la peptonurie est un phénomène physiologique normal de la puerpéralité. Sur 56 femmes en couche, du premier au vingtième jour, 151 fois l'on examina les urines, et 86 fois on put démontrer l'existence de peptones qui apparaissent dès la fin du second jour et disparaissent après le dixième. Les quantités maxima sont observées au second et au troisième jour.

La peptonurie est du reste assez constante dans les cas normaux; cependant, chez les primipares et chez les femmes à hémorrhagies abondantes, elle est prolongée, ce qui tient, sans doute, à ce que, chez ces deux catégories d'accouchées,

l'évolution se fait plus lentement. Suivant l'auteur, cette peptonurie n'est pas due à la résorption des lochies ou de leucocytes chargés de peptone. Il a pu d'ailleurs démontrer directement l'existence de peptones dans la substance de l'utérus en état de puerpéralité (dans la couche musculeuse, dans l'utérus hyperplasié, dans les myomes). L'utérus des animaux contient de même des peptones après la mise bas, tandis que auparavant on n'en rencontre pas. Ces expériences sur les animaux démontrent l'origine intravitale des peptones dans l'utérus, et permettent de rejeter l'origine intestinale.

En résumé, on peut affirmer que les peptones n'existent pas dans l'utérus en repos, et que, lorsque cet organe présente des peptones, il a été le siège de contractions.

Fischel a rencontré de la peptonurie chez des femmes enceintes, mais n'a pu mettre en évidence aucune régularité dans la marche de ce phénomène, ni lui assigner une cause.

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

Contribution a l'étude botanique, physiologique et thérapeutique de l'« Euphorbia pilulifera », par M. le docteur A. Marsset. Thèse de Paris, 1884. Le Mans, imprimerie Albert Drouin. — L'*Euphorbia pilulifera* est une plante de la famille des euphorbiacées très répandue dans les régions équatoriales et en particulier au Brésil; les échantillons desséchés qui ont servi à l'auteur pour la description des caractères de cette plante et de ses propriétés physiologiques et thérapeutiques provenaient de la province de Queensland, en Australie. Il a joint à son mémoire deux planches représentant la plante dans son entier, sa fleur, son fruit et quelques-unes des particularités les plus intéressantes de sa structure. Malgré les travaux de Pison, de Descourtilz, de Bancroft (de la Jamaïque), de Matheson (du Queensland) et du docteur Tison, il restait encore presque tout à faire pour établir sur des données précises et scientifiques la nature du principe actif de l'*Euphorbia pilulifera*, et ses effets physiologiques, toxiques et thérapeutiques. M. le docteur A. Marsset, au moyen de recherches et d'expériences fort judicieusement conduites, s'est assuré que la plante doit son action à un corps soluble dans l'eau et l'alcool étendu, insoluble ou peu soluble dans l'éther, le chloroforme, le sulfure de carbone et l'essence de térébenthine. Ce corps paraît être une gomme résine, et ne donne pas de précipité avec les divers réactifs propres à déceler l'existence d'un alcaloïde. Les expériences de l'auteur ont porté sur les grenouilles, les cobayes et les lapins, auxquels il a administré, par la voie hypodermique ou par la voie gastrique, des doses variables d'extrait aqueux d'*Euphorbia pilulifera* délayé dans l'eau. Il a pu constater que le principe actif de la plante jouit d'un pouvoir toxique à faible dose pour les petits animaux (10 à 15 centigrammes d'extrait pour une grenouille; 50 à 60 centigrammes pour un cobaye). Il produit tout d'abord une accélération marquée des mouvements respiratoires et des battements cardiaques, qui se ralentissent ensuite; la mort est le résultat de l'arrêt du cœur en diastole et de la cessation de la respiration. Il semble que son action s'exerce directement sur les centres nerveux; et les lésions des divers organes constatées à l'autopsie des animaux en expérience offrent une analogie frappante avec celles qui sont le résultat de la section des nerfs pneumogastriques. Les recherches de l'auteur lui ont également montré que l'*accumulation des doses* ne se produit pas avec le principe actif de l'*Euphorbia pilulifera*, et que la voie d'élimination de cette substance paraît être la sécrétion biliaire. L'action locale sur la peau et les muqueuses est nulle; cependant on observe, dans quelques cas, l'irritation de la muqueuse gastrique lors d'administration de l'extrait aqueux par les voies digestives. Chez l'homme, les faits cliniques recueillis jusqu'ici ont permis de reconnaître à cette euphorbe une incontestable efficacité pour combattre les accès de dyspnée spasmodique causés par l'asthme, l'emphysème ou la bronchite chronique. Peut-être même pourrait-elle rendre des services dans le cas de dyspnée d'origine rénale; son emploi du moins ne semble nullement contre-indiqué en semblable circonstance, car elle n'agit pas sur le rein lui-même. Enfin son utilité reste à déterminer dans les crises dyspnéiques paroxystiques, les spasmes laryngés, la coqueluche, l'angine de poitrine et toutes les névroses du nerf vague.

On peut employer l'extrait hydro-alcoolique à la dose de 5 à 10 centigrammes par jour : 1 gramme d'extrait correspond à peu près à 7 grammes de plante sèche; ou la décoction de la plante sèche, préconisée par Tison à la dose de 15 grammes pour 2 litres d'eau : on ajoute 50 à 60 grammes d'alcool pour assurer la bonne conservation du liquide, et l'on en fait prendre trois ou quatre verres à bordeaux par jour. On peut également prescrire, à l'exemple de M. Dujardin-Beaumetz, la teinture à la dose de 10 à 30 gouttes : 1 gramme de teinture représentant 5 grammes de plante; ou encore le sirop, dont chaque cuillerée à bouche renferme 5 centigrammes d'extrait. L'auteur croit d'ailleurs pouvoir poser en principe qu'il convient d'administrer les préparations d'*Euphorbia* dans un véhicule aqueux abondant, et, de préférence, au commencement des repas. Les doses quotidiennes doivent correspondre, au plus, à 1 gramme de la plante sèche.

VARIÉTÉS

Les chiens du temple d'Esculape.— L'article de M. S. Reinach sur les chiens sacrés dans le temple d'Esculape (*Revue archéologique*, septembre 1884, p. 69 et suiv.) a provoqué de la part de M. Clermont-Ganneau une Note insérée dans la *Revue critique* du 15 décembre, et tendant à établir que le rôle du chien dans le culte d'Esculape était signalé dans des textes anciens qui avaient échappé à M. Reinach, et que même l'usage thérapeutique de l'animal sacré était connu avant la découverte des inscriptions du temps d'Epidaure. Des passages de Festus et de Lactance rapportent une tradition d'après laquelle Esculape enfant aurait été nourri de lait de chien. Des auteurs, tels que Bochart, signalent la vertu curative de la langue du chien. On ne trouve pourtant dans aucune des citations de M. Clermont-Ganneau l'indication précise de l'emploi des chiens dans les Asclépiéions pour lécher les plaies des suppliants.

A. D.

Enquête sur le traumatisme de la phthisie. — Nous avons publié, dans notre dernier numéro (p. 851), la circulaire adressée à tous les médecins de France par la commission nommée au sein de la Société médicale des hôpitaux de Paris. Tous les documents envoyés en réponse aux questions posées par la commission devront être adressés, avant le 1er avril 1885, à M. le docteur Vallin, membre de la Société médicale des hôpitaux, au siège de la Société, 3, rue de l'Abbaye, à Paris.

Logements insalubres et conseil municipal de Paris.

Sur un rapport fait par M. Levraud au nom de la *Commission sanitaire*, le Conseil vient d'être saisi d'un projet de délibération dont la pensée est excellente. L'insuffisance de la loi de 1850 étant reconnue de tous, il y a lieu de recourir énergiquement aux pouvoirs dont le préfet de police est armé, grâce aux lois de 1789, 1790, 1791, l'arrêté du 12 messidor an VIII et l'ordonnance de police du 23 novembre 1853. Voulant donner une sanction à des vœux déjà émis par M. Straus et par M. Armengaud et adoptés par le Conseil, le rapporteur propose le projet de délibération suivant :

Article 1er. — Des feuilles (1) destinées au recensement des immeubles insalubres et conformes au modèle ci-joint seront imprimées par les soins de la préfecture de la Seine sur trois papiers de couleurs différentes correspondant aux trois catégories d'urgence (elles sont spécifiées dans le rapport susvisé).

(1) Le modèle de ces feuilles comprend les cinq indications suivantes : 1° hauteur de la construction de l'immeuble et le nombre d'habitants ; 2° état des cours; 3° état des logements; 4° escaliers, couloirs, etc.; 5° fosses d'aisances; 6° lieux d'aisances; 7° eau, qualité et quantité; 8° écoulement des eaux ménagères ; 9° profession, industrie; 10° *autres causes d'insalubrité.*

ART. 2. — Ces feuilles de recensement seront réparties entre les vingt mairies de Paris pour être remplies par les soins des Commissions d'hygiène de chaque arrondissement.

ART. 3. — Ces feuilles ainsi remplies seront renvoyées par les soins des mairies à la préfecture de la Seine et à la préfecture de police pour les deux premières catégories, et à la préfecture de la Seine seule pour la troisième catégorie.

ART. 4. — Les deux préfectures devront agir après entente préalable, dans le plus bref délai, chacune dans la limite des attributions qui lui sont conférées par les lois, ordonnances, décrets et règlements.

ART. 5. — Une carte de Paris sera dressée par le service du plan de Paris, avec l'indication des points de la ville qui seront reconnus comme ayant atteint le maximum d'insalubrité.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE.

Ce Congrès a été organisé par une commission ayant pour membres : M. le professeur Trélat, président; M. le professeur Verneuil, MM. Horteloup, Chauvel, Bouilly, Ch. Monod, et S. Pozzi, secrétaire. Cette commission a rédigé des statuts et règlements provisoires qui seront discutés dans la prochaine session, et dont voici les dispositions principales :

Le Congrès français de chirurgie a pour but d'établir des liens scientifiques entre les savants et les praticiens nationaux ou étrangers qui s'intéressent aux progrès de la chirurgie française.

Le Congrès tient ses sessions à Paris, chaque année, pendant la semaine de Pâques, sauf décision contraire de l'assemblée.

Sont membres du Congrès tous les docteurs en médecine qui s'inscrivent en temps utile et payent la cotisation, fixée à 20 francs par an. Une cotisation de 200 francs, versée avant le 15 février 1885, donne droit au titre de *fondateur*. Passé cette date, la même cotisation conférera le titre de *membre perpétuel*. Cette cotisation opérera le *rachat* de toute contribution annuelle.

Voici les questions mises à l'ordre du jour du prochain Congrès :

1° Étiologie et pathogénie des infections chirurgicales; 2° des indications que l'examen de l'urine fournit à la pratique chirurgicale; 3° des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie d'armée en campagne; 4° cure des abcès froids; 5° des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen.

La commission d'organisation demande aussi des documents sur les questions suivantes :

1° Valeur comparée de l'anus iliaque et de l'anus lombaire dans le cancer du rectum; 2° indications de la gastrostomie; 3° origine et nature de la coxalgie; 4° indications de la trépanation du crâne dans les lésions traumatiques; 5° du traitement du pédicule dans l'ovariotomie et l'hystérotomie; 6° de l'opération des tumeurs incluses dans le ligament large.

AMBULANCES URBAINES. — Sur l'initiative de M. le docteur Natchel on s'occupe d'instituer, à Paris, des ambulances urbaines destinées à assurer des secours rapides aux malades et blessés tombés sur la voie publique. Un *Comité d'organisation* s'est formé et a tenu une première réunion, le 24 décembre, dans la salle des séances de l'Académie de médecine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La Faculté s'est réunie jeudi 18 décembre pour dresser une liste de présentation des candidats à la chaire de clinique des maladies des enfants, vacante depuis la mort de M. Parrot.

Elle a présenté en première ligne M. Grancher par 32 voix sur 33 votants; en deuxième ligne, M. Legroux; en troisième ligne, M. Joffroy.

FACULTÉ DES SCIENCES DE TOULOUSE. — Par arrêté ministériel, en date du 11 décembre 1884, la chaire de physique de la Faculté des sciences de Toulouse est déclarée vacante.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort du docteur L. Couty, professeur au muséum de Rio-Janeiro, et qui vient de succomber à peine âgé de trente ans, après s'être fait connaître par des travaux de physiologie (spécialement sur la physiologie du système nerveux) que la *Gazette hebdomadaire* a fait connaître.

HÔPITAL SAINT-LOUIS (service de M. Ernest Besnier, Salles Gibert et Cazenave, à neuf heures). — *Ordre des travaux à partir du 1er janvier* 1885. — Lundi : Policlinique dermatologique et syphiliographique (consultation externe). — Mercredi : Clinique dermatologique et syphiliographique (salle Gibert ou laboratoire Cazenave, ou salle de conférences du musée). — Jeudi : Opérations dermatologiques : lupus, acnés, scrofulomes, etc. (laboratoire Cazenave). — Samedi : Policlinique des affections parasitaires : teignes, alopécies. Dermatoses infantiles (laboratoire Cazenave).

AVIS

MM. les Abonnés de la France à la **Gazette hebdomadaire** qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire, une quittance leur sera présentée à partir du 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, *sans frais de présentation quand la somme atteindra* 50 *francs*, sera présenté à la même date à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

Les abonnés à la *Gazette hebdomadaire* ont droit :

Moyennant un supplément de prix de 8 francs au BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, publié le dimanche de chaque semaine.

Moyennant un supplément de 5 francs aux BULLETINS et MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX paraissant deux fois par mois.

Moyennant un supplément de 5 francs aux COMPTES RENDUS HEBDOMADAIRES DES SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, paraissant tous les vendredis.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité théorique et pratique de la goutte, par M. le docteur Lecorché. In-8 avec 5 planches. Paris. A. Delahaye et E. Lecrosnier. 13 fr.

Du massage, son historique, ses manipulations, ses effets physiologiques et thérapeutiques, par M. le docteur J. Estradère. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 4 fr.

Hypnotisme expérimental. La dualité cérébrale et l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux, par M. le docteur Bérillon, précédé d'une lettre préface de M. le docteur Dumontpallier. 1 vol. in-8 Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 4 fr. 50

Histoire et critique des progrès réalisés par la physiologie expérimentale et la méthode anatomo-clinique dans l'étude des fonctions du cerveau, par E. le docteur Levillain. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 5 fr.

Guide du médecin et du pharmacien de réserve de l'armée territoriale et du médecin auxiliaire, par M. le docteur A. Petit, médecin aide-major de 1re classe, attaché à la division du service de santé du 16e corps d'armée. Un joli volume in-18 cartonné diamant de 360 pages avec figures dans le texte et planche en chromo-lithographie hors texte. Paris, O. Doin. 5 fr.

Du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus (méthode du docteur Apostoli), par M. le docteur Lucien Carlet, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Saint-Louis. Médaille de bronze de l'Assistance publique. 1 vol. in-8 de 260 pages avec figure dans le texte. Paris, O. Doin. 4 fr.

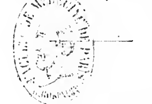
De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille, par M. le docteur Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. Grand in-8 de 110 pages. Paris, O. Doin. 3 fr.

G. MASSON. *Propriétaire-Gérant.*

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME XXI, 2e SÉRIE



A

B

C

D

H

I

J

K

N

O

P

Q

R

TABLE DES FIGURES

FIN DES TABLES

Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.